UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO

LUCILEI CRISTINA CHIODI

Conversando sobre o bebê prematuro no pré-natal de alto risco: necessidades e expectativas das gestantes

Ribeirão Preto
2015

LUCILEI CRISTINA CHIODI

Conversando sobre o bebê prematuro no pré-natal de alto risco: necessidades e expectativas das gestantes

Dissertação apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo para obtenção do título de Mestre em Ciências, Programa de Pós-Graduação Enfermagem em Saúde Pública.

Linha de Pesquisa: Assistência à Criança e ao Adolescente

Orientadora: Profa. Dra. Luciana Mara Monti Fonseca

Ribeirão Preto

2015

Autorizo a reprodução total ou parcial deste trabalho, por qualquer meio convencional ou eletrônico, para fins de estudo e pesquisa, desde que citada a fonte.

FICHA CATALOGRÁFICA

Chiodi, Lucilei Cristina.

Conversando sobre o bebê prematuro: necessidades e expectativas das gestantes. Ribeirão Preto, 2015.

102 p. : il. ; 30 cm

Dissertação de Mestrado, apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto / USP. Área de concentração: Enfermagem em Saúde Pública.

Orientadora: Fonseca, Luciana Mara Monti.

1. Enfermagem Neonatal. 2. Prematuro. 3. Gravidez de Alto Risco.
4. Educação em Saúde. 5. Adaptação Psicológica.

Esta Dissertação de Mestrado foi revisada de acordo com a Nova Ortografia da Língua Portuguesa (1990), em vigor a partir de 1º de Janeiro de 2009, no Brasil.

As referências foram apresentadas conforme normas estabelecidas pela Associação Brasileira de Normas Técnicas – ABNT. NBR 10520.

FOLHA DE APROVAÇÃO

CHIODI, Lucilei Cristina

Conversando sobre o bebê prematuro no pré-natal de alto risco: necessidades e expectativas das gestantes

Dissertação apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo para obtenção do título de Mestre em Ciências, Programa de Pós-Graduação Enfermagem em Saúde Pública.

Aprovado em: ____/____/____

Banca Examinadora

Prof. Dr. _____

Instituição: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____

Instituição: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____

Instituição: _____ Assinatura: _____

Esta pesquisa recebeu financiamento com bolsa de mestrado da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior – CAPES Demanda Social, no período de Fevereiro de 2013 à Fevereiro de 2015.

Dedicação

Dedico este trabalho a todas as gestantes que, carinhosamente, aceitaram participar desta pesquisa.

Agradecimento Especial

Agradeço a minha mãe que diariamente compartilha comigo suas experiências de vida como filha, mulher, esposa e mãe.

Agradecimentos

Agradeço a Deus e à Virgem Maria por todas as bênçãos em minha vida;

Agradeço aos meus pais, Néia e João, pelo amor, pelo cuidado e por lutarem junto comigo na concretização dos meus estudos;

Agradeço à minha irmã Joice e meu cunhado Tiago pelo exemplo de fé, pelo companheirismo, risadas compartilhadas e apoio financeiro;

Agradeço a toda minha família pelo carinho, cuidado, incentivo e compreensão.

Agradeço à professora e orientadora deste trabalho Luciana Mara Monti Fonseca pelo carinho, atenção e compreensão nos momentos de dificuldade, pela confiança no meu trabalho, pelo aprendizado compartilhado e por proporcionar diversas experiências na pós-graduação que, sem dúvida, permitiram o meu crescimento pessoal e profissional;

Agradeço a todos os meus queridos amigos e amigas pelo carinho e incentivo, em especial aos (às) amigos (as) André Fincoti, Andréa Roberto, Carolina Chiericato, Gabriela Dias, Keyla Gava, Juliana Braga, Marcelo Filipecki, Mariana Marineli e Thaís Fagundes pelo apoio, carinho e compreensão nos momentos em que recusei convites maravilhosos para estarmos juntas;

Agradeço à família Manoel (Roberto, Neila, Raquel, Filipe, Suzana, Thiago, Roberto e Leilane) por me receberem tão carinhosamente em suas reuniões, proporcionando momentos muito divertidos;

Agradeço às minhas queridas amigas da pós-graduação Aline Silva, Carla Fernandes, Danielle Dias, Fernanda Salim, Heloísa Badagnan, Mariana Borges,

Mariana Daré, Marina Sayuri, Natália Del Ângelo e Talita Baliminut pelas nossas conversas, incentivo e experiências compartilhadas;

Agradeço às professoras Ana Márcia Spanó Nakano e Fernanda dos Santos Nogueira Goes pelas contribuições desde o Exame de Qualificação;

Agradeço às professoras do Grupo de Pesquisa em Enfermagem no Cuidado à Criança e ao Adolescente (GPECCA), em especial, à Profa. Adriana Leite e Carmen Scochi pelo carinho e aprendizado compartilhado;

Agradeço aos funcionários da EERP/USP pela atenção e preocupação com o desenvolvimento das atividades da pós-graduação e desenvolvimento do projeto de pesquisa, em especial, às funcionárias Lourdes e Eliana pelo acolhimento durante os meus estudos no Centro de Recursos e Apoio ao Ensino (CRAE) e pelas palavras carinhosas;

Agradeço à equipe de enfermagem, aos auxiliares administrativos, às nutricionistas residentes e à equipe médica do Ambulatório de Ginecologia e Obstetrícia (Ambulatório de Prematuridade) do HCFMRP/USP pelo apoio, durante a coleta de dados;

Agradeço às gestantes que, carinhosamente, aceitaram participar das entrevistas para realização desta pesquisa.

*Ninguém é tão grande que não possa aprender,
nem tão pequeno que não possa ensinar.”*

ESOPPO

RESUMO

CHIODI, L. C. **Conversando sobre o bebê prematuro no pré-natal de alto risco: necessidades e expectativas das gestantes**. 2015, 102 f. Dissertação (Mestrado) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2015.

Os conflitos emocionais vivenciados no ciclo gravídico são intensificados na gravidez de alto risco, destacando-se no cenário nacional e mundial o trabalho de parto pré-termo espontâneo, responsável por 45% dos nascimentos prematuros. O enfermeiro neste contexto possui grande potencial de atuação no desenvolvimento de atividades educativas que possibilitem o aumento da compreensão das gestantes sobre a sua condição de saúde e sobre o recém-nascido pré-termo (RNPT), auxiliando-as no processo de enfrentamento. Para contribuir com enfermeiros e demais profissionais de saúde no desenvolvimento de tais ações, o presente estudo objetivou compreender as vivências de gestantes de uma unidade de pré-natal de risco frente à possibilidade de terem filho pré-termo e o apoio que necessitam durante a gravidez, diante de situações que possam vivenciar com o nascimento prematuro. Tratou-se de uma pesquisa qualitativa, descritiva, com a realização de entrevistas semiestruturadas junto a doze gestantes com histórico de parto pré-termo ou trabalho de parto pré-termo na gestação atual. Para a análise dos dados obtidos utilizou-se a análise de conteúdo modalidade temática. Após a análise, foram obtidas as seguintes categorias temáticas: as incertezas da gestação com risco para o nascimento prematuro, o enfrentamento das gestantes frente ao risco para o nascimento prematuro e o universo do RNPT na percepção das gestantes de risco. Os resultados mostram que vivenciar uma gravidez com risco para o nascimento prematuro envolve as gestantes nas incertezas relacionadas ao nascer ou não prematuro e incertezas quanto à sobrevivência do filho, exigindo destas mulheres mudanças nos hábitos de vida. As gestantes apresentam interesse e iniciativa na busca pelo conhecimento sobre a gestação e nascimento prematuro. Conclui-se que a gestação com risco para o nascimento prematuro compreende vivenciar conflitos emocionais e mudanças que podem dificultar a adaptação da mulher neste momento da gestação e após, com o nascimento do bebê prematuro. O preparo para o nascimento prematuro foi considerado importante pelas gestantes, devendo envolver temáticas sobre os cuidados básicos com o prematuro e amamentação, durante atividades educativas, auxiliadas por materiais de ensino.

Descritores¹: Enfermagem Neonatal. Prematuro. Gravidez de Alto Risco. Educação em Saúde. Adaptação Psicológica.

---

¹ De acordo com a terminologia DeCS/MeSH em Ciências da Saúde da Bireme.

ABSTRACT

CHIODI, L. C. **Discussing about the premature infant in the prenatal of high risk: necessities and expectations of the pregnant women.** 2015, 102 p. Master's Dissertation - University of São Paulo at Ribeirão Preto College of Nursing, Ribeirão Preto, 2015.

The emotional conflicts lived during the high-risk cycle are intensified in the high-risk pregnancy, highlighted in the national and in the global spontaneous premature labor scenario, responsible for 45% of the premature birth. In this context, the nurse has a big potential in the development of the educational activities that will increase the comprehension of the pregnant not only about her health condition but also about the newborn premature child's health condition, helping the new mother to face this situation. In order to contribute to the nurses and to the others professionals in the development of such actions, this study has the main goal to comprehend the experience of the pregnant from a high risk prenatal unit who is facing the possibility to give birth to a preterm child and to give the needed support to that mother during the pregnancy that she is about to experience with the premature birth. The methodology used in the development of this study was a qualitative, descriptive, and semi structured interviews with 12 pregnant women with a history of preterm labor or preterm labor in the present pregnancy. To analyze the collected data was used the thematic analyze of the content. After the research, the obtained result was the followings thematic categories: the uncertainties of the pregnancy of high risk to the birth of the premature, the risk faced by the pregnant at the birth of the premature babe and the universe of the preterm child in the perspective of a high-risk pregnancy. The results show that living a high-risk pregnancy with the possibility of a premature birth involve the pregnant women in the uncertainties related to giving birth to a premature or not premature, and the uncertainties about the survival of the child, requiring from those women a change in their life's habits. The pregnant women present interest and initiative to search for information about the pregnancy and the premature birth. It was concluded that the risk to pregnancy for preterm birth include emotional experience and changes that may hinder the adaptation of women in this time of pregnancy and after with the birth of premature baby. Preparation for preterm birth was considered important for pregnant women, should involve issues about the basic care and breastfeeding during educational activities aided by teaching materials.

Key words: Neonatal Nursing. Premature. Pregnancy, High-Risk. Health Education. Adaptation, Psychological.

RESUMEN

CHIODI, L. C. **Charlando sobre el bebé prematuro en prenatal de alto riesgo: necesidades y expectativas de las gestantes**. 2015, 102 f. Disertación (Maestría) – Escuela de Enfermería de Ribeirão Preto, Universidad de São Paulo, Ribeirão Preto, 2015.

Los conflictos emocionales vivenciados en el ciclo gestacional son intensificados en la gestación de alto riesgo, destacándose en el escenario nacional y mundial el trabajo de parto prematuro espontáneo, responsable por 45% de los nacimientos prematuros. El enfermero en este contexto posee grande potencial de actuación en el desarrollo de actividades educativas que posibiliten el aumento de la comprensión de las gestantes sobre su condición de salud y sobre el RNPT, auxiliándolas en el proceso de enfrentamiento. Para contribuir con enfermeros y otros profesionales de salud en el desarrollo de tales acciones, el presente estudio objetivó comprender las vivencias de gestantes de una unidad de prenatal de riesgo frente a la posibilidad de tener su hijo prematuro y el apoyo que necesitan durante la gestación, delante de situaciones que puedan vivenciar con el nacimiento prematuro. La metodología utilizada para el desarrollo del estudio fue la pesquisa cualitativa, descriptiva, con la realización de entrevistas semi estructuradas junto a 12 gestantes con histórico de parto prematuro o trabajo de parto prematuro en la gestación actual. Para la análisis de los datos obtenidos se utilizó a análisis de contenido modalidad temática. Después del análisis, fueron obtenidas las siguientes categorías temáticas: las incertezas de la gestación con riesgo para el nacimiento prematuro, el enfrentamiento de las gestantes frente al riesgo para el nacimiento prematuro y el universo del RNPT en la percepción de las gestantes de riesgo. Los resultados muestran que vivenciar una gestación con riesgo para el nacimiento prematuro envuelve las gestantes en las incertezas relacionadas al nacer o no prematuro e incertezas cuanto a la sobrevivencia del hijo, exigiendo de estas mujeres cambios en los hábitos de vida. Las gestantes presentan interés e iniciativa en la búsqueda por el conocimiento sobre la gestación y nacimiento prematuro. Se concluyó el gestación en riesgo de parto prematuro incluyen experiencia emocional conflictos y cambios que puedan afectar a la adaptación de las mujeres en esta época del embarazo y después, con el nacimiento del bebé prematuro. Preparación para el parto prematuro se consideró importante para las mujeres embarazadas, debe involucrar cuestiones acerca de la atención básica y la lactancia materna temprana durante las actividades educativas, ayudados por los materiales de enseñanza.

Descriptores: Enfermería Neonatal. Prematuro. Embarazo de Alto Riesgo. Educación en Salud. Adaptación Psicológica.

LISTAS DE QUADROS

Quadro 1 – Caracterização das gestantes participantes do estudo, segundo dados sociodemográficos. Ribeirão Preto SP, Brasil, 2015. 45

Quadro 2 – Caracterização das gestantes participantes do estudo, segundo dados obstétricos. Ribeirão Preto, 2015. 46

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

CID	Classificação Internacional de Doenças
DMH	Doença da Membrana Hialina
DUM	Data da Última Menstruação
DRS	Divisão Regional de Saúde
EERP	Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto
HCFMRP	Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto
HPIV	Hemorragia Peri-Intraventricular
IG	Idade Gestacional
IHAC	Iniciativa Hospital Amigo da Criança
ODM	Objetivos do Desenvolvimento do Milênio
OSM	Organização Mundial de Saúde
PAISM	Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher
PCA	Persistência do Canal Arterial
PHPN	Programa de Humanização do Pré-Natal e Nascimento
PSF	Programa Saúde da Família
RPMT	Rotura Prematura de Membrana Pré-Termo
ROP	Retinopatia da Prematuridade
SUS	Sistema Único de Saúde
UCIN	Unidade de Cuidado Intermediário Neonatal
USP	Universidade de São Paulo
UTI	Unidade de Terapia Intensiva
UTIN	Unidade de Terapia Intensiva Neonatal

SUMÁRIO

1.INTRODUÇÃO	19
1.1 Aspectos emocionas da gestação de baixo e de alto risco.....	20
1.2 O nascimento do recém-nascido pré-termo	26
1.3 O enfrentamento no processo saúde-doença	30
2.OBJETIVOS	34
2.1 Objetivo Geral	35
2.2 Objetivos Específicos	35
3.PERCURSO METODOLÓGICO	36
3.1 Caracterização do Estudo	37
3.2 Local do Estudo	37
3.3 Participantes do Estudo	38
3.4 Coleta de Dados	39
3.5 Análise dos Dados	40
3.6 Aspectos Éticos	42
4.RESULTADOS	43
4.1 Caracterização das participantes do estudo	44
4.2 As incertezas da gestação com risco para o nascimento prematuro	46
4.3 O enfrentamento das gestantes frente ao risco para o nascimento prematuro	52
4.4 O universo do recém-nascido pré-termo na percepção das gestantes de risco	58
5.DISCUSSÃO	67
6.CONCLUSÃO	82
REFERÊNCIAS	85
APÊNDICES	96
ANEXO	101

Apresentação

No ano de 2007 ingressei no curso de Graduação em Bacharelado em Enfermagem da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (EERP-USP), motivada pelo interesse na área das Ciências Biológicas e pela vontade de oferecer conforto às pessoas durante o processo de adoecimento.

Ao longo dos quatro anos de graduação, além das disciplinas obrigatórias e estágios curriculares, foi possível vivenciar diversas atividades extracurriculares oferecidas pela EERP-USP, o que permitiu conhecer as diversas áreas de atuação do enfermeiro. Dentre as atividades realizadas, destaco a minha participação como bolsista no Programa Ensinar com Pesquisa da Pró-Reitoria de Graduação e a participação como aluna de graduação nos estágios curriculares referentes às disciplinas “Organização e Gestão em Saúde e Enfermagem na Atenção Hospitalar” e “Estágio Curricular – Enfermagem na Área Hospitalar”. Paralelamente a estas atividades comecei a participar das reuniões do Grupo de Pesquisa em Enfermagem no Cuidado à Criança e ao Adolescente (GPECCA) da EERP-USP.

Estas atividades foram realizadas entre o sexto e oitavo período do curso de graduação e proporcionaram a minha aproximação com a assistência de enfermagem à saúde da criança, despertando o meu interesse pela temática da prematuridade.

Os estágios curriculares foram realizados no sétimo período do curso de graduação e tiveram como cenários a Clínica de Obstetrícia e a Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN) do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (HCFMRP-USP). Na época, considerei esta experiência como um grande desafio, pela especificidade do trabalho de enfermagem junto ao recém-nascido a termo/pré-termo e família. Durante o estágio na Clínica de Obstetrícia e na UTIN comecei a me preocupar com o sofrimento vivenciado pela mulher-mãe frente ao nascimento do RNPT e encaminhamento às unidades neonatais.

Enquanto desenvolvia as atividades relacionadas aos estágios acima citados, iniciei o desenvolvimento do projeto de pesquisa do Programa Ensinar com Pesquisa da Pró-Reitoria de Graduação, sob a orientação da Profa. Dra. Luciana Mara Monti Fonseca. Com esta iniciação científica iniciou-se a parceria que se estende até os dias atuais.

As orientações da Profa. Luciana auxiliaram no desenvolvimento da revisão integrativa intitulada “Necessidades de educação em saúde das famílias de recém-nascidos pré-termo”, apresentada como Trabalho de Conclusão de Curso (TCC) e apresentada no 18º Simpósio Internacional de Iniciação Científica da Universidade de São Paulo (SIICUSP) e no Seminário Científico PET 2010 da EERP-USP, onde recebendo o prêmio Profa. Dra. Tutora Maria Solange Guarino Tavares.

O desenvolvimento desta revisão integrativa possibilitou identificar que as ações desenvolvidas junto à família do RNPT estão relacionadas ao preparo da mãe para os cuidados no domicílio. Com estes resultados, me senti motivada a desenvolver pesquisas referentes ao preparo de gestantes para o nascimento do RNPT, como forma de ajudá-las no processo de enfrentamento, frente ao observado no cotidiano de uma unidade de Alojamento Conjunto e UTIN.

A participação nas reuniões do GPECCA vem contribuindo desde 2009 na minha formação como pesquisadora, proporcionando encontros e reflexões sobre as pesquisas atualmente desenvolvidas na área da enfermagem pediátrica e neonatal, promovendo a troca de experiência entre pesquisadores da EERP-USP e outras instituições.

Com o término do curso de graduação, em dezembro de 2010, me inseri no mercado de trabalho e continuei acompanhando a assistência à saúde materno-infantil em duas instituições de saúde, com caráter filantrópico, na cidade de Ribeirão Preto-SP e Batatais-SP. As atividades relacionadas à pesquisa, realizadas durante a graduação, me incentivaram a continuar meus estudos em cursos de pós-graduação *stricto sensu*. E assim, em janeiro de 2013 ingressei no curso de Mestrado pelo Programa de Pós-Graduação em Enfermagem em Saúde Pública da EERP-USP, dando continuidade ao desenvolvimento de pesquisas na linha da assistência à saúde da criança. Ao longo da pós-graduação participei de diversas atividades com vistas ao aprimoramento do pós-graduando para a docência e a pesquisa. O desenvolvimento da dissertação que apresento a seguir possibilitou ampliar o meu conhecimento acerca do desenvolvimento de pesquisas qualitativas direcionadas à assistência de enfermagem à saúde materno-infantil.

1 Introdução

1 INTRODUÇÃO

1.1 Aspectos emocionais da gestação de baixo e de alto risco

No período gravídico puerperal a mulher vivencia mudanças fisiológicas e anatômicas em seu corpo decorrentes do desenvolvimento do feto ao longo da gestação. O período de gestação considerado de menor risco à saúde do recém-nascido tem sido foco de discussões atuais para diminuição dos casos de nascimentos prematuros (SPONG, 2013).

Em dezembro de 2012, entidades americanas da área de obstetrícia e pediatria e a Organização Mundial de Saúde (OMS) reuniram-se na cidade americana de Bethesda e apontaram o período de 39 semanas até 40 semanas e 6 dias de Idade Gestacional (IG) como sendo o período de menor risco para morbimortalidade neonatal, ocasionada pela necessidade de hospitalização em unidades neonatais, Síndrome do Desconforto Respiratório (SDR) e ventilação mecânica (SPONG, 2013).

A Classificação Internacional de Doenças (CID-10) traz como gestação a termo aquela na qual o nascimento ocorre entre 37 semanas completas de gestação e 41 semanas e 6 dias (WHO, 2010). Esta classificação é utilizada atualmente no Brasil, com cálculo realizado por meio da obtenção fidedigna da data da última menstruação (DUM), pela medida da altura uterina e relato do início dos movimentos fetais ou com o auxílio da ultrassonografia obstétrica, realizada até 13 semanas de IG (BRASIL, 2012a).

Conhecer a correta IG auxilia os profissionais de saúde na avaliação clínica e na escolha das intervenções frente a complicações obstétricas que podem colocar em risco a vida da gestante e do feto.

Com relação à saúde materna, apesar dos avanços na últimas décadas, mundialmente, a taxa de mortalidade apresentou redução de apenas 2,6% ao ano, ficando longe dos 5,5% necessários para atingir a meta dos Objetivos do Desenvolvimento do Milênio (ODM) referente à saúde materna (WHO, 2014).

Diariamente, aproximadamente 800 mulheres morrem no mundo por complicações obstétricas que ocorrem durante a gravidez, parto ou puerpério, sendo

que 75% dos casos estão relacionados a hemorragias, infecções pós-parto, síndromes hipertensivas, complicações durante o trabalho de parto, aborto ilegal e dificuldade de acesso à assistência qualificada (WHO, 2014).

Sabe-se que a maioria das mortes maternas ocorre por causas preveníveis, sendo recomendado pela WHO que toda mulher grávida seja atendida por profissional capacitado, em pelo menos quatro consultas de pré-natal (UNICEF, 2014; WHO, 2014).

Nos países em desenvolvimento, os desafios para redução da mortalidade materna residem na dificuldade em assegurar assistência especializada, com atendimento realizado por médicos, enfermeiras obstetras ou parteiras, durante o pré-natal. Nestes países, apenas um terço das mulheres grávidas realizam o mínimo de quatro consultas de pré-natal ao longo da gestação. Os fatores que dificultam o acesso estão relacionados à situação de pobreza de muitas famílias, à distância, à falta de informação e aos hábitos culturais (UNICEF, 2014; WHO, 2014).

As barreiras que limitam o acesso das mulheres a profissionais de saúde capacitados no atendimento à mulher no ciclo gravídico puerperal, devem ser identificadas e trabalhadas, em todos os níveis de atenção. O atendimento ofertado pelos profissionais de saúde deve pautar-se na prática baseada em evidências, com estabelecimento de protocolos clínicos, suporte tecnológico e inclusão de ações voltadas ao planejamento familiar (UNICEF, 2014; WHO, 2014).

No cenário nacional, o Brasil conseguiu reduzir em 43% a taxa de mortalidade materna, desde a década de 90, porém, assim como ocorre com outros países da América Latina, o país não apresenta condições para redução da taxa de mortalidade materna em 75% até o ano de 2015, conforme meta dos Objetivos do Desenvolvimento do Milênio (BRASIL, 2014).

Apesar das dificuldades, as conquistas relacionadas à redução dos casos de mortes maternas ocorreram em decorrência da implantação do Sistema Único de Saúde (SUS) no final da década de 80 e do Programa de Saúde da Família (PSF) no início da década de 90, do crescimento econômico do país, da urbanização, dos investimentos em saneamento básico, das melhorias no acesso das mulheres à educação, das políticas públicas de transferência de renda e do desenvolvimento de ações voltadas ao planejamento familiar, com redução da taxa de fecundidade (VICTORA et al., 2011).

Lançada em 2011, pelo Ministério da Saúde, a Rede Cegonha também vem contribuindo para a redução da taxa de mortalidade materna no país, por desenvolver ações voltadas ao cuidado à saúde materno-infantil na gravidez, parto e puerpério, com a articulação dos pontos de atenção em rede, regulação obstétrica no momento do parto, qualificação técnica dos profissionais de saúde da atenção primária e das maternidades, melhoria da ambiência dos serviços de saúde e estímulo ao parto fisiológico e humanizado (BRASIL, 2012a).

Com vistas a ofertar uma assistência humanizada, durante o ciclo gravídico puerperal, os conflitos emocionais vivenciados pelas gestantes devem receber atenção especial dos profissionais de saúde, pois este período é caracterizado por mudanças significativas que podem interferir negativamente no estabelecimento do papel materno e paterno, podendo repercutir na qualidade do vínculo entre pais e filho e no cuidado (OLIVEIRA; DESSEN, 2012).

As mudanças que ocorrem ao longo da gestação podem envolver os aspectos da vida pessoal, profissional ou social da mulher e do homem, podendo ter duração temporária ou definitiva (SILVA et al., 2011). A rotina de outros membros da família, tais como os avós maternos ou paternos, também pode ser alterada com chegada do neto, pois são fontes de apoio presentes nas famílias brasileiras (OLIVEIRA; DESSEN, 2012).

Atualmente, também observa-se o movimento de maior envolvimento do homem na gestação, mas ainda predomina a participação do homem em tarefas do cotidiano como, por exemplo, compras em supermercados e farmácias. O cuidado com o recém-nascido e tarefas domésticas permanece centrado na figura materna (OLIVEIRA; DESSEN, 2012).

As mulheres que vivem com o companheiro referem satisfação com relação às mudanças no comportamento do homem, porém manifestam irritabilidade quando estes apresentam preocupação excessiva (PICCININI et al., 2008).

Além do apoio com as atividades cotidianas, a aceitação da gravidez pelo pai da criança é considerada fundamental para o desenvolvimento do vínculo entre mãe e filho. Ao longo da gestação, o vínculo entre a mãe e o filho também é construído por meio das conversas, dos movimentos fetais, da ultrassonografia obstétrica, de músicas escolhidas para o bebê, dos objetos comprados para o bebê e através dos sonhos com o filho (PICCININI et al., 2004).

Em decorrência das mudanças na vida do casal e da aproximação da mulher com o filho que está sendo gerado, a gestação torna-se um período no qual a mulher apresenta ambivalência das emoções e alguns sentimentos são intensificados neste período. Algumas mulheres apresentam alterações positivas, como tranquilidade, aceitação e compreensão, mas os sentimentos negativos podem ser frequentes, durante todo o ciclo gravídico, incluindo a inadequação, a irritabilidade e a culpa (PICCININI et al., 2008; SILVA; SILVA, 2009; SEVASTANO; NOVO, 1981).

O ciclo gravídico, de acordo com a obstetrícia, enquanto especialidade médica foi dividido em três períodos, para melhor compreensão do desenvolvimento do embrião/feto, sendo esta divisão denominada: primeiro, segundo e terceiro trimestre (MONTENEGRO; REZENDE FILHO, 2013). Apesar de conseguirem acompanhar tal divisão, a percepção dos tempos da gravidez pelas gestantes é diferente, tendo início com a confirmação da gravidez, seguido pelos primeiros movimentos fetais e por fim, o nascimento (MARCOM; ELSSEN, 2002).

O primeiro trimestre compreende o início dos sintomas característicos da gravidez, tais como náuseas, vômitos, gastrite, azia e problemas odontológicos. A mulher neste período, apesar da confirmação da gravidez, não se sente grávida, contudo, as consultas de pré-natal e a realização da primeira ultrassonografia obstétrica contribuem para os primeiros movimentos da mulher direcionados à formação do vínculo entre ela e seu bebê (SEVASTANO; NOVO, 1981).

No segundo trimestre, a mulher percebe a movimentação fetal pela primeira vez, o que pode aumentar, em alguns casos, a aceitação da gravidez (SEVASTANO; NOVO, 1981). A percepção dos primeiros movimentos fetais pode ser fator desencadeador de grande ansiedade, entretanto, o segundo trimestre é considerado o período de maior estabilidade emocional para a mulher (MELO; LIMA, 2000; SEVASTANO; NOVO, 1981).

Apesar de algumas mulheres referirem ansiedade e estranhamento, o início dos movimentos fetais aproxima a mãe do filho, favorecendo a formação do vínculo afetivo, pois algumas mulheres percebem-se grávidas a partir deste momento. A ultrassonografia obstétrica, neste período, auxilia na formação do vínculo afetivo por permitir à gestante conhecer alguns aspectos físicos do filho antes do nascimento,

como no caso do sexo do bebê, motivo de grande expectativa por parte de toda a família (PICCININI et al., 2004).

Deste modo, a gestante começa a estabelecer uma relação de intimidade com o filho e passa a imaginá-lo e a projetar expectativas na criança que está em seu ventre. Esta expectativa pode ser positiva uma vez que o bebê passa a existir como ser humano, mas torna-se negativa quando impede que a criança conquiste sua própria identidade, após o nascimento. Algumas gestantes podem não manifestar desejos ou expectativas, por considerarem a possibilidade de que o imaginado não seja o real. Há casos em que mulheres projetam expectativas de insucessos ou morte, reveladas por meio de pensamentos negativos e preocupação excessiva (PICCININI et al., 2004).

As modificações no corpo também passam a ocupar o pensamento das gestantes, as quais referem sensação de desconforto, incômodo e sofrimento relacionados à presença de edema e ao crescimento do abdome (SILVA; SILVA, 2009). Algumas gestantes podem considerar a sua aparência física pouco atrativa, reconhecendo as alterações próprias da gravidez como deformidades, o que traz a sensação de perda de controle sobre o próprio corpo. Vestir roupas próprias para gestantes ou deixar a barriga a mostra pode ser algo indesejável para algumas mulheres (MARTINS, 2010).

Ao vivenciar as alterações no seu corpo a mulher pode manifestar alterações no desejo e no desempenho sexual, desde o primeiro trimestre, mas tais alterações ocorrem com frequência a partir do segundo trimestre de gestação, com diminuição do desejo sexual (SILVA; SILVA, 2009).

O terceiro trimestre é considerado um momento de transição entre o bebê imaginado e adaptação ao bebê real, com diminuição das expectativas da mulher em relação ao bebê. Espera-se que este período de transição termine ao nascimento, mas não é possível afirmar ao certo o seu término (PICCININI et al., 2004).

Com a proximidade do parto, o nível de ansiedade da mulher tende a aumentar caso algumas questões sobre este momento não estejam bem esclarecidas, deste modo, surgem sentimentos contraditórios como a felicidade pelo nascimento do filho e o medo de que algo ruim aconteça, fazendo com que a

gestante queira prolongar a gravidez para manter o filho em segurança (SEVASTANO; NOVO, 1981).

O final da gestação traz à tona questionamentos sobre a capacidade da mulher em assumir os cuidados do filho após o nascimento. Esta insegurança pode estar relacionada à baixa autoestima durante a gestação, com risco para dificuldade de adaptação e depressão pós-parto. A baixa autoestima pode estar presentes tanto em gestantes de baixo risco quanto em gestantes de alto risco gravídico (CAVALCANTE; SOUSA; LOPES, 2012).

Apesar dos conflitos emocionais existirem, independentemente, da presença do risco obstétrico, a gestante de risco está mais vulnerável quanto às alterações no seu estado emocional, o que pode dificultar o processo de adaptação da gestante a esta nova etapa de sua vida (LÓPEZ; CALVA, 2007).

A ansiedade e os sentimentos depressivos são os transtornos emocionais mais frequentes nas gestantes de risco e são decorrentes dos desajustes à gravidez (LÓPEZ; CALVA, 2007).

A gravidez de alto risco é definida pelo Ministério da Saúde como aquela na qual a vida ou a saúde da mãe e/ou do feto tem maiores chances de serem atingidas que as da média da população considerada (BRASIL, 2010). A cada consulta de pré-natal, o profissional de saúde faz nova classificação acerca do risco gravídico, isto porque uma gestação que está evoluindo de forma adequada pode tornar-se de risco a qualquer instante. Deste modo, a adesão da gestante ao pré-natal torna-se fundamental para a redução dos casos de morbimortalidade materno-infantil (BRASIL, 2012a).

Algumas condições de saúde da mulher, tais como, diabetes, obesidade e asma, já predizem que, ao engravidar, ela deverá receber assistência pré-natal de profissionais e instituições de saúde com recursos para o atendimento à gestante e ao recém-nascido de risco. Espera-se que ao desejar engravidar a mulher esteja informada sobre os riscos que ela e o filho correm, durante a gravidez, parto e puerpério (ALMEIDA, 1975; CAVALHEIRA; TONETE; PARADA, 2010).

Quando a mulher planeja vivenciar uma gravidez de alto risco, o desejo pela maternidade supera o medo relacionado aos riscos que ela e a criança estão expostas (DOURADO; PELLOSO, 2007).

Sabe-se que é frequente a presença do sentimento de culpa na vida da gestante com risco gravídico, pois esta mulher se considera responsável pela ocorrência das complicações obstétricas que colocaram em risco a sua vida e a vida do filho e, infelizmente, este sentimento ainda é reforçado por alguns profissionais de saúde, durante o pré-natal de alto risco (OLIVEIRA; MADEIRA; PENNA, 2011).

A sensação de vulnerabilidade e insegurança está presente na gestação de alto risco pelo fato da mulher vivenciar situações sobre as quais, na maioria das vezes, ela não possui controle algum (OLIVEIRA; MADEIRA; PENNA, 2011).

O medo da perda do filho acompanha a gestante de risco durante todo ciclo gravídico, podendo ocorrer de forma sutil ou de maneira mais intensa devido ao maior risco de morbimortalidade que estes bebês apresentam (CAVALHEIRA; TONETE; PARADA, 2010; OLIVEIRA, 2011).

Algumas preocupações podem ser consideradas inerentes à gestação, independente da presença ou não do risco gravídico, sendo estas preocupações relacionadas à presença de malformações genéticas e ao nascimento prematuro (OLIVEIRA; MADEIRA; PENNA, 2011). Para o desenvolvimento deste estudo, abordaremos os aspectos relacionados ao nascimento prematuro.

1.2 O nascimento do recém-nascido pré-termo

O nascimento prematuro pode ocorrer em decorrência de complicações obstétricas que impliquem em risco iminente à saúde ou à vida da mãe e do feto, rotura prematura de membranas pré-termo (RPMPT), partos operatórios programados ou por trabalho de parto prematuro espontâneo (GOLDENBERG et al., 2008; FEBRASGO, 2011).

Cerca de 45% dos nascimentos prematuros ocorrem pelo início espontâneo do trabalho de parto e embora as causas do seu desencadeamento não estejam claramente definidas, existem fatores que aumentam a possibilidade da sua ocorrência, dentre eles destaca-se a ocorrência de trabalho de parto prematuro em gestação anterior. As mulheres com histórico de um parto prematuro espontâneo apresentam risco aumentado em 15% e aquelas com dois ou mais apresentam risco

de 32% para a prematuridade, com indicação de acompanhamento em assistência pré-natal de alto risco (GOLDENBERG et al., 2008; FEBRASGO, 2011).

Anualmente nascem aproximadamente 15 milhões de bebês pré-termo no mundo, afetando significativamente países desenvolvidos e em desenvolvimento, recebendo especial atenção da OMS, para o desenvolvimento de ações com vistas à prevenção de nascimentos prematuros (WHO, 2012), uma vez que as complicações da prematuridade são responsáveis por 15% das mortes no período neonatal, o qual compreende o período do nascimento até o 27º dia de vida (LIU et al., 2015).

Com relação à prematuridade no Brasil, o país está entre os 10 países com maior ocorrência de nascimentos prematuros. Em 2013, nasceram 333.452 bebês pré-termo, o que corresponde a 11,48% dos nascimentos que ocorrem no país neste ano (BRASIL, 2013a; WHO, 2012).

Caracteriza-se como recém-nascido pré-termo (RNPT) os bebês nascidos com idade gestacional abaixo de 37 semanas, destes, os nascidos entre 32 a <37 semanas são considerados prematuros moderados, entre 28 a <32 são muito prematuros e menores que 28 semanas de idade gestacional são os extremos prematuros (WHO, 2012).

Comumente, no nascimento prematuro, o RNPT apresenta condições clínicas que exigem atendimento especializado imediato e, frente esta situação, a mãe consegue ver o seu filho apenas de longe, antes de ser levado à Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN) ou à Unidade de Cuidado Intermediário Neonatal (UCIN) (BRASIL, 2013b).

Durante a hospitalização do RNPT, nestas unidades neonatais, a mãe é o membro da família que permanece junto ao filho, podendo continuar hospitalizada na clínica de obstetrícia até a alta hospitalar da criança. Entretanto, pelo fato do RNPT permanecer hospitalizado por longos períodos, a mulher divide seus dias entre as idas às unidades neonatais e as atividades que realizava antes desta condição (SOUZA et al., 2007).

Para a mulher, o nascimento do bebê pré-termo e a hospitalização nas unidades neonatais é um acontecimento traumático que envolve emoções, pensamentos e hábitos de vida anunciados na gravidez de alto risco e aqueles

inesperados, advindos do acompanhamento diário do filho nas unidades neonatais (BRASIL, 2013b; MAGGI; PRUX; PALMA, 2009).

Inicialmente, as mães do RNPT mostram-se apreensivas, com medo da perda do filho devido ao encaminhamento à unidade de terapia intensiva (UTI), ambiente culturalmente conhecido como destino de pessoas com risco iminente de morte. Neste momento, as mães deparam-se, muitas vezes, com uma situação nova, sentem-se fragilizadas e começam a surgir sentimentos de culpa e revolta pelo que está acontecendo com o filho (MELO; SOUZA; PAULA, 2012).

As mães passam a vivenciar o luto pelo bebê imaginado e a adaptar-se à nova realidade de maneira abrupta, diferentemente do que ocorre no nascimento a termo, quando no final do terceiro trimestre as mulheres começam a diminuir as expectativas com relação ao bebê imaginado (BRASIL, 2013b; PICCININI et al., 2004).

A permanência do filho no hospital é motivo de tristeza para as mães e também de frustração pela vontade de estar em casa com a família reunida, para vivenciar as alegrias da maternidade. Algumas mulheres, ao receberem alta da clínica de obstetrícia, referem a sensação de abandono do filho ao se ausentarem, por curtos períodos, para resolverem pendências laborais ou familiares. Neste momento a família nuclear e a família extensa tornam-se importantíssimas, configurando a rede de apoio da mãe, assim como ocorre durante a gravidez (MAGGI; PRUX; PALMA, 2009; OLIVEIRA et al., 2013; SOUZA et al., 2007).

Estudo realizado com mães de bebês pré-termo mostrou que a convivência entre as mães, durante a hospitalização, constitui-se como uma rede apoio pelo fato de vivenciarem a mesma situação e com isso compreenderem os temores e as dificuldades de adaptação. A espiritualidade também aparece como fonte de conforto às mães que apresentam instabilidade emocional diante das incertezas do nascimento prematuro (OLIVEIRA et al., 2013).

A presença de sentimentos ambíguos é uma condição característica das mães de bebês hospitalizados nas unidades neonatais, por conviverem diariamente com o medo da perda do filho e com o alívio frente à melhora apresentada por ele. Esta ambivalência causa sofrimento, entretanto, é possível perceber que os sentimentos de alegria, emoção e felicidade são compartilhados por estas mulheres, principalmente quando superam a sensação de fracasso e se inserem no cuidado do

filho (MAGGI; PRUX; PALMA, 2009; SOUZA et al., 2007; MELO; SOUZA; PAULA, 2012).

A participação das mães nos cuidados do filho inicia-se com questões referentes ao aleitamento materno, pois, de início, as mães recebem orientações dos profissionais de saúde sobre a importância do leite materno para o RNPT e a possibilidade do filho ser amamentado. Deste modo, as mulheres reconhecem no aleitamento materno a possibilidade de desempenharem o papel de mãe, apesar de, inicialmente, não ser possível amamentar o filho (GOMES, 2004).

A dificuldade em desempenhar o papel de mãe traz como consequência uma inabilidade comportamental à mulher, a qual assume a função de expectadora diante do nascimento do filho e torna-se dependente dos profissionais de saúde. Nestes casos, as mães podem desenvolver quadros de ansiedade ou sintomatologia depressiva que, muitas vezes, não são identificados pelos profissionais de saúde das unidades neonatais (GOMES, 2004; MAGGI; PRUX; PALMA, 2009).

Os profissionais de saúde, em especial os profissionais da equipe de enfermagem, por estar na linha de frente do cuidado ao RNPT e família, precisam atuar como fonte de apoio, auxiliando as mães no enfrentamento do nascimento do RNPT e hospitalização nas unidades neonatais (FERECINI et al., 2009; MARTINEZ; FONSECA; SCOCHI, 2007).

Com relação ao apoio da equipe de enfermagem às mães do RNPT hospitalizado, identificamos, na prática do cuidado de enfermagem, a necessidade do desenvolvimento de atividades direcionadas ao preparo da mulher para o nascimento do RNPT, durante o pré-natal da gravidez de alto risco, como forma de minimizar o sofrimento vivenciado por elas devido ao encaminhamento do filho às unidades neonatais, com vistas a proporcionar melhor adaptação e promover o empoderamento materno.

Atividades com esta finalidade não foram identificadas em revisão da literatura que buscou conhecer as necessidades de educação em saúde da família do RNPT. As ações junto a esta clientela concentram-se no desenvolvimento de atividades educativas direcionadas ao preparo da mãe para assumir os cuidados do RNPT no domicílio, sendo a realidade de muitas instituições brasileiras de referência para o atendimento à gestante e recém-nascido de risco (CHIODI et al., 2012).

Iniciativas internacionais tem apontado a importância de abordar condições específicas do RNPT durante o pré-natal. Uma destas iniciativas traz a necessidade de expansão da Iniciativa Hospital Amigo da Criança (IHAC) para unidades neonatais, com o objetivo de aumentar o índice de aleitamento materno em prematuros, sendo necessário o desenvolvimento de atividades educativas, sobre esta temática, junto às gestantes, durante a hospitalização (NYQVIST et al., 2013).

Estudo realizado no Brasil coloca que a atuação do enfermeiro junto às gestantes com RPMPT pode reduzir o sofrimento vivenciado por estas mulheres, com o esclarecimento das dúvidas referentes às consequências para o recém-nascido e o tratamento adequado, auxiliando no enfrentamento destas (COSTA, 2010).

1.3 O enfrentamento no processo saúde-doença

As pessoas que vivenciam situações estressantes como no caso da gravidez de risco, seguida pelo nascimento do RNPT, podem apresentar sintomas significativos de estresse agudo, distúrbios de estresse pós-traumático ou sofrimento prolongado (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2013; WHO, 2013a). Nestas condições, as pessoas mobilizam esforços para manutenção do bem estar, processo denominado enfrentamento (HYMOVICH; HAGOPIAN, 1992).

O termo enfrentamento origina-se do inglês *coping* e sua definição é complexa e de difícil compreensão, por não existir uma única definição teórica aceita (HYMOVICH; HAGOPIAN, 1992).

Lazarus e Folkman (1984) definem o enfrentamento como sendo os esforços cognitivos e comportamentais para manejar demandas internas e/ou externas específicas que excedem ou sobrecarregam os recursos da pessoa (LAZARUS; FOLKMAN, 1984).

Frente uma situação estressante, a pessoa realiza avaliações para determinar o quanto o evento pode interferir no seu bem-estar e também para determinar os recursos disponíveis para lidar com a situação. Estas constantes avaliações são um processo cognitivo, também chamado de avaliação cognitiva, no qual a percepção

subjetiva da pessoa e a sua interpretação determinam a significância do evento. Esta avaliação cognitiva envolve três etapas: a avaliação primária, a avaliação secundária e a reavaliação (LAZARUS; FOLKMAN, 1984).

Na avaliação primária a pessoa faz um julgamento sobre a situação que está vivenciando e caracteriza tal situação como irrelevante, favorável ou estressante, fazendo, deste modo, uma classificação do evento (LAZARUS; FOLKMAN, 1984).

A avaliação secundária é a avaliação dos recursos disponíveis para lidar com os eventos estressantes, com a escolha das estratégias de enfrentamento que serão utilizadas para manejar as demandas. A avaliação secundária é considerada um processo complexo uma vez que a pessoa analisa as prováveis consequências de suas escolhas e as suas habilidades para gerenciar os recursos disponíveis (LAZARUS; FOLKMAN, 1984).

No processo de enfrentamento, quando a pessoa obtém novas informações, pode ocorrer a mudança de uma avaliação inicial, alterando a percepção do evento. Esta alteração da significância do evento é chamada de reavaliação. A reavaliação defensiva ocorre nos casos em que esforços são dispensados para reinterpretar o passado de forma mais positiva ou para lidar com as ameaças do presente com menos sofrimento (LAZARUS; FOLKMAN, 1984).

Ao analisar uma estratégia de enfrentamento utilizada, são abordadas questões referentes à função e aos resultados do enfrentamento. A função do enfrentamento diz respeito ao propósito da estratégia escolhida e os resultados à eficácia de tal estratégia para alcançar o que se deseja (HYMOVICH; HAGOPIAN, 1992; LAZARUS; FOLKMAN, 1984;).

No enfrentamento são observados vários tipos de comportamentos e a maioria destes comportamentos tem como propósito eliminar o agente estressor ou minimizar as angústias causadas por ele. Deste modo, a função do enfrentamento pode ser diferenciada entre enfrentamento com foco no problema ou enfrentamento com foco na emoção.

O enfrentamento com foco no problema ocorre quando as ações são direcionadas a eliminar o agente estressor ou diminuir o impacto do que não pode ser evitado (CARVER; CONNOR-SMITH, 2009). Este tipo de enfrentamento envolve estratégias que buscam alterar o ambiente externo, interno ou ambos, tais como obter recursos, aprender novas habilidades, praticar outras atividades de interesse,

manter contato com outras pessoas e buscar informações relevantes (HYMOVICH; HAGOPIAN, 1992).

Nos casos em que o propósito das estratégias é reinterpretar ou redefinir uma situação problemática ao invés de eliminar o agente estressor, tem-se o enfrentamento com foco na emoção (FLEISHMAN, 1984). Em alguns casos, quando há uma reinterpretação da situação também ocorre uma reavaliação, com a utilização de estratégias como, por exemplo, avaliar o que é mais importante no momento ou o quanto pior a situação pode ficar (HYMOVICH; HAGOPIAN, 1992).

O processo de avaliação cognitiva e as ações utilizadas para manejar as demandas podem sofrer influência de fatores relacionados à personalidade da pessoa e sua história de vida, às características do ambiente e às condições específicas do agente estressor (LEE-BAGGLEY; PREECE; DELONGIS, 2005; PINKERTON et al., 1985).

Assim, situações similares podem levar a diferentes comportamentos, com diferentes desfechos, devido às características específicas da pessoa e ao contexto no qual ela está inserida (HYMOVICH; HAGOPIAN, 1992).

Para familiares que vivenciam o adoecimento e a hospitalização de um ente querido em uma UTI, o enfrentamento com foco no problema é o mais utilizado, com destaque para as ações direcionadas à busca de informações sobre a patologia e tratamento (LOPES, 2012).

Adquirir novas informações pode permitir às pessoas reavaliarem as situações e as classifiquem de maneira mais positiva, diminuindo os aspectos negativos da situação, proporcionando melhor capacidade de adaptação. Porém, cabe ressaltar a importância do profissional de saúde neste processo, assegurando que não ocorra uma compreensão distorcida da realidade ou para identificar uma rede de apoio (CHAVES et al., 2000).

O enfrentamento torna-se de interesse do enfermeiro, pois ao compreender o processo adaptativo, nos momentos de crise, decorrente de alterações no estado de saúde, o enfermeiro poderá intervir, por meio de ações eficazes que proporcionem qualidade de vida à clientela atendida. As intervenções de enfermagem que contribuem no processo de enfrentamento incluem a escuta efetiva, a identificação da rede de apoio, a promoção da autonomia e as informações dispensadas acerca das condições de saúde e tratamento (CHAVES et al., 2000).

Neste sentido, acreditamos que o enfermeiro possui grande potencial de atuação no desenvolvimento de atividades educativas que possibilitem o aumento da compreensão das gestantes sobre a sua condição de saúde e sobre o RNPT, contribuindo na promoção da qualidade de vida materno-infantil. Porém, para contribuir com enfermeiros e demais profissionais de saúde, no desenvolvimento de tais ações, consideramos ser necessário, inicialmente, compreender as vivências das gestantes frente à possibilidade de terem filho pré-termo e identificar o apoio que necessitam durante a gravidez, diante de situações que possam vivenciar com o nascimento do RNPT.

2 Objetivos

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo Geral

Compreender as vivências de gestantes de uma unidade de pré-natal de risco frente à possibilidade de terem filho pré-termo e o apoio que necessitam durante a gravidez, diante de situações que possam vivenciar com o nascimento do RNPT.

2.2 Objetivos Específicos

Identificar a percepção das gestantes de risco sobre a possibilidade do nascimento do RNPT;

Identificar a percepção das gestantes de risco acerca do ambiente das unidades neonatais e da assistência ao RNPT nestas unidades;

Identificar o que as gestantes consideram como apoio durante a gravidez de alto risco, diante de situações que possam vivenciar com o nascimento prematuro.

3 Percurso Metodológico

3 PERCURSO METODOLÓGICO

3.1 Caracterização do Estudo

Este estudo apresenta abordagem qualitativa, descritiva, a qual é caracterizada por tratar questões ligadas às Ciências Sociais, onde o pesquisador atua tendo como base conceitos, proposições, hipóteses, métodos e técnicas (MINAYO, 2010).

Para Minayo (2010), a pesquisa qualitativa preocupa-se a responder questões particulares, com a inserção do pesquisador no universo dos significados, das crenças e dos valores. Assim, no desenvolvimento de uma pesquisa qualitativa, o pesquisador dedica-se a compreender as percepções ou opiniões das pessoas a partir das interpretações que fazem de suas vivências (MINAYO, 2012).

Ao buscar a compreensão das vivências, o pesquisador encontrará percepções ou opiniões diferentes, relacionadas ao mesmo episódio. Isto porque cada pessoa apresenta uma vivência particular, interpretada a partir da personalidade da pessoa, da história de vida, do envolvimento com o evento e do contexto social no qual está inserida (MINAYO, 2012).

Deste modo, o presente estudo buscou compreender a percepção de gestantes que apresentam risco para o nascimento do RNPT acerca da aproximação com a temática da prematuridade, durante o pré-natal de alto risco.

3.2 Local do Estudo

O estudo foi realizado junto às gestantes atendidas pelo Ambulatório de Prematuridade da especialidade de Ginecologia e Obstetrícia do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (HCFMRP-USP), unidade localizada no campus universitário. A instituição é uma

autarquia do governo do Estado de São Paulo, integrado ao SUS e caracterizada pelo desenvolvimento de atividades realizadas ao ensino, pesquisa e assistência.

O HCFMRP-USP iniciou suas atividades em 1956 e atualmente oferece atendimento a uma clientela procedente de diferentes regiões do Brasil, entretanto, grande parte de seus atendimentos é destinada à população pertencente ao Estado de São Paulo e dos Departamentos Regionais de Saúde (DRS) de Ribeirão Preto, Franca, Araraquara e Barretos (SÃO PAULO, 2013).

Com relação ao atendimento materno-infantil, a instituição apresenta 28 leitos de obstetrícia, 18 leitos de Alojamento Conjunto, 27 leitos em UCIN, 17 leitos em UTIN e 52 leitos em UTI-Adulto. No Ambulatório de Prematuridade, as gestantes recebem atendimento individual e também em grupo, realizado por médicos, enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem, psicólogos, assistentes sociais, nutricionistas, dentre outros profissionais.

No ano de 2013, a instituição realizou 862 partos normais e 830 partos operatórios, totalizando 1.692 partos, sendo que aproximadamente um quarto destes ocorreu antes de completar 37 semanas de gestação (SÃO PAULO, 2013). O alto número de partos operatórios e partos prematuros realizados pela instituição pode ser justificado pela característica do atendimento prestado. O HCFMRP-USP é referência das DRS, acima citadas, para o atendimento de gestantes e recém-nascidos de alto risco, oferecendo assistência de alta complexidade.

3.3 Participantes do Estudo

Foram convidadas e aceitaram participaram deste estudo doze gestantes, com idade Gestacional abaixo de 37 semanas, que aguardavam para serem atendidas nas consultas de pré-natal do Ambulatório de Prematuridade do HCFMRP-USP, por apresentarem trabalho de parto pré-termo espontâneo, na gestação atual ou em gestação anterior.

As gestantes que apresentam histórico de trabalho de parto pré-termo espontâneo em gestação anterior, apresentam risco aumentado em até 32% para o nascimento do RNPT e por este motivo são encaminhadas para acompanhamento

no pré-natal de alto risco (FEBRASGO, 2011). Assim, gestantes com histórico de trabalho de parto pré-termo espontâneo em gestação anterior, que resultou no nascimento do RNPT, também foram convidadas a participar do estudo.

Apesar de existirem outros fatores de risco para o nascimento prematuro, como, por exemplo, as síndromes hipertensivas e as gestações múltiplas (BRASIL, 2010), optamos por convidar a participar do estudo gestantes que apresentaram trabalho de parto pré-termo na gestação atual ou em gestação anterior, por acreditarmos que as vivências destas mulheres frente à possibilidade do nascimento prematuro poderiam contribuir significativamente com o desenvolvimento deste estudo.

3.4 Coleta de Dados

Para o presente estudo foram constituídos dados primários e secundários, coletados pela própria pesquisadora. Os dados secundários foram coletados nos prontuários das gestantes para caracterização das participantes do estudo (APÊNDICE A), referentes à:

- Idade gestacional;
- Patologias associadas;
- Data de nascimento.

O Ministério da Saúde recomenda que o cálculo da IG seja feito pela obtenção da DUM, nos casos em que as mulheres apresentam ciclos menstruais regulares e não fazem uso de anticoncepcionais hormonais. Quando a DUM é desconhecida, o profissional de saúde deve calcular a IG pelo período da última menstruação. Quando a gestante não conseguir fornecer dados sobre a DUM ou sobre o período da última menstruação, a IG pode ser calculada por meio de um conjunto de dados obstétricos, sendo eles a altura do fundo do útero, o toque vaginal e o início dos movimentos fetais (BRASIL, 2012a). Para este estudo foi considerada a IG utilizada pela equipe médica para acompanhamento da gravidez.

Para coleta dos dados primários foram realizadas entrevistas semiestruturadas com as gestantes, por meio de um roteiro elaborado pela pesquisadora, contendo questões de interesse para o desenvolvimento deste estudo (APÊNDICE B) e foi perguntado às gestantes dados referentes à escolaridade, profissão e estado civil, parte do apêndice A.

A entrevista semiestruturada permite ao pesquisador trabalhar a subjetividade. Durante as entrevistas, o pesquisador incentiva os participantes a falarem, tanto quanto desejarem, sobre as suas vivências, sentimentos e pensamentos, referentes a tópicos específicos, elencados em um roteiro previamente elaborado pelo pesquisador. O conteúdo das conversas deve ser registrado para que posteriormente seja feita a transcrição (POLIT, 2011).

As entrevistas foram realizadas pela pesquisadora, nos consultórios médicos do Ambulatório de Prematuridade do HCFRMP-USP, de forma individual, tendo duração média de 20 minutos e foram gravadas em gravador digital, sendo transcritas, posteriormente, para análise.

3.5 Análise dos Dados

Após a transcrição das entrevistas, a análise dos dados foi realizada por meio da análise de conteúdo, modalidade temática. A análise de conteúdo costuma ser organizada em três etapas: a pré-análise; a exploração do material e o tratamento, com inferência e interpretação dos resultados (BARDIN, 2011; GOMES, 2010).

A pré-análise é uma fase para organização, antes da análise propriamente dita, consiste em ampliar a visão do todo, apreendendo suas particularidades, com a elaboração de pressupostos iniciais para a análise e interpretação, seguida por uma primeira classificação e, por fim, a definição dos conceitos teóricos que orientarão a análise (GOMES, 2010).

Nesta primeira fase, também ocorre a leitura flutuante que, segundo Bardin (2011), “consiste em estabelecer contato com os documentos a analisar e em reconhecer o texto deixando-se invadir por impressões e orientações.”

Após a pré-análise, ocorre a codificação, a qual permite transformar os dados brutos, obtidos com a transcrição das entrevistas, agregando-os em unidades, de modo a atingir a representação do conteúdo (BARDIN, 2011).

As unidades de registro e contexto dizem respeito aos elementos do texto que o pesquisador deve considerar e como deve ser feito o recorte. Estas unidades devem ter pertinência em relação ao material analisado e o que está sendo pesquisado (BARDIN, 2011).

Para Bardin (2011), a unidade de registro é entendida como:

[...] a unidade de significação codificada e corresponde ao segmento de conteúdo considerado unidade de base, visando a categorização e a contagem frequencial. A unidade de registro pode ser de natureza e de dimensões muito variáveis. Reina certa ambiguidade no que diz respeito aos critérios de distinção das unidades de registro (BARDIN, 2011, p. 134).

As unidades de contexto na análise de conteúdo permitem ao pesquisador compreender a exata significação das unidades de registro (BARDIN, 2010), inserindo o contexto ao qual a mensagem em análise pertence (GOMES, 2010).

Frequentemente, em análise de conteúdo, utiliza-se o tema como unidade de registro. Deste modo, Bardin (2010) aponta que ao realizar análise de conteúdo, modalidade temática, o pesquisador busca “descobrir os ‘núcleos de sentido’ que compõem a comunicação e cuja presença, ou frequência de aparição, podem significar alguma coisa para o objeto analítico escolhido.”

Na categorização é preciso se atentar para o fato de que todo o material precisa ser analisado, garantindo que os recortes não apareçam em mais de uma categoria e que exponham de forma precisa o conteúdo, de acordo com os conceitos e objetivos de cada pesquisa (GOMES, 2010).

Na última fase, ocorre o tratamento dos resultados, onde o pesquisador faz inferências e interpretações (BARDIN, 2010).

A inferência é considerada uma fase entre a exploração do material analisado e a interpretação. Para fazer inferência, o pesquisador se apropria de teorias já aceitas e faz deduções lógicas sobre aspectos relevantes do conteúdo em análise (GOMES, 2010).

Na interpretação, deseja-se ir além do que foi analisado até o momento. O pesquisador que trabalha a interpretação precisa apresentar uma fundamentação teórica que permita realizar a discussão dos resultados da pesquisa com vistas a contribuir com os avanços científicos em determinada área de conhecimento (GOMES, 2010).

3.6 Aspectos Éticos

Com relação aos aspectos éticos, o presente estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da EERP-USP, em setembro de 2014, Of. CEP EERP-USP número: 152/2014 (ANEXO A).

O convite para participação no estudo foi realizado enquanto as gestantes aguardavam a consulta de pré-natal no Ambulatório de Prematuridade do HCFMRP-USP. A leitura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) foi realizada junto com a pós-graduanda, que assegura o sigilo e anonimato, bem como a desistência em qualquer etapa da pesquisa sem qualquer ônus. Àquelas que aceitaram participar, assinaram o TCLE e receberam uma das vias, ficando a outra via em posse da pesquisadora (APÊNDICE C), conforme Resolução CNS 466/12 (BRASIL, 2012b).

4 Resultados

4 RESULTADOS

4.1 Caracterização das participantes do estudo

As doze gestantes que participaram do estudo aguardavam atendimento no Ambulatório de Prematuridade do HCFMRP-USP e após a leitura e assinatura do TCLE teve início a coleta de dados. Antes de cada entrevista foram coletados, junto às gestantes, os dados sociodemográficos e, após, foram coletados os dados obstétricos nos seus prontuários.

Com relação aos dados sociodemográficos, as gestantes participantes do estudo eram mulheres adultas jovens, com média de idade de 23 anos, inseridas na faixa etária entre 18 e 37 anos. As doze gestantes entrevistadas referiram manter um relacionamento afetivo com o pai biológico da criança, sendo que 5 conviviam com o companheiro, caracterizando-se uma união estável, 3 eram casadas e 4 eram solteiras.

A respeito do grau de escolaridade, três gestantes não concluíram o ensino fundamental, uma apresenta ensino médio incompleto, quatro finalizaram o ensino médio, uma possui ensino superior incompleto, duas entrevistadas são graduadas e uma terminou a pós-graduação.

Quanto às atividades laborais, 4 das gestantes entrevistadas não exerciam atividades remuneradas, 5 continuavam trabalhando e 3 estavam afastadas do serviço, devido às intercorrências obstétricas e as frequentes hospitalizações.

O quadro abaixo apresenta a síntese das características sociodemográficas das participantes do estudo.

CÓDIGO	IDADE	ESCOLARIDADE	ESTADO CIVIL	PROFISSÃO
G1	18	Ensino Médio Incompleto	Solteira	Dona de Casa
G2	23	Ensino Médio Completo	Solteira	Auxiliar de Produção
G3	25	Ensino Médio Completo	Casada	Dona de Casa

G4	29	Ensino Fundamental Incompleto	Solteira	Auxiliar de Cozinha
G5	37	Pós-Graduação Completa	Casada	Enfermeira
G6	29	Superior Completo	Solteira	Personal Trainer
G7	30	Superior Incompleto	Solteira	Dona de Casa
G8	30	Ensino Médio Completo	Solteira	Doméstica
G9	24	Ensino Fundamental Incompleto	Solteira	Dona de Casa
G10	32	Ensino Fundamental Incompleto	Solteira	Manicure/Serviços Gerais
G11	28	Ensino Médio Completo	Solteira	Técnica Agrícola
G12	28	Superior Completo	Casada	Assistente Financeira

Quadro 1 - Caracterização das gestantes participantes do estudo segundo dados sociodemográficos. Ribeirão Preto SP, Brasil, 2015.

Na análise dos dados obstétricas das gestantes entrevistadas, a Idade Gestacional variou entre 11 semanas e 36 semanas e 2 dias, sendo considerada a Idade Gestacional obtida por meio da ultrassonografia obstétrica, a qual é utilizada pela equipe médica da instituição onde o estudo foi realizado.

Das doze gestantes entrevistadas, cinco estavam em acompanhamento no Ambulatório de Prematuridade por apresentarem trabalho de parto pré-termo espontâneo inibido, na gestação atual, sendo que destas, três apresentavam histórico de parto prematuro. Uma das entrevistadas, além de apresentar trabalho de parto pré-termo prévio e inibido na gestação atual, estava em acompanhamento em decorrência de diabetes gestacional. As outras seis gestantes apresentavam parto prematuro em gestação anterior, das quais, uma apresentava erro de data, outra gestante possuía histórico de infertilidade e quatro apresentavam diagnóstico de Insuficiência Istmo Cervical (IIC).

O quadro abaixo resume as características obstétricas das gestantes que participaram do estudo.

CÓDIGO	IDADE GESTACIONAL	DIAGNÓSTICOS
G1	34 semanas e 4 dias	TPPT Inibido
G2	36 semanas e 2 dias	TPPT Inibido
G3	35 semanas	TPPT Prévio / TPPT Inibido
G4	34 semanas e 2 dias	TPPT Prévio / TPPT Inibido
G5	11 semanas	TPPT Prévio/ Infertilidade
G6	14 semanas e 4 dias	TPPT Prévio / Insuficiência Istmo-Cervical
G7	29 semanas e 3 dias	TPPT Prévio / TPPT Inibido
G8	12 semanas	TPPT Prévio / TPPT Inibido / Diabetes Gestacional
G9	13 semanas	TPPT Prévio/ Insuficiência Istmo-Cervical
G10	26 semanas e 1 dia	TPPT Prévio/ Erro de data
G11	22 semanas e 5 dias	TPPT Prévio / Insuficiência Istmo-Cervical
G12	23 semanas e 3 dias	TPPT Prévio / Insuficiência Istmo-Cervical

Quadro 2 – Caracterização das gestantes participantes do estudo, segundo dados obstétricos. Ribeirão Preto SP, Brasil, 2015.

A partir da análise das entrevistas realizadas com as doze gestantes participantes do estudo obtivemos três categorias temáticas, sendo estas: as incertezas da gestação com risco para o nascimento prematuro, o enfrentamento das gestantes frente ao risco para o nascimento prematuro e o universo do RNPT na percepção das gestantes de risco.

4.2 As incertezas da gestação com risco para o nascimento prematuro

Nesta categoria temática foram apresentadas as emoções vivenciadas pelas gestantes frente à possibilidade do nascimento prematuro, sendo levantados os seguintes núcleos de sentido: convivendo com o risco para o nascimento prematuro e expectativas quanto a transição para a vida extrauterina.

Das doze gestantes que participaram do estudo, 10 apresentavam histórico de parto pré-termo prévio e apesar de já terem vivenciado o nascimento do RNPT, este fato não eliminou ou amenizou o sofrimento vivenciado por elas na gestação atual. Estar grávida e ter o risco para o nascimento prematuro foi percebido, pelas participantes, como um acontecimento que envolve sentimentos negativos, como o medo, desespero, angústia, tristeza, ansiedade e frustração. A sensação de estar perdida e de despreparo também foram verbalizadas e ocorreram pela falta de controle diante das incertezas de uma gravidez de risco.

Olha, eu fico com medo (G5).

Eu fiquei doida, fiquei desesperada. Fiquei preocupada, não sabia se ia respirar, se ia precisar entubar. Porque você não espera, você espera até quarenta, no mínimo, eu fiquei desesperada. Eu e meu marido (G3).

Ah... É angustiante, né? Porque tem um monte de risco. Corre muito risco. Então, você não está preparada (G8).

Morro de medo de perder. Tenho muito medo, mesmo. Foi muito difícil. Muita tristeza na família toda. É muito difícil (G11).

Eu fico nessa ansiedade até acho que o momento de nascer (G12).

É difícil, né? É que nem, a mãe pensa assim “Ah... Eu gero, é uma vida, sinto mexer, vejo bater coração, sinto tudo e vai nascer de uma hora pra outra?” É um susto. Fica meio... Não sabe o que fazer, o que pensa. Fica meio perdida (G4).

Duas gestantes perceberam a gravidez com risco para o nascimento prematuro como um evento preocupante, porém, estas gestantes mantiveram a tranquilidade e a confiança devido à experiência em gestação anterior, aos recursos tecnológicos utilizados e à comunicação com os profissionais de saúde, durante o pré-natal.

Ah... Para mim, fiquei meio surpresa, né? Mas eu reagi normal porque eu já tive a primeira experiência, do meu segundo filho. [...]

Então, dessa aqui, eu estou tranquila, porque eu já tive a primeira experiência, mas não está me assustando (G7).

Estou tranquila, por saber os procedimentos de uma UTI, mas eu fico preocupada com ela. [...] Como ela vai reagir se vier antes do tempo. Então, eu fico meio perdida (G7).

Estou me sentindo bem, confiante. Assim, ansiedade, a gente sempre fica, mas essa semana eu fiz ultrassom, né? E uns dos professores falou que era para esquecer o que aconteceu no passado, que o bebê está perfeito (G12).

Estar grávida e vivenciar a possibilidade do filho nascer, novamente, antes das 37 semanas de gestação, também foi apontado como um evento que remete à lembranças negativas, o que também significou reviver o sofrimento.

Dessa vez, quando eu descobri, veio tudo na minha cabeça. [...] Porque corre o risco de perder de novo. Eu tenho muito medo, sabe? Penso de tudo. Que eu vou perder de novo, que ele vai largar de mim de novo, que eu vou sofrer a mesma coisa (G6).

Qualquer dorzinha que você acha que não é normal, já volta aquele filme na sua cabeça. É muito ruim (G8).

Eu já estava esperando nascer antes porque eu já tinha tido. [...] Mas aí, eu fico assim, preocupada de nascer antes... (G9).

Eu tenho medo de me apegar, perder de novo (G9).

É a mesma coisa. Não muda nada, nada, nada. O sentimento é o mesmo. A confusão que fica na sua cabeça é a mesma. [...] Os pensamentos, fala assim “Nossa, de uma hora pra outra meu neném vai nascer, corre o risco de não viver, como também pode viver”. Então você fica meio confusa, meio perturbada com tudo isso (G4).

Ao ter conhecimento sobre as consequências da prematuridade e da hospitalização nas unidades neonatais, uma gestante demonstrou preocupação de que a criança apresente algum comprometimento. Observa-se que esta preocupação pode acompanhar a gestante durante toda a gravidez e ocorreu pelo fato do filho mais velho apresentar comprometimento cognitivo decorrente da prematuridade.

Ah... Para mim, foi um pouco preocupante e está sendo bem preocupante, porque a gente não sabe do procedimento, se as crianças vem iguais as outras que tiveram algum problema, se vai ser uma criança saudável... (G10).

O início do trabalho de parto pré-termo para uma das participantes com filho a termo, foi apontada como uma sensação estranha e também como motivo de grande preocupação, predominando o sentimento de medo pela imaturidade do feto e, assim, maior risco de não sobreviver.

Foi uma sensação muito, muito estranha. Muito medo, em primeiro lugar, foi medo. Não tanto por mim, mas por ela, dela chegar a vim e não sobreviver. Passa mil coisas na sua cabeça. [...] Não tem nada arrumado e ela... O pulmãozinho dela não estava preparado ainda, a chance dela sobreviver era pouca, então, era muito medo (G1).

No entanto, para uma primigesta, a notícia de que o filho poderia nascer antes do esperado, foi recebida com naturalidade, sendo a ocorrência atribuída aos eventos que ocorreram no nascimento da própria gestante.

Ah... Para mim já era normal, porque eu já achava que ela não ia vim porque eu também sou prematura. Não estava acreditando que ia vim em maio não, ia vim em abril (G2).

Apesar de não demonstrar apreensão frente à possibilidade do nascimento prematuro, a mesma gestante verbalizou preocupação relacionada à saúde da criança, caso o nascimento ocorra antes das 37 semanas de gestação.

Ah... Só dela vim fora do tempo e com algum problema, mas fora isso... (G2).

Para as gestantes entrevistadas, independente da experiência com o RNPT, vivenciar uma gravidez com risco para o nascimento prematuro é lidar com incertezas. Para estas mulheres, a sobrevivência do filho é incerta, a saúde ao nascer e a qualidade de vida da criança também são. Assim, frente ao desejo de que a maternidade se concretize, as entrevistadas verbalizaram a preocupação de que o empenho delas para prolongar a gravidez para além do segundo trimestre, não seja suficiente.

[...] Agora, o médico falou que se nascer, fica tudo bem, não é tão preocupante como antes, mas aí, depois que você está grávida tudo te preocupa (G3).

Eu tenho medo de perder, porque dizem que esses primeiros meses são os mais arriscados, porque não tem peso, né? O risco é maior. O meu medo é esse (G8).

É acontecer de novo. É com 25 semanas eu não conseguir segurar ele. Só quero que ele nasça (G6).

Não aguentar segurar, pegar amor... É isso que eu estou com medo (G9).

Então, eu fiz a cerclagem e eu fico assim, pensando “Ai, meu Deus, será que esses pontos, na hora que o bebê começar a pegar mais peso, não vão abrir?” Acredito que não porque está indo super tranquilo, né? Mas eu fico torcendo para chegar logo nas 30 semanas, porque eu sei que se nascer prematuro o hospital aqui é equipado, tem UTI neonatal, então, a chance de sobrevir é bem maior que a gestação passada (G12).

Observa-se que as gestantes trazem para si a responsabilidade de garantir que o nascimento do filho ocorra no termo ou o mais próximo possível, assegurando a sobrevivência da criança. Porém, o nascimento a termo pode não depender apenas dos esforços dispensados pela mulher, mas a mesma passa a culpar-se pelo ocorrido.

Quando o nascimento prematuro ocorre, acompanhar a admissão do filho nas unidades neonatais foi considerado, pelas gestantes entrevistadas, como uma experiência que envolve grande tensão emocional, devido ao impacto inicial da hospitalização e a preocupação com a sobrevivência do filho.

É um pouco sofrido e chocante. Você fica pensando “por quanto tempo vai ficar lá? Será que é grave? Vai ter cura o problema?” São coisas que não encaixam na mente de uma mãe que preocupa com a criança (G10).

Eu já entrei em desespero porque lá, foi pra lá é... Alguma coisa tem, né? E a gente desespera, querendo ou não (G3).

É horrível. Nossa! Eu chorava, só chorava, aí tinham umas enfermeiras que vinham ajudar a gente, conversar... É desesperador (G3).

A gente que nunca viveu, na hora, é um baque, você não está esperando, né? Então você vê aquela coisinha pequenininha e aí você olha para o lado e aqueles nenéns, né? Que, às vezes, estão na UTI só para ganhar um pesinho ou tem um amarelinho, aí você olha para o seu que está pequenininho, cheio de aparelhos, tampão no olho... É assustador (G7).

Apesar do sofrimento que envolve as unidades neonatais, as gestantes reconheceram que é neste ambiente que ocorrerá a adequada transição do RNPT para a vida extrauterina. Os profissionais de saúde foram percebidos como fontes de apoio capazes de auxiliar no processo de enfrentamento, fortalecendo sentimentos positivos e a esperança, durante a hospitalização nas unidades neonatais.

É muito sofrimento, né? Mãe... Ver o filho intubado. Dói você ver um filho lá, né? Mas você já sabe, já passou, já sabe que é ali que eles estão fazendo de tudo (G9).

Um lado a gente se preocupa, né? Que é nosso filho que está ali, com um estranho, um desconhecido que a gente não conhece, mas outro lado a gente está vendo o carinho que eles tratam as crianças. A gente já se senti um pouco confortável, tira um pouco de dor de dentro de nós (G3).

É acolhedora a UTI, você aprende a lidar com a situação. [...] Para mim foi uma lição mesmo, eu passei a acreditar em mim e nele, ao ver como uma pessoa de fora tratava ele, o meu filho... Elas acreditavam nele... As enfermeiras, os médicos... (G7).

Uma das gestantes entrevistadas que vivenciou o nascimento prematuro, mas não teve a experiência de acompanhar o filho nas unidades neonatais, percebeu a unidade neonatal como um ambiente voltado à recuperação, sendo altamente especializado e com grande densidade tecnológica.

Deve ser muito bem equipada e muita gente em volta. Acredito que eles fazem de tudo para o bebê sobreviver (G12).

As gestantes sem histórico de parto prematuro e que nunca tiveram contato com unidades neonatais verbalizaram medo e estranhamento relacionado ao ambiente. Além disso, apontaram uma assistência voltada às especificidades do RNPT e a presença de normas rígidas devido aos riscos de infecção hospitalar.

Eu tenho medo disso (G1).

É muito, muito cuidado, né? Tipo, máscara, é negócio pra não pegar bactéria, higienização, porque é muito pequenininho (G1).

Ai, deve ser estranho, né? Porque, tadinho tudo pequenininho, dentro daqueles tubinho. Deve ser estranho (G2).

4.3 O enfrentamento das gestantes frente ao risco para o nascimento prematuro

Nesta segunda categoria temática foram descritos os comportamentos das gestantes frente às demandas da gravidez com risco para o nascimento prematuro, sinalizando algumas estratégias de enfrentamento, permitindo captar os seguintes núcleos de sentido: adaptando-se às mudanças na rotina e permitindo-se conhecer o incerto.

A gravidez com risco para o nascimento prematuro muda a rotina das gestantes devido aos novos hábitos que devem ser adotados para garantir maiores chances de sobrevivência ao filho. Estas mudanças alteram o dia-a-dia das gestantes e são percebidas, por elas, como pequenas limitações ou como novas responsabilidades. Tais mudanças, quando percebidas como pequenas limitações, não foram apontadas como fontes de estresse, mas ao serem percebidas como novos compromissos a serem assumidos, aliados às limitações que as gestantes vivenciam no dia-a-dia, as mudanças podem configurar-se como sobrecarga, como observado na fala da entrevistada G3, “A cabeça vai a mil, né?”.

Tive que fazer mais repouso, tipo, não podia ficar limpando muito a casa, não podia correr, não podia tomar aqueles banhos demorados. Era tudo mais leve, nada de ficar andando de moto... Era tudo na base do repouso, então mexeu um pouquinho com o meu dia a dia (G1).

Eu tenho que ficar mais de repouso, não posso fazer esforço... Então, deu uma mudada, né? Não posso ficar nervosa. Então assim, são essas pequenas limitações... (G7).

Precisei descansar, ficar em repouso. Precisei tomar remédio para o pulmãozinho madurar antes... A cabeça vai a mil, né? (G3).

O início espontâneo do trabalho de parto antes das 37 semanas de gestação e a frequente necessidade de repouso dificultam a estabilidade das gestantes no emprego. Para as gestantes que trabalham para compor a renda mensal da família, esta situação traz preocupações relacionadas ao presente e ao futuro, em decorrência dos gastos que envolvem a criação do filho. Observa-se que a preocupação financeira pode permanecer para além do período gravídico, devido às necessidades de cuidados do RNPT.

Ah... Foi difícil porque eu sou acostumada a ficar elétrica 24 horas e tinha que descansar, não podia fazer o que eu fazia... Força, trabalhar. Então, foi ruim. Queria fazer tudo que eu fazia antes, mas não podia (G3).

Eu estou afastada do trabalho faz 30 dias por causa disso, o médico me afastou até fazer novos exames para saber tudo, como que está. Aí, não pego peso, eu evito agachar, evito muita coisa (G8).

Coisas mínimas... Limpar uma casa, levantar e abaixar. Aí, geralmente, agora está difícil para mim, assim, trabalhar. [...] Fica difícil para gente estar mantendo a criança. E a gente faz o possível e o impossível para dar conta, porque afinal, é o filho da gente, né? E precisa de vida, né? Então, a gente luta por isso. A preocupação é essa, na hora e depois (G10).

[...] Eu tive que me ausentar do serviço. Isso gerou um problema, atraso de pagamento. Então, é difícil. Eu tenho medo disso, sabe? Da neném nascer prematura e eu ter que me ausentar mais tempo do trabalho do que o normal e isso prejudicar mais pra frente. Prejudica agora e mais pra frente (G4).

Observa-se que os afastamentos no trabalho são advindos das frequentes hospitalizações que as gestantes vivenciam durante o pré-natal e, além destas mudanças, três gestantes citaram mudanças na vida sexual do casal grávidico.

Parei de ter relação, tive que parar de trabalhar, mas só isso. [...] Estou afastada do serviço (G2).

Na minha profissão, eu mexo com veneno, né? Então, eu tive que parar de trabalhar com o veneno e também orientação sexual, eu não posso (G11).

Fazer trabalho pesado, né? E manter assim, a vida sexual ativa meio ponderada, porque eu interno muito, então, a cada internação, 15 dias de atestado pra não se mexer muito, não ficar muito em pé. São essas limitações que eu tive, que eu estou tendo, por enquanto (G7).

Consciente dos riscos que aumentam as chances do nascimento prematuro, uma gestante buscou manter a rotina de trabalho normal, seguindo as orientações médicas. Este fato mostra que o estabelecimento do vínculo entre a gestante e o profissional de saúde pode contribuir para que as gestantes consigam vivenciar a gravidez sem grandes mudanças na rotina ou estresse excessivo, facilitando a sua adaptação a esta nova fase da vida. No caso desta gestante, a mesma seguia em

atendimento pré-natal no SUS e na assistência privada, diferente das outras gestantes entrevistadas. O repouso e o cuidado excessivo foram percebidos, por ela, como privações que não apresentaram resultados favoráveis na gestação anterior, com o nascimento prematuro do primeiro filho.

Eu pego peso, eu agacho, eu subo escada, então, está normal. A doutora falou que não tinha problema, mas tudo bem leve, né? Na outra fase, na gestação, eu não fazia nada, eu não trabalhava, eu não fazia nada, ficava só em casa. Então, quer dizer, por repouso, não foi, porque eu ficava de repouso. Então, dessa vez, eu falei, já que da outra eu fiquei de repouso, dessa vez eu vou fazer o que uma grávida faz que é atividade física, sair, normal... Com os cuidados que tem que ter, né? Então, hoje, eu faço diferente, pra falar a verdade. Hoje eu sou mais... Eu não me prendo muito não (G6).

Duas gestantes perceberam que deixaram de realizar atividades de lazer, apontadas como fontes de prazer, e também abriram mão do convívio com pessoas queridas, como no caso de uma das entrevistadas, que diminuiu a frequência de visitas à avó. Mas apesar das privações, elas percebem que as mudanças permitiram reflexões sobre suas atitudes no dia-a-dia e trouxeram calma à vida.

Mudei bastante. Devido ela já estar querendo nascer, desde o quinto mês, eu deixei de fazer muita coisa que eu gostava. Eu adora andar, adorava caminhar, deixei de caminhar. Deixei de, às vezes, conviver no meio de muita gente, reunião familiar, essas coisas, quando tem muita gente eu procuro ficar um pouco mais distante, porque é muita gente, no lugar onde tem muita gente, geralmente, sai algum atrito ou, até mesmo, sem querer te esbarram. Aí, isso tudo ajuda a adiantar mais ainda o parto. Eu gostava de vim aqui na vó. Eu já deixei de vim. Eu evito no máximo que eu posso. [...] A gente fala por telefone, a saudade mata por telefone (G4).

Eu procurei ficar mais tranquila, mais serena (G4).

Fazer caminhada, que eu gosto, mas o que mudou foi o meu jeito, de respirar fundo, esperar mais... (G7).

Eu estou mais calma, eu estou mais... Respirando fundo, porque eu sou muito ativa, né? Eu sou muito de eu faço as coisas. Hoje eu estou dependendo mais das pessoas, estou mais calma (G7).

As mudanças que as gestantes vivenciam foram percebidas por elas como necessárias para proporcionar boas condições de nascimento ao filho. As mudanças nos hábitos e atividades diárias são justificadas, colocando as necessidades da

criança em primeiro lugar. Deste modo, por mais difícil que seja para mulher, manejar as demandas internas ou externas, na busca pela adaptação à nova realidade, não lhe cabe outra opção que não seja atender às orientações dos profissionais de saúde.

Ah... Pra mim, eu não... Eu estranhei um pouco, mas aí, no meu caso, eu não estaria pensando em mim. Então, eu acho que não foi tão forte pelo fato de não estar pensando em mim, estar pensando mais nela (G1).

Você se previne de certas coisas, né? Isso eu vou fazer, aquilo eu vou fazer, aquilo eu não vou fazer. Você pensa “Qual é a minha parte? A minha parcela de prevenção para o bebê não nascer prematuro?” (G5).

Foi difícil, mas a gente, pelo filho, a gente faz tudo, né? Mesmo que a gente não quer descansar a gente vai e descansa. Não quer repousar, repousa na marra (G3).

O enfrentamento religioso é utilizado pelas gestantes durante a gravidez de risco, conforme observado na fala de duas entrevistadas, sendo responsável por oferecer conforto emocional às mulheres. No entanto, deve-se atentar para o fato de que este recurso pode ser utilizado isoladamente e as orientações dos profissionais de saúde podem não serem seguidas.

Sempre procurava oração de bebê, sempre procurava, porque eu acho que isso foi ajudando bastante (G1).

Porque eu falo, onde Deus põe a mão, né? E eu estou crente que é Deus que está no comando, não é médico nenhum, não (G9)

[...] Aí eu me apaguei mais a Deus, né? Na hora que nós precisamos mais, nós pedimos socorro (G3).

O companheiro e a família estendida foram percebidos como fontes de apoio, capazes de oferecer segurança e tranquilidade frente às situações adversas da gravidez de risco, mostrando a importância de incluir o parceiro e a família nas ações dos profissionais de saúde, durante o pré-natal. Falar sobre os riscos e sobre o suporte tecnológico oferecido pela instituição de saúde foi percebido por uma gestante como importante para fortalecer a confiança do casal.

O meu marido entende, né? Porque o bem estar é a neném, eu falo “Vai passar”. Eu espero que a gente chegue até os nove, até daqui dois meses, mas se não der pra chegar a gente está bem tranquilo, ele está bem tranquilo. Os médicos conversaram com ele, que tem a UTI certinha... Dos riscos, como uma criança de nove meses poderia correr riscos, como ela também, mas o caso dela é mais... Por ela ser mais pequenininha, mas ele está bem, a gente está bem confiante (G7).

Mas assim, eu precisei mais da minha família me ajudar no dia-a-dia. Igual, nesse daqui eu não consigo fazer nada, não consigo ficar dois minutos em pé, dói tudo, me dá muita cólica, me dá muita dor (G3).

Além das informações fornecidas pelos profissionais de saúde, as gestantes, procuram informações complementares, as quais, segundo as gestantes, esclarecem as dúvidas no momento em que elas surgem, permitindo compreensão da situação e diminuição dos níveis de ansiedade.

Eu fiquei, um tempo atrás, quando eu estava com vinte semanas, com bastante cólica, parecia umas contrações, aí eu li na internet que existe umas contrações falsas. Nesse momento, quando eu li ali, já deu uma acalmada... (G12).

Eu procuro se sobrevive, se tem chance, tudo isso. Eu já li que acima de 30 semanas o risco é bem menor, que tem chance, que é muito maior. Então, eu espero chegar até as 30 semanas (G6).

Hoje em dia eu pesquiso tudo, se eu estou com uma contração eu vou lá e pesquiso. Ultimamente eu só estou pesquisando bebê prematuro (G3).

Ao serem questionadas sobre as fontes onde buscam as informações sobre a gravidez, as gestantes apontaram a internet como meio de busca mais utilizado, mas apenas uma das gestantes demonstrou preocupação quanto à credibilidade do conteúdo lido. Os assuntos mais procurados pelas gestantes, além daqueles relacionados às contrações, incluem procedimentos médicos e características físicas do RNPT.

[...] Mas sempre quando eu tenho dúvida, quando eu fiz a cerclagem, eu tinha muita dúvida, então, eu fui lendo muito na internet, como seria o procedimento. [...] A internet me ajudou nesse sentido, alguma dúvida que eu tenho, eu leio, só que nem tudo é muito aproveitável, às vezes, eu fico confusa e até paro um pouco...(G12).

Eu procuro tudo de parto prematuro, de cerclagem... Eu procurei muito desse negócio da cerclagem para saber como que é, porque eu queria chegar aqui e falar (G9).

[...] Quando eu comecei, 21 semanas, por exemplo, no caso, eu procurava mais ou menos quanto ela estava pesando, como ela estaria... Então, eu procurava foto, aí eu ia ver... Que tamanho. Pesando só isso... No caso era 750, 700 gramas. É muito pequenininho, não pesa muito (G1).

Agora eu estou procurando muito o pré-termo e estou pesquisando recém-nascidos com 28 semanas, né? Eu fico muito querendo ver, querendo saber... Aí vem aquelas fotinhas...(G7).

A internet também permitiu que as gestantes estabelecessem contato com profissionais de saúde para o esclarecimento de dúvidas não específicas do RNPT.

Eu fui atrás de um médico parasito pra me explicar da toxoplasmose para eu fazer todos os cuidados, para não me desfazer dos meus bichos (G5).

As gestantes demonstraram curiosidade e iniciativa na busca pelo esclarecimento das dúvidas existentes. Esta atitude permaneceu quando perguntado à elas sobre o interesse em conhecer as unidades neonatais, durante o pré-natal. Das doze gestantes entrevistadas, onze manifestaram interesse em conhecer as unidades neonatais.

As gestantes com histórico de parto prematuro perceberam a visita como uma oportunidade para o preparo da gestante-mãe e para o fortalecimento de sentimentos positivos.

Ah... Eu acho interessante porque se caso aconteça elas já estão no meio, já sabem como é. Porque pegar uma pessoa que vai ter um nenê de cinco, seis meses e não sabe nada disso é muito triste, a mãe fica desesperada (G6).

Eu acho que seria uma boa, elas já ficarem preparadas, porque tem mãe, né? Eu via que tem muitas lá, que entravam, passavam mal, choravam... (G9).

Eu acho que é uma orientação ótima para as mães ficarem por dentro de como que é, como vai ser... Para não ficar aquela coisa preocupante (G10).

Eu acho que é válido porque você vai ver o dia-a-dia, vai te botar mais esperança, porque você vai ver muitos casos lá dentro, então,

você vai ter um contato, não é o seu, mas você vai ver que tem muitos lá, que estão indo para frente. Então, vai te botar mais esperança (G8).

No caso das gestantes que não vivenciaram o nascimento prematuro em gestação anterior e também não tiveram contato com unidades neonatais, conhecer essas unidades foi percebida como oportunidade de aprendizado e fortalecimento da esperança.

Eu acharia interessante conhecer (G2).

Eu visitaria, sem problema, porque eu queria conhecer um pouco, porque vai que não... É muito pequenininho, então, passava pela minha cabeça “Será que a minha filha vai chegar a sobreviver se ela nascer?” (G1).

Para uma gestante, conhecer as unidades neonatais durante o pré-natal de risco pode contribuir para a distorção da realidade, causando preocupações que não estão relacionadas às condições obstétricas das gestantes. Entretanto, a gestante considera importante o preparo frente ao risco para o nascimento prematuro, devendo este preparo ocorrer de acordo com as necessidades de cada gestante.

Olha, as mães são muito encucadas com tudo. Cada história é uma história. Então, às vezes, vai lá na UTI, vê aquele ambiente, que é um ambiente hostil, pelo próprio risco de vida, aí já vai encucar com aquilo. Acho que cabe um preparo psicológico, mas longe daquele ambiente (G5).

A pessoa ter clareza sobre o problema dela, saber genérico só encuca mais (G5).

4.4 O universo do recém-nascido pré-termo na percepção das gestantes de risco

Esta categoria temática compreende as percepções das gestantes sobre o RNPT nas unidades neonatais, as temáticas e as estratégias de aprendizagem a serem utilizadas junto a esta clientela, durante o pré-natal de alto risco, no preparo para o nascimento do RNPT. Nesta terceira categoria temática foram identificados

os seguintes núcleos de sentido: reconhecendo as próprias fragilidades e as fragilidades do RNPT hospitalizado e aprendendo sobre o RNPT.

Durante a gestação inicia-se a formação do vínculo entre mãe e filho e, a partir do segundo trimestre, a mulher começa a projetar expectativas relacionadas à aparência física do filho. O bebê esperado pela gestante apresenta comportamentos e características físicas que indicam boa saúde, tais como, o choro forte, peso e estatura adequados, pele corada e capacidade para iniciar o aleitamento materno. Sabe-se que as expectativas projetadas pela mulher, relacionadas a aparência do filho, tendem a diminuir ao longo do terceiro trimestre e findar com o nascimento, mas com o nascimento abrupto, a mãe passa a conviver com a frustração por não ter o filho imaginado. Para as gestantes que não apresentam contato prévio com o RNPT ou unidades neonatais, a imagem do RNPT está ligada ao sofrimento do filho, devido ao tamanho e aos aparelhos que oferecem suporte à vida.

Ah... Eu já vi, mas assim, de longe, na incubadora, aí tem aqueles aparelhinhos, judiando tudo, aí não, dá muita dó (G1).

Aí, deve ser estranho, né? Porque, tadinho, tudo pequenininho, dentro daqueles tubinhos. Deve ser estranho (G2).

Para as gestantes que acompanharam seus filhos durante a hospitalização nas unidades neonatais, o primeiro contato com o RNPT despertou sensações de incômodo, por encontrarem um bebê pequeno, com a pele ainda em formação e com monitores instalados em diversas regiões do corpo. Na época, tal aparência abalou a confiança e a esperança da mãe com relação à sobrevivência do filho, por considerarem o RNPT indefeso.

É um bebê e além de ser um bebê é pequenininho (E4).

[...] Imagina fio para tudo quanto é lado. Ela estava cheia de fio. Era fio na cabeça, fio no peito, fio no pé. E muito pequenininha, muito pequenininha, o pezinho dela era coisa de centímetro. Ela era bem pequenininha, a pele transparentinha. Não tinha nem pele a criança. Daí foi um baque pra mim na hora (E4).

Ele era muito sensível, a pele dele ainda estava formando... [...] Muito indefeso, não tem proteção de nada (E6).

Um neném tão pequenininho... [...] (E7).

É ruim você ver daquele tamanho. Uma fralda pequena não serve, cobre ele inteiro (E8).

[...] O tamanho, às vezes é uma criança tão miudinha, que você está vendo e você não dá nada por ela (E10).

A imagem do RNPT como uma criança indefesa, que necessita de aparelhos para sobreviver à transição da vida intrauterina para a extrauterina, também foi percebida por uma gestante que vivenciou o nascimento prematuro, mas não acompanhou o filho nas unidades neonatais, pelo fato da criança não ter sobrevivido.

[...] Bem fraquinho, sensibilizado, às vezes, fica até com oxigênio, equipamento para respirar... É bem delicado, né? E o bebê é bem mais sensível que a gente... (G12).

Devido à necessidade do RNPT permanecer monitorado e em incubadoras, as gestantes apontaram que o contato com o filho não foi estabelecido no tempo e da maneira que desejavam. Percebe-se, pelas falas das entrevistadas, que os profissionais de saúde foram importantes no processo de adaptação da mãe ao bebê real e na promoção do vínculo afetivo entre a mãe e o filho, durante a hospitalização.

Ele ficava na incubadora, tudo tampadinho, eu não vi nem o rostinho dele (G6).

Ele nasceu bem pretinho, né? Estava faltando ar [...] Ele estava na incubadora, com sonda, estava numa capelinha. E ele era muito pequeno, eu morria de medo de chegar perto dele e de... De alguma forma acabar trazendo um dano maior, né? Fazer alguma coisa ali, no meio daquele monte de fio, que... Nossa, piorar a situação, né? Prejudicar. Não podia tirar da incubadora, porque perdia temperatura. E, na verdade, durante dez dias eu não tive um contato com ele, eu só via ele na incubadora (G5).

Nunca tinha tocado no meu bebê. Aí um dia, chegou um médico, ele estava com onze dias e eu estava olhando pra ele (filho), e ele (médico) falou assim “Você quer pegar ele mãe?”. Aí eu falei assim “Eu quero” (G5).

Eu vi ele só pela incubadora, não podia tocar. Ele estava todo cheio de aparelho, todo, mas eu conversava com ele, bastante... (G7).

[...] A minha primeira reação quando eu vi ela, eu falei “Não é minha filha”. Porque eu não vi ela, assim, mostrar quando ela nasceu “Ah...

sua filha". Eu vi ela meio assim, rápido, porque ela tinha nascido de cinco meses e meio, já tinha que correr. Eu demorei três dias porque eu fiquei sedada durante três dias daí não é a minha filha não, trocaram a minha filha. Trocaram, trocaram...". Aí as meninas vieram, as enfermeiras vieram "Não mãezinha", aí viu, olhou, falou "É a sua bebê, só que ela nasceu pequenininha". Aí foram me explicar, aí o médico veio, conversou comigo, explicou... (G4).

Apesar dos profissionais de saúde serem fundamentais no processo de inserção das mães nas unidades neonatais, as gestantes não percebem as ações dos profissionais como facilitadoras. As entrevistadas apontam a necessidade de estabelecer uma comunicação efetiva com os profissionais de saúde, uma vez que consideraram as informações fornecidas como insuficientes, permanecendo a apreensão com relação ao estado de saúde do filho. Além do cuidado dispensado ao RNPT, nas unidades neonatais, o qual possibilita maiores chances de sobrevivência, as gestantes manifestam a necessidade de sentirem-se acolhidas e incluídas no processo de hospitalização do filho.

A gente não está acostumada, porque a criança é tão pequenininha, por exemplo, podia, igual eu, minha filha ficou lá, o caso dela, eles não contaram tudo, não abriram "Mãe está acontecendo isso, é assim, é assim, é assim que a gente trabalha, é assim que a gente vai fazer". Eu chegava lá, cada dia era uma coisa que acontecia e não sabia tudo. Então é importante o médico, a enfermeira estar esclarecendo todos os dias que a gente está lá o caso, o que aconteceu durante o dia, porque a gente chega lá, já assusta, porque cada hora é uma coisa (G3).

Senti falta, sabe? De conversar? Porque a gente assusta e ainda não tem com quem conversar e esclarecer tudo, explicar como que é o trabalho. Então, é ruim (G3).

Tem que criar um ambiente mais acolhedor. Falar o que é possível fazer agora, o que a mãe tem que esperar, que você pode ter um contato com ele dentro do hospital, você pode pegar, não precisa ter medo. Para nós, não pode por a mão em nada, tudo é perigoso (G5).

Conversar, saber o que esperar, que talvez tenha chance de não sair com ele no colo, né? Pode ser que sim ou pode ser que não. É coisa meio difícil de prever, então, a gente tem que trabalhar "Olha, provavelmente..." (G5).

Ao colocarem o cuidado necessário ao RNPT e a dificuldade de comunicação com os profissionais de saúde como barreiras que dificultam a aproximação com o filho, durante a hospitalização nas unidades neonatais, as gestantes apontam

estratégias que, ao serem trabalhadas durante o pré-natal de alto risco, podem auxiliar no preparo da mulher-gestante-mãe, caso o nascimento ocorra antes das 37 semanas de gestação.

Eu acho que... Porque tem muita gente fechada, eu sinto, então, não é todo mundo que quer se abrir. Eu acho que as mães deveriam se abrir um pouco mais, confiar mais no trabalho de vocês, tipo... “Oh... Acontece isso, eu preciso que vocês me ajudem nisso”, porque tem muita gente, algumas mães que levam as dúvidas para casa e vão tentar esclarecer em outros lugares, entendeu? Eu acho que nada mais justo que todo mundo reunido, uma ajuda a outra e vice e versa. Algumas não falam, eu tenho uma dúvida e pergunto para uma mãe, depois para outra, aí vai interagindo, porque querendo ou não, quando a gente entra aqui, a gente cria um laço. Então a gente vai vendo a mesma pessoa praticamente toda sexta (G1).

O importante é sempre quando a gente vim, ter uma enfermeira para passar as coisas de berçário, essas coisas para gente, né? Igual, dar banho, essas coisas que nós vamos precisar saber. Mesmo que nós temos o nosso, da primeira gestação, ela é outra já, mas nós ainda sentimos falta, né? Uma gravidez é diferente da outra. [...] É sempre importante, né? Ter alguém pertinho da gente. Cuidar pelo menos um pouquinho, cinco minutinhos, a gente fica meio sensível, qualquer coisa a gente chora... (G3).

Para uma das entrevistadas, os grupos para compartilhar experiências podem interferir negativamente no processo de enfrentamento por causar ansiedade e preocupação excessiva. No entanto, a gestante aponta a importância de momentos para trocar experiências relacionadas ao cuidado do RNPT, pois de acordo com a fala da própria gestante, “O bebê prematuro não é um problema é uma situação que precisa ser aprendida (G5)”.

[...] A pior coisa é quando junta um monte de mãe para falar de história trágica de parto. Aí você já fica pensando que ninguém conta história feliz (G5).

É legal um grupo de estudo focado para aquela mãe porque se você faz uma roda aí você fala “Nossa, coitada da fulana...”. [...] A não ser que seja uma troca de experiência focada, por exemplo, no banho, banho no prematuro... É outra coisa! Agora, para falar das próprias experiências e do que sente é muito pessoal e quase sempre é uma divisão de problemas, essas rodas... Quase sempre é uma divisão de sofrimento e nessa hora você está precisando de apoio, de motivação, de ver que tem o lado bom. O bebê prematuro não é um problema é uma situação que precisa ser aprendida (G5).

Três gestantes entrevistadas perceberam os cursos práticos sobre os cuidados do RNPT, que são oferecidos pelas maternidades de baixo risco, porém com temas voltados ao recém-nascido a termo, como estratégias que podem contribuir para o aprendizado.

[...] demonstrasse porque na prática é mais fácil... Com outras pacientes (G2).

Em cursinhos, assim, mais práticos (G4).

Uma aulinha para prematuro, para crianças prematuras, seria legal (G7).

Além de considerarem importante o desenvolvimento de cursos práticos sobre os cuidados do RNPT, as entrevistadas percebem os materiais educacionais como estratégias interessantes ao possibilitarem o acesso a conteúdos voltados à temática da prematuridade e imagens do RNPT. Livros explicativos e com figuras, documentários sobre o RNPT e tecnologias digitais, foram opções de interesse das gestantes para serem utilizadas no desenvolvimento de atividades educativas durante o pré-natal de alto risco.

Eu gosto de ler, eu adoro ler (...) seria interessante assim, como que fala... Uns livros explicativos, entende? Umas ilustrações, porque, geralmente, menina nova também gosta de ficar vendo... (G4)

Também seria interessante, agora, na era moderna, negócio de celular, esses aplicativos que tem em celular, ensinando, né? A mãe como cuida, o que pode o que não pode (G4).

[...] Um livrinho para quem não tem acesso a internet, um livrinho também com fotinha ou, até mesmo, só um documentário falando. Acho que seria importante (G7).

Aproximar-se da temática da prematuridade, durante o pré-natal, foi percebido pelas gestantes entrevistadas como uma oportunidade que pode contribuir no preparo da mulher, caso o nascimento aconteça antes da 37ª semana de gestação. Para uma das gestantes entrevistadas a adaptação da gestante-mãe é gradual, não sendo oferecidas oportunidades de aproximação com esta temática, durante o pré-natal. Para outra gestante, atividades educativas sobre o RNPT podem ter repercussões a longo prazo, fortalecendo o vínculo entre mãe e filho e prevenindo casos de violência infantil.

[...] Porque assim, pode ser que a crianças nasça, como não nasça (prematura). Então, os médicos geralmente passam só assim, durante a gestação, o que você deve e não deve fazer (G4).

[...] Se seu filho é prematuro, você vai ter que ter esses e esses cuidados, se seu filho é de tempo normal, são outros cuidados, não específicos que nem o do prematuro, porque o prematuro você tem que ter o dobro de atenção. Então, seria legal ensinar isso durante a gestação, porque aí, tem um período bom para pessoa já se conscientizar e ir se adaptando aos poucos. Eu penso, né? Porque na minha época não teve isso não (G4).

[...] Vai ajudar porque muitas, vamos supor, que uma gestante está tendo o primeiro filho, ela não tem esta experiência ou, talvez, é nervosa, não tem paciência com a criança. Neste estudo, ela já vai aprender como que é uma vida com uma criança, tenho certeza disso, que vai, e já vai impedir que ela seja maldosa para a criança (G10).

Inicialmente, as participantes consideraram importante informar as gestantes com risco para o nascimento prematuro sobre a necessidade do RNPT em permanecer nas unidades neonatais, pois as mães anseiam a alta hospitalar. Sabe-se que, em muitos casos, as mulheres apresentam dificuldades para conciliar a sua permanência nas unidades neonatais com as responsabilidades do trabalho e da família.

Orientar sobre a criança ficar internada, que tem que ter o tempo, porque muita mãe não quer esperar, quer que a criança saia... (G9).

Os assuntos assim, devem ser passados para elas, para nós gestantes, por que? Para ficar mais despreocupada, não ter aquela coisa, aquela ansiedade “Ai, que vontade ir para casa logo...”, porque talvez a gente merece todo o cuidado ali, vocês estão segurando a gente aqui para ser cuidado e a gente fica ansiosa, fica nervosa. Eu mesma, já aconteceu de ficar muito brava, querendo ir para casa e não podia, entendeu? Então, deve ser explicado por essa parte, para matar a ansiedade da pessoa, diminuir, pelo menos, né? (G10).

As temáticas a serem abordadas, durante o pré-natal de alto risco, na percepção das gestantes entrevistadas, não incluem apenas temáticas referentes à prematuridade. Os conteúdos apontados como importantes para o preparo da gestante, durante o pré-natal, surgiram a partir das dúvidas das mulheres

entrevistadas, as quais acreditam que estas dúvidas são compartilhadas com outras gestantes.

As mudanças nos hábitos familiares para receber o recém-nascido no domicílio, os cuidados básicos diários e questões mais específicas, relacionadas às síndromes genéticas, foram conteúdos levantados por duas gestantes, sendo que a preocupação com a qualidade de vida da criança com Síndrome de Down ocorreu pela idade da gestante, considerada fator de risco para a ocorrência da síndrome.

A questão da Síndrome de Down, eu acho que é uma coisa que vale a pena você trabalhar e até levar no ambiente. Pra ela saber que o filho dela não vai ser improdutivo (G5).

O nascimento da criança, fumante, essas coisas... Sobre os cuidados do bebê. Sobre o que pode dar uma alergia para a criança, o que pode fazer mal, fazer bem. Sobre quando a criança está com frio, com fome, horário de amamentação, dos banhos durante o dia, trocar fralda... (G10).

As temáticas específicas da prematuridade também estão relacionadas aos cuidados básicos, porém, devido à imaturidade e estatura do RNPT, as gestantes verbalizaram medo e insegurança quanto à capacidade para manipular um bebê tão pequeno. As gestantes sem experiências anteriores com o RNPT apresentaram dúvidas referentes às rotinas do centro obstétrico da maternidade de alto risco e sobre o início da amamentação.

Como você lidar com o prematuro. Porque o banho não é o mesmo, da mesma forma que você dá numa criança de nove meses, o cuidado... É tudo pouquinho, tudo delicadinho. Uma fralda no RN, como que põem... (G7).

Na hora que nascer, a amamentação, eu tenho dúvidas sim, se vai pegar, se não vai. Alguns pegam fácil, outros não, ainda mais por ser prematuro acho que é mais difícil ainda começar a pegar. [...] E os cuidados, logo depois que nasce. Eu sei que os enfermeiros daqui ensinam como dar banho, como pegar... (G12).

Assim, tenho medo da amamentação, de não conseguir amamentar, de não dar banho por causa do medo, a gente fica com medo. [...] O mais medo é o banho, né? Porque é pequenininho (G2).

Eu fico meio assim, "Gente, como será que vai ser? Do centro obstétrico, a minha filha será que vai para um lado, ela vem comigo? Como que é? Será que ela vai para uma sala e eu fico na outra?". Então eu tenho bastante medo disso, porque... Vamos ver. Será que

ela vai sair junto comigo ou será que ela vai para um lado e eu vou para outro? (G1).

5 Discussão

5 DISCUSSÃO

Por meio da caracterização sociodemográfica e dos dados referentes às características obstétricas das gestantes entrevistadas, observou-se que além dos diagnósticos de trabalho de parto pré-termo prévio e trabalho de parto pré-termo inibido, na gestação atual, as gestantes apresentavam outros condicionantes capazes de aumentar os riscos de morbimortalidade materno-infantil.

Entre as gestantes entrevistadas, identificamos apenas uma delas com idade considerada fator de risco para a morbimortalidade materno-infantil. A gravidez nos extremos de idade aumenta os riscos de agravo à saúde materno-infantil, devido ao aumento da ocorrência de partos operatórios na gravidez tardia e aumento de nascimentos prematuros, baixo peso ao nascer e baixo índice de Apgar no 1º e 5º minuto, tanto entre as gestantes adolescentes quanto entre aquelas com idade igual ou superior a 35 anos, caso da gestante entrevistada. A assistência pré-natal dispensada a estas mulheres deve compreender os aspectos biopsicossociais, assegurando o início precoce e adesão ao pré-natal, com suporte de serviço especializado no atendimento à gestante e ao recém-nascido de risco, caso seja necessário (SASS et al., 2011).

Na instituição onde o estudo foi realizado, as gestantes eram orientadas a retornarem imediatamente, na presença de sinais e sintomas de início de trabalho de parto ou outras complicações obstétricas, caracterizando-se como atendimento “vaga sempre” para gestantes e recém-nascidos de risco, conforme recomendação do Ministério da Saúde (BRASIL, 2012a).

Outro aspecto importante da assistência à gestante é a necessidade de oferecer assistência integral, com ações voltadas à promoção, prevenção e também com a articulação com instituições de referência para adequado atendimento no tratamento e reabilitação. Esta assistência integral deve estar associada aos aspectos emocionais das gestantes, ao contexto familiar e socioeconômico (BRASIL, 2012a).

Com relação ao contexto familiar, as doze gestantes entrevistadas referiram manter relações afetivas com o pai biológico do filho e oito moravam com o companheiro. Sabe-se que durante a gravidez, a presença do pai biológico, para

auxiliar a mulher nas atividades cotidianas e gastos financeiros advindos com a gestação e nascimento, reflete positivamente na saúde física e mental da mulher, com aumento da sensação de bem estar, do sentimento de confiança e na qualidade do apoio recebido (NEWCOMBE, 1999).

Nos aspectos socioeconômicos, as desigualdades sociais no país, geram diferentes oportunidades de acesso à educação, sendo reconhecido que a baixa renda está relacionada ao baixo grau de escolaridade (SALVATO; FERREIRA; DUARTE, 2010). Entre as gestantes entrevistadas, quatro não concluíram o ensino médio que de acordo com o cenário nacional dificulta a inserção do jovem no mercado de trabalho (BRASIL, 2007), o que pode repercutir na saúde reprodutiva da mulher, uma vez que a baixa renda está associada ao aumento dos riscos reprodutivos (XAVIER et al., 2013).

Além dos diagnósticos utilizados para critério de inclusão das participantes, 4 gestantes entrevistadas apresentavam diagnóstico de Insuficiência Istmo-Cervical, sendo esta a principal causa de abortamento tardio. A Insuficiência Istmo-Cervical consiste na dilatação cervical igual ou superior a dois centímetros e herniação das membranas. A presença de secreções vaginais e de contrações uterinas dolorosas são sinais e sintomas que complementam o diagnóstico. A intervenção para os casos de Insuficiência Istmo-Cervical é a circlagem, procedimento cirúrgico, no qual é realizada uma sutura em bolsa, na altura da junção cervicovaginal com fio de *Ethibond*. A remoção ocorre após 36 semanas de gestação (MONTENEGRO; REZENDE-FILHO, 2013).

Os outros diagnósticos apresentados pelas gestantes entrevistadas incluem diabetes gestacional, infertilidade e erro de data.

O diabetes gestacional é caracterizado por hiperglicemia identificada pela primeira vez durante a gestação, com retorno ao nível glicêmico normal (glicemia em jejum > ou igual a 85 mg/dL e < ou igual a 125 mg/dL) após o nascimento, com elevado risco de morbimortalidade perinatal devido à prematuridade, macrossomia fetal, tocotraumatismo e hipoglicemia nos recém-nascidos (BRASIL, 2010; MONTENEGRO; REZENDE-FILHO, 2013).

A infertilidade é outra condição presente em uma das gestantes entrevistadas e para as mulheres, não poder engravidar é percebido como motivo de tristeza, frustração e sensação de inferioridade (TRINDADE; ENUMO, 2002). A gestante em

questão não fez tratamento para infertilidade e foi encaminhada ao pré-natal de alto risco devido ao histórico de parto pré-termo.

O erro de data, diagnóstico de outra gestante com histórico de parto pré-termo, dificulta o adequado acompanhamento do desenvolvimento embrionário e estabelecimento de condutas durante o pré-natal e em casos de urgências/emergências obstétricas. Devido à dificuldade em se obter a data exata da DUM, a ultrassonografia obstétrica tem sido utilizada para estabelecer a IG, devendo ser realizada o mais precocemente possível para se chegar a IG mais precisa. A IG fidedigna possibilita adequado atendimento ao recém-nascido pré-termo, predizendo a viabilidade fetal (CAUGHEY; NICHOLSON; WASHINGTON, 2008). De acordo com a OMS, o limite de viabilidade dos recém-nascidos pré-termo é de 28 semanas completas de gestação (WHO, 2012).

Das doze gestantes que participaram do estudo, sete apresentavam IG abaixo de 28 semanas de gestação e observou-se, nos relatos das entrevistadas, preocupação em conseguir prolongar a gestação para além do período do ciclo gravídico em que se encontravam.

No Brasil, as ações de promoção à saúde materno-infantil que vem contribuindo para a redução da mortalidade no período neonatal começaram a partir da década de 70, com a busca pela melhoria da assistência ao pré-natal, parto e puerpério, com destaque para ações e programas envolvendo a mulher e o recém-nascido, como o Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PAISM), o Programa de Apoio à Implantação dos Sistemas Estaduais de Referência Hospitalar à Gestante de Alto Risco, o Programa de Humanização do Pré-Natal e Nascimento (PHPN) e a Norma de Atenção Humanizada ao Recém-Nascido de Baixo Peso – Método Canguru (CARVALHO; GOMES, 2005).

Atuando em conjunto com ações governamentais, os avanços científicos e tecnológicos, ocorridos nos últimos anos, contribuíram significativamente para a redução da mortalidade neonatal, especialmente entre os recém-nascidos pré-termo. O surgimento das primeiras incubadoras, no final do século 19, bem como a queda das taxas de infecção e as melhorias no transporte e suporte nutricional dos prematuros, no século seguinte, permitiram uma transição para a vida extrauterina com maiores chances de sobrevivência (LUSSKY, 1999).

A preocupação e o empenho das mães em prolongar a gestação decorrem da imaturidade do RNPT, o qual até a 28ª semana de gestação é considerado prematuro extremo, sendo reconhecido por elas que as complicações decorrentes do nascimento antes deste período diminuem as chances de sobrevivência do recém-nascido.

Estudo realizado no Canadá analisou os registros dos prematuros hospitalizados em unidades neonatais entre os anos de 1996 e 1997 e identificou as complicações a curto prazo relacionadas ao nascimento prematuro, destacando-se a ocorrência de infecções, muito baixo peso ao nascer, Doença da Membrana Hialina (DMH), Retinopatia da Prematuridade (ROP), Persistência do Canal Arterial (PCA), Hemorragia Peri-Intraventricular (HPIV) e enterocolite necrotizante (LEE et al., 2000).

Apesar de não verbalizarem conhecimento acerca das complicações do nascimento prematuro, as gestantes entrevistadas reconhecem no ambiente das unidades neonatais a gravidade da saúde do filho. Em estudo realizado no Brasil, com enfermeiros de um curso de especialização em cuidados intensivos, colocaram que os familiares que vivenciam a hospitalização de um ente querido em uma UTI, apresentam ansiedade, medo e insegurança frente ao desconhecido e à possibilidade de morte. O ambiente das unidades intensivas, com alta densidade tecnológica, dificulta que os familiares reconheçam possibilidades de sobrevivência, mas ao mesmo tempo, em alguns momentos, esta assistência altamente especializada oferece segurança e esperança aos familiares. Deste modo, estes passam a vivenciar sentimentos ambíguos durante a hospitalização (CORREA; SALES; SOARES, 2002).

No nosso estudo, ao serem abordadas questões referentes à percepção acerca das unidades neonatais, apenas as gestantes que vivenciaram o nascimento prematuro e a hospitalização nas unidades neonatais, reconheceram este ambiente e a assistência especializada como voltadas à recuperação do RNPT, frente às intercorrências do nascimento prematuro. Das gestantes que não conheciam o ambiente das unidades neonatais, apenas uma delas reconheceu a hospitalização como necessária à adequada transição do RNPT a vida extrauterina. A gestante primigesta e a gestante com filho a termo perceberam a unidade neonatal como um

ambiente estranho, com a presença de normas rígidas para eliminar ou reduzir fatores iatrogênicos.

A percepção da presença de normas rígidas nas unidades neonatais relaciona-se aos aspectos biológicos do RNPT hospitalizado. Estudo de Correa, Sales e Soares (2002) traz que a busca por informações, por parte dos familiares de pacientes hospitalizados em unidades intensivas, direciona-se aos aspectos biológicos do indivíduo, para compreensão do estado de saúde e aos riscos de morte.

Atualmente, sabe-se que a qualidade da assistência prestada ao RNPT, durante a hospitalização, ultrapassa os aspectos biológicos. Com a hospitalização, a separação do recém-nascido da sua família e a constante exposição destes bebês, ao ambiente altamente estressante das unidades neonatais, podem comprometer o desenvolvimento neurocomportamental (BRASIL, 2013b).

Nestas condições, a inserção precoce das mães nas unidades neonatais e nos cuidados do filho torna-se importante por trazer benefícios nas condutas comportamentais e cognitivas do bebê, além de contribuir para a redução do tempo de hospitalização, dos riscos para infecção hospitalar, do estresse e da dor do RNPT, da procura por atendimento 24 horas após a alta hospitalar e dos casos re-hospitalização (DAVIS; MOHAY; EDWARDS, 2003; ROBISON, 2003; SAFRAN et al., 2005).

A presença das normas rígidas percebida pelas gestantes, ainda está presente em muitas instituições de saúde brasileiras e dificulta o acesso das mães e demais familiares do RNPT nas unidades neonatais. Estas normas, tem sido discutidas e questionadas para a implementação de novas intervenções para atender às necessidades da família, em especial as necessidades da mãe do RNPT (MARTINEZ; FONSECA; SCOCHI, 2007; SCOCHI et al., 2004).

Outro aspecto importante relacionado ao envolvimento materno, durante a hospitalização, diz respeito aos sentimentos presentes no nascimento prematuro que, muitas vezes, dificultam a aproximação da mãe com o filho e o desenvolvimento das atividades propostas pelos profissionais de saúde.

No nascimento prematuro, o medo da perda do filho acompanha as mães durante toda a hospitalização, as quais também se culpam pelo ocorrido e podem apresentar comportamentos de rejeição, por não terem o bebê imaginado. Neste

contexto, a mulher apresenta os sentimentos de frustração, ansiedade e tristeza (BOWLBY, 2006).

Os sentimentos que emergem com a hospitalização do filho nas unidades neonatais, também estiveram presentes nas falas das gestantes entrevistadas, quando questionadas sobre como se sentiram ao saber que o filho poderia nascer antes do esperado. Diante das incertezas do risco para o nascimento prematuro, as gestantes verbalizaram ansiedade, medo, angústia, tristeza, desespero e frustração. Para algumas mulheres que vivenciavam o risco para o nascimento prematuro pela segunda vez, esta situação foi percebida como um acontecimento no qual elas reviviam o sofrimento do passado.

Até mesmo nos casos em que as gestantes manifestaram sentimentos positivos, com relação a vivenciar o risco para o nascimento prematuro, a preocupação com relação à saúde do filho estava presente, sendo fator desencadeador de ansiedade.

Estudo realizado no México, com gestantes participantes de um grupo de psicoterapia, em uma instituição caracterizada como referência no atendimento à gestante e ao recém-nascido de risco, apontou que as gestantes atendidas apresentavam quadro clínico de ansiedade e sintomatologia depressiva. Em levantamento realizado na mesma instituição identificou-se que a origem dos conflitos emocionais estava relacionada a problemas com o companheiro e familiares, complicações obstétricas em gestação anterior e na gestação atual (LÓPEZ et al., 2009).

Assim, observa-se a importância do acompanhamento destas gestantes, uma vez que os sentimentos presentes na gestação podem permanecer após o nascimento, serem intensificados ou, até mesmo, dar origem a novos sentimentos que podem dificultar a adaptação da mulher neste momento de sua vida. O acompanhamento permitirá às gestantes uma ampliação da consciência sobre a situação que vivenciam e maior percepção dos recursos que possuem para manejar as demandas existentes (LÓPEZ et al., 2009).

As demandas que surgem com o risco para o nascimento prematuro estão relacionadas às mudanças que ocorrem na vida da mulher neste período, na tentativa de prolongar a gestação para que o recém-nascido apresente adequadas condições de adaptação ao ambiente extrauterino. As frequentes hospitalizações

das gestantes, os desconfortos físicos da gravidez e a necessidade de repouso foram apontados, pelas entrevistadas, como fatores que dificultam a realização das atividades laborais e outras atividades do cotidiano, realizadas antes da gestação.

Com relação ao mercado de trabalho, as pessoas que necessitam de afastamento em decorrência de alterações no estado de saúde, como no caso das gestantes entrevistadas, reconhecem que o fato de estarem afastadas não tem relação com o empenho ou o desejo próprio. Nestas circunstâncias, as pessoas passam a temer a perda com o vínculo empregatício e, conseqüentemente, o salário fixo destinado às despesas mensais e os direitos trabalhistas. Além, o retorno ao trabalho é considerado um momento de grande apreensão, pois o trabalhador passa a perceber as próprias fragilidades e limitações, podendo gerar sentimentos de inutilidade e culpa por não conseguir desempenhar as atividades exigidas (RAMOS; TITTONI; NARDI, 2008).

Das doze gestantes entrevistadas, três estavam afastadas do trabalho em decorrência das complicações na gestação, sendo motivo de preocupação entre as gestantes com histórico de parto pré-termo em gestação anterior, pois estas tinham o conhecimento da possibilidade de permanecerem afastadas do trabalho, devido à possibilidade de hospitalização do filho nas unidades neonatais.

As gestantes também apontaram que a necessidade de mudar os hábitos de vida as impediram de realizar atividades prazerosas, tais como, caminhadas e visitas aos familiares. A prática de exercícios físicos de lazer, como a caminhada, durante a gestação, apresenta aspectos positivos na vida da gestante (TAKITO; BENÍCIO; NERI, 2009), não apresentando relação significativa com a ocorrência de nascimentos prematuros (MATIJASEVICH; DOMINGUES, 2010). No entanto, ressalta-se a importância do acompanhamento por profissional de saúde, especialmente, entre as gestantes que apresentam fatores de risco para a prematuridade, como no caso das gestantes participantes do estudo.

Privar-se do contato com pessoas próximas, assim como deixar de realizar atividades de lazer, pode repercutir negativamente no estado emocional das gestantes. Estudo realizado no Brasil mostrou a importância do contato com amigos e da convivência com familiares para as gestantes, por serem considerados rede de apoio, tanto em tarefas cotidianas quanto nos casos de urgências/emergências obstétricas (CARDOSO; SOUZA; GUIMARÃES, 2010). Com isso, observa-se a

necessidade de identificar estas redes de apoio e incentivar a sua manutenção, pois poderão auxiliar a mulher no processo de enfrentamento das situações vivenciadas durante a gestação e nascimento prematuro.

Com relação ao apoio recebido, as gestantes entrevistadas apontaram o companheiro e a família estendida como essenciais na gestação com risco para o nascimento prematuro, pois estes auxiliam na realização das tarefas rotineiras. Para uma gestante entrevista, o envolvimento do companheiro nas consultas de pré-natal e a disposição deste para conversar com a equipe médica sobre os riscos do nascimento prematuro, foram percebidos como atitudes capazes de oferecer ao casal grávidico tranquilidade e confiança.

Os homens reconhecem a importância que possuem no bem-estar emocional da mulher durante a gestação e colocam como dificuldade para participar das consultas de pré-natal os horários de trabalho. No caso dos companheiros que conseguem acompanhar as gestantes nas consultas, o envolvimento destes, nas atividades propostas pelos profissionais de saúde, ainda é baixo. Estudo realizado em Recife-PE identificou que 84% dos homens, presentes nas consultas de pré-natal, não se envolvem nas atividades propostas, sendo necessário desenvolver estratégias para aumentar o número de pais participantes, contribuindo para a promoção do vínculo entre mãe/pai/filho (OLIVEIRA et al., 2009).

As gestantes entrevistadas também perceberam que as mudanças ocorridas na gravidez com o risco para o nascimento prematuro afetaram os hábitos sexuais do casal. Na gestação, as mulheres podem apresentar diminuição do desejo sexual no primeiro e terceiro trimestres, podendo ser maior, nos casos em que há fatores de riscos associados (RIBEIRO et al., 2011). Mulheres que apresentam fatores de risco para aborto ou nascimento prematuro, tais como, placenta prévia e trabalho de parto pré-termo, são orientadas a não terem relações sexuais, em alguns períodos do ciclo grávidico (BRASIL, 2010). Em decorrência das dificuldades vivenciadas pela mulher, torna-se importante que os profissionais de saúde desenvolvam ações para promoção da saúde sexual, durante no pré-natal (BARBOSA et al., 2011).

A maioria das gestantes justificaram as mudanças ocorridas como necessárias, neste momento da vida, para oferecer adequadas condições de nascimento ao filho, entretanto, não deixaram de ser percebidas como sobrecarga e privação. Duas gestantes atribuíram às mudanças uma oportunidade para refletir

sobre os hábitos de vida e mudar pensamentos e atitudes, permanecendo a preocupação com relação à saúde do filho ao nascer.

Observa-se que ao avaliarem a situação de vivenciar uma gravidez com risco para o nascimento prematuro, as gestantes entrevistadas classificaram a vivência como um evento estressante em suas vidas. Apenas uma das gestantes entrevistadas verbalizou que vivenciar uma gestação com risco para o nascimento prematuro não alterou o seu bem-estar.

No processo de enfrentamento, os eventos classificados como irrelevantes são aqueles que não alteram o bem-estar da pessoa, ou seja, não há nada a perder ou ganhar. No caso dos eventos caracterizados como estressantes ocorre uma perda/dano ou uma ameaça. No primeiro caso, uma perda ou dano já ocorreu como, por exemplo, a alteração no próprio estado de saúde ou de alguém especial. Nos eventos caracterizados como ameaçadores, a pessoa antecipa uma perda ou dano e consegue antecipar esforços para manejar a situação, com a presença de sentimentos desagradáveis como o medo (LAZARUS; FOLKMAN, 1984).

A partir da classificação da gestação com risco para o nascimento prematuro como um evento estressante, as gestantes entrevistadas, apontaram recursos utilizados para manejar as demandas internas e externas. Estudo realizado em Portugal, com 60 mulheres grávidas mostrou relação significativa entre a percepção das mulheres acerca dos recursos disponíveis para enfrentar as adversidades da vida e o surgimento de conflitos emocionais, com o desencadeamento da ansiedade, depressão e hostilidade (PEREIRA; SANTOS; RAMALHO, 1999).

A abordagem utilizada para o desenvolvimento deste estudo não teve como finalidade identificar os tipos de enfrentamento utilizados pelas gestantes frente ao risco para o nascimento prematuro, porém, observamos que, em alguns momentos, as gestantes apresentam atitudes condizentes com o enfrentamento com foco no problema e, em outros momentos, utilizam o enfrentamento com foco na emoção.

O enfrentamento religioso também foi observado e este vem sendo utilizado em estudos que abordam o processo de adoecimento, pois a religiosidade proporciona conforto emocional e mantém a esperança nos momentos de crise (GREENSTREET, 2006; VALCANTI et al., 2012).

Com relação as ações das gestantes frente às adversidades que ocorrem na vivência de uma gravidez com risco para o nascimento prematuro, as gestantes

entrevistadas apresentaram iniciativa quanto à busca por informações. As buscas contemplam assuntos referentes às alterações que ocorrem no corpo da mulher no ciclo gravídico, as intervenções diante das complicações obstétricas e sobre a sobrevivência e características do RNPT. O acesso das gestantes às informações sobre as questões acima citadas ocorreu por meio dos recursos de buscas disponíveis na internet.

A maioria dos pacientes que busca informações na internet procura preservar a sua autonomia. Ressaltamos que a busca por informações, para além daquelas fornecidas pelos profissionais de saúde, sempre ocorreu, por meio de amigos, familiares e parentes, sendo as informações obtidas consideradas parte do senso comum, por estarem fora do que foi cientificamente comprovado e aceito por especialistas. Este movimento por parte dos pacientes, nos dias atuais, vem contribuindo para o empoderamento destes, devendo os profissionais de saúde utilizarem os recursos tecnológicos disponíveis, como auxiliares em suas práticas profissionais (GARBIN; PEREIRA-NETO; GUILAM, 2008).

Estudo realizado com médicos ginecologistas e obstetras apontou que para alguns profissionais o fato das clientes obterem informações através da internet traz preocupações relacionadas à perda do poder desta categoria, reconhecida, culturalmente, como detentora do saber. Para outros profissionais os questionamentos trazidos pelas pacientes não foram percebidos como fatores que interferiram na qualidade do atendimento prestado, pelo fato destes apresentarem maior familiaridade com as tecnologias disponíveis nos dias atuais (ROCHA; TANAKA, 2009).

O interesse e a disposição das gestantes entrevistadas continuaram quando colocamos a visita às unidades neonatais como uma possibilidade, durante o pré-natal de alto risco. Das doze gestantes entrevistadas, onze perceberam a visita como uma oportunidade de aprendizado para as mulheres, proporcionando o preparo para o nascimento prematuro, por meio da comparação positiva. De acordo com as falas das entrevistadas, a visita às unidades neonatais proporcionaria às gestantes reconhecerem o ambiente das unidades neonatais como importante na adaptação do filho à vida extrauterina.

A gestante que percebeu a visita às unidades neonatais como capaz de trazer mais sofrimento e preocupações desnecessárias às mulheres grávidas, vivenciou o

nascimento prematuro e acompanhou o filho, durante a hospitalização na UTIN da instituição onde o estudo foi realizado. Observa-se que apesar da gestante apontar a visita às unidades neonatais como fator ansiogênico, ela considerou ser necessário abordar a temática da prematuridade, de acordo com a necessidade de cada gestante.

Não identificamos na literatura estudos que abordassem o impacto das visitas às unidades neonatais, durante a gestação, na saúde física e mental das gestantes, pois esta prática é pouco realizada nas instituições de saúde e quando ocorre, depende da iniciativa individual dos profissionais de saúde que atuam junto a esta clientela. Porém, tem sido reconhecida a importância de trabalhar temáticas referentes ao nascimento prematuro, durante o pré-natal de alto risco, para a promoção do vínculo mãe-filho e estímulo ao aleitamento materno em prematuros (BRASIL, 2013b; GUIMARÃES; MONTICELLI, 2006; NYQVIST et al., 2013).

A OMS coloca que, apesar de ser considerado difícil abordar temáticas referentes às complicações obstétricas, sem que as gestantes fiquem com medo, tal abordagem é considerada possível e necessária. Para tanto, os profissionais de saúde devem evitar expor experiências que trazem casos complexos e com desfechos assustadores, mas todas as dúvidas das gestantes devem ser esclarecidas (WHO, 2013b).

Os profissionais de saúde podem acalmar as gestantes reforçando que eles e a instituição estão trabalhando para oferecer assistência adequada a elas, aos bebês e suas famílias, mas não devem, em momento algum, fazer falsas promessas ou garantir desfechos favoráveis sobre a gravidez. Neste sentido, as orientações precisam ter um equilíbrio entre informar as gestantes e familiares e incentivá-los a vivenciarem a gestação como uma experiência que traz grande felicidade à mulher e a família (WHO, 2013b).

As gestantes entrevistadas perceberam as informações fornecidas, pelos profissionais de saúde para proporcionar adequada adaptação ao nascimento prematuro, como insatisfatórias. As gestantes apontaram dificuldade em conseguir estabelecer uma comunicação efetiva com os profissionais de saúde e não se sentiram acolhidas por eles, durante a hospitalização do filho nas unidades neonatais.

Observa-se que apesar da existência de políticas públicas voltadas à humanização da assistência à gestante e ao RNPT e família, na prática, os profissionais de saúde apresentam dificuldade em desenvolver práticas humanizadas, devido ao modelo de assistência centrado na doença, presente em muitas instituições de saúde.

Oferecer uma assistência humanizada compreende proporcionar caminhos para a autonomia e protagonismo dos diferentes sujeitos inseridos no processo de produção de saúde. Busca-se também, mudanças no modelo de assistência e melhorias relacionadas à ambiência, condições de trabalho e assistência, com o acolhimento da gestante e dos recém-nascidos e suas famílias, como sujeitos de direitos (BRASIL, 2006).

Sendo o acolhimento parte essencial da humanização da assistência, este consiste nas ações dos profissionais de saúde, permeadas por uma postura ética e solidária, que proporcionem momentos para que as mulheres expressem suas angústias, queixas e dúvidas (BRASIL, 2006).

Ao buscarmos os conteúdos que, na percepção das gestantes com risco para o nascimento prematuro, são importantes no desenvolvimento de atividades educativas, durante o pré-natal de alto risco, as gestantes trouxeram dúvidas e apontaram temáticas relacionadas ao nascimento a termo e outras específicas do RNPT. De modo geral, as dúvidas apresentadas pelas gestantes estavam relacionadas às rotinas da maternidade de alto risco, mudanças nos hábitos da família com a chegada do bebê, cuidados diários e amamentação do RNPT.

Com relação às questões específicas do RNPT, as gestantes mostraram preocupação com relação aos cuidados básicos, como o banho, devido à fragilidade do prematuro. A pele do RNPT apresenta a função de barreira protetora contra infecções e devido à imaturidade do RNPT esta barreira encontra-se comprometida. Com isso, o banho é contra indicado nas primeiras semanas de vida, devendo ser realizada apenas a higiene íntima, preservando integridade da pele e a estabilidade clínica do prematuro (BRASIL, 2013b; CUNHA; MENDES; BONILHA, 2002; MARTINS; TAPIA, 2009).

Neste caso, as gestantes devem ser orientadas que, nas primeiras semanas de vida, o RNPT deve ser manipulado o minimamente possível, oferecendo ao bebê condições próximas às encontradas no útero, mas que a participação da mãe nos

cuidados diários, possíveis de serem realizados no momento, é fundamental e que o bebê sente a presença dela pelo cheiro, toque e fala.

O exemplo do banho, trazido pelas gestantes, traz as expectativas delas quanto a prestarem os primeiros cuidados ao filho, logo após o nascimento. O mesmo ocorre com a amamentação. As gestantes verbalizaram preocupação sobre conseguirem amamentar o recém-nascido, devido às dificuldades iniciais comuns na amamentação.

As mães de recém-nascidos prematuros podem apresentar problemas similares àqueles apresentados pelas mães de bebês a termo, como, por exemplo, o ingurgitamento mamário, mastite e hipogalactia (GIUGLIANI, 2004). Entretanto, amamentar o RNPT torna-se um desafio maior devido à imaturidade fisiológica e neurológica que ele apresenta e aos longos períodos de separação do binômio (DEMARI et al., 2011).

O manejo do aleitamento materno junto às mães de prematuros, em unidades neonatais, compreende informar as mães sobre as técnicas alternativas para o início do aleitamento materno (BAPTISTA et al., 2013). Atualmente, observa-se que as técnicas utilizadas pela equipe de enfermagem incluem o uso do copo e a translactação (MEDEIROS; BERNARDI, 2011).

A participação da mãe nos cuidados diários do RNPT hospitalizado e a amamentação contribuem para o desenvolvimento do vínculo entre a mãe e o bebê, mas as mães podem apresentar comportamentos de rejeição e não se envolverem, inicialmente, nos cuidados do filho (BRASIL, 2013b).

A imagem do RNPT, nas unidades neonatais, dificulta o envolvimento inicial das mães com o filho, pois não conseguem imaginar qualquer tipo de aproximação ou contato devido à gravidade do estado de saúde e aos aparelhos que oferecem suporte à vida. Nestas condições, as gestantes verbalizaram que o primeiro contato com o filho só ocorreu após orientações e incentivo dos profissionais de saúde.

A imagem do RNPT hospitalizado, na percepção das gestantes com ou sem histórico de parto pré-termo prévio, foi a de um recém-nascido frágil, indefeso e que vivencia intenso sofrimento pela quantidade de tecnologia necessária à sobrevivência. Esta imagem do RNPT condiz com estudo realizado com mães de prematuros, sendo o recém-nascido percebido como uma criança muito pequena e indefesa, em uso de equipamentos que oferecem suporte à vida (MELO; SOUZA;

PAULA, 2012). Os recursos tecnológicos ligados ao cuidado do RNPT nas unidades neonatais, na percepção das gestantes, incluíram as incubadoras, cateteres de oxigênio, equipamentos para ventilação mecânica e sondas gástricas.

Sabe-se que a construção da imagem do bebê, durante a gestação é parte do desenvolvimento do vínculo afetivo entre a mãe e o filho (PICCININI et al., 2004). As gestantes entrevistadas apresentam curiosidade acerca das características físicas do RNPT e percebem como importante disponibilizar às gestantes com risco para o nascimento prematuro imagens do RNPT, desconstruindo a imagem do bebê idealizado.

As entrevistadas também consideraram que a aproximação das gestantes com o universo do RNPT, durante o pré-natal, deveria ocorrer por meio de aulas práticas sobre os cuidados com o recém-nascido prematuro. O uso de material de ensino para auxiliar o desenvolvimento destas atividades foi percebido como recurso interessante possível de contribuir no processo de aprendizagem. Os materiais de ensino impressos, vídeos e aplicativos utilizados em dispositivos celulares foram os de interesse das gestantes entrevistadas, devendo, na opinião delas, conter textos explicativos e ilustrações.

Identificou-se na literatura, a escassez de materiais de ensino validados para uso em atividades educativas direcionadas às gestantes, voltados ao preparo destas para o nascimento do bebê prematuro. Os materiais de ensino existentes são direcionados à mãe do RNPT e abordam os cuidados básicos com o bebê prematuro e a amamentação (FERECINI et al., 2013; FONSECA et al., 2004). Os materiais de ensino utilizados no pré-natal apresentam como temáticas às mudanças no corpo da mulher na gestação, o nascimento, os cuidados com o recém-nascido a termo e o aleitamento materno (DODT; XIMENES; ORIÁ, 2012; OLIVEIRA; PAGLIUCA, 2013; REBERTE; HOGA; GOMES, 2012).

Deste modo, ressaltamos a importância de estudos que objetivem o desenvolvimento de atividades educativas e materiais de ensino direcionados a esta clientela e voltados ao preparo para o nascimento do bebê prematuro, visto o interesse que as gestantes apresentaram e aos benefícios que estas iniciativas podem trazer na busca pela integralidade e humanização da assistência à saúde das gestantes-mães e recém-nascidos de risco.

6 Conclusões

6 Conclusão

No desenvolvimento deste estudo, foi possível observar que as gestantes com risco para o nascimento prematuro podem apresentar outros fatores que aumentam os riscos de morbimortalidade materno-infantil, sendo necessário que a assistência a estas mulheres ultrapasse os aspectos biológicos do indivíduo.

Os conflitos emocionais vivenciados na gravidez com risco para o nascimento prematuro podem permanecer para além do período gravídico, dificultando a adaptação da mulher às transformações que ocorreram em sua vida, durante a gestação e com o nascimento do recém-nascido prematuro.

As mudanças que ocorreram na vida destas gestantes incluíram o afastamento das atividades laborais, alterações nos hábitos sexuais do casal e o abandono da prática de exercícios físicos e do convívio social com pessoas queridas. Estas mudanças ocorreram devido as frequentes hospitalizações e a necessidade de repouso, na tentativa de prolongar a gestação e proporcionar maiores chances de sobrevivência ao filho.

Os conflitos emocionais, as mudanças que ocorreram na rotina das gestantes e a preocupação com relação à sobrevivência do filho tornaram este momento, especial na vida da maioria das mulheres, um acontecimento que envolve apreensão e estresse, sendo o companheiro e a família percebidos como a rede de apoio das gestantes.

Frente às demandas existentes na gravidez com risco para o nascimento prematuro, as gestantes além de contarem com o apoio dos familiares, apresentam iniciativa na busca por informações sobre as mudanças no corpo gravídico, às complicações e intervenções obstétricas e buscam a construção da imagem do bebê prematuro, utilizando os recursos de busca disponíveis na internet.

A atuação dos profissionais de saúde, em especial, a equipe de enfermagem, por estar presente em todas as ações voltadas à mulher no ciclo gravídico-puerperal, deve pautar-se na assistência integral e humanizada, acolhendo esta clientela de modo a proporcionar encontros, onde é incentivada a expressão das angústias, dúvidas e vontades.

A abordagem considerada adequada para ser utilizada junto a esta clientela, durante o pré-natal de alto-risco, objetivando o preparo para o nascimento do recém-

nascido pré-termo, foi o desenvolvimento de atividades práticas, abordando temáticas sobre os cuidados básicos com o bebê prematuro e o aleitamento materno.

Condizente com a atitude das gestantes na busca por informações acerca da gestação e do bebê prematuro, o uso de materiais de ensino foi percebido, por elas, como um recurso capaz de auxiliar as gestantes no processo de aprendizagem. Materiais impressos, vídeos e aplicativos utilizados em dispositivos celulares foram os considerados de interessantes das gestantes ao permitirem o acesso a textos explicativos e imagens do bebê prematuro.

O desenvolvimento deste estudo permitiu identificar caminhos a serem percorridos na busca pela humanização da assistência à saúde das gestantes de risco e as estratégias consideradas adequadas no preparo destas, frente a situações que possam vivenciar com o nascimento prematuro. Novos estudos precisam ser desenvolvidos com vistas ao desenvolvimento e validação de materiais de ensino direcionados à clientela estudada, contendo temáticas consideradas importantes pelas gestantes, permitindo a realização de atividades educativas, auxiliadas por metodologias ativas de aprendizagem, as quais necessitam ser avaliadas quanto aos benefícios para o binômio, nas unidades neonatais.

Referências

REFERÊNCIAS

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. **Diagnostic and statistical**: manual of mental disorders. 5ª ed. Arlington, VA: American Psychiatric Association, 2013. Disponível em: <<http://www.dsm5.org/Documents/PTSD%20Fact%20Sheet.pdf>>. Acesso em: 04 maio 2015.

BAPTISTA, S.S. et al. Lactação em mulheres com bebês prematuros: reconstruindo a assistência de enfermagem. **Revista de Pesquisa Cuidado é Fundamental Online**, Rio de Janeiro RJ, v. 6, n. 3, p. 1036-46, 2013.

BARBOSA, B.N. et al. Sexualidade vivenciada na gestação: conhecendo essa realidade. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, Goiânia GO, v. 13, n. 3, p. 464-73, 2011.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. São Paulo SP: Edições 70, 2011. 279 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. **Pré-natal e puerpério**: atenção qualificada e humanizada. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2006. 163 p.

_____. Ministério da Educação. Secretaria de Educação Profissional e Tecnológica. **Educação profissional técnica de nível médio integrada ao ensino médio**. Brasília, DF: Ministério da Educação, 2007. 59p

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. **Gestação de alto risco**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2010. 302p. (Série A. Normas e Manuais Técnicos).

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Atenção ao pré-natal de baixo risco**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2012a. 318 p. (Série A. Normas e Manuais Técnicos).

_____. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. CONEP – Comissão Nacional de Ética em Pesquisa. **Resolução nº 466 de 12 de dezembro de 2012**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2012b. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/reso_12.htm>. Acesso em: 04 out. 2013.

_____. MINISTÉRIO DA SAÚDE. DATASUS - Departamento de informática do SUS. **Estatísticas vitais**: mortalidade e nascidos vivos. Brasília: Ministério da Saúde, 2013a. Disponível em: <<http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=0205>>. Acesso em: 10/06/2015.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Atenção humanizada ao recém-nascido de baixo peso: método canguru**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2013b. 204p. (Série A. Normas e Manuais Técnicos).

BOWLBY, J. **Cuidados maternos e saúde mental**. 5 ed. São Paulo SP: Martins Fontes, 2006. 239p.

CARDOSO, L.M.; SOUZA, M.M.C.F.; GUIMARÃES, R.U.C. Morte materna: uma expressão da questão social. **Serviço Social e Sociedade**, São Paulo SP, n. 102, p. 244-268, 2010.

CARVALHO, M.; GOMES, M.A.A.M. A mortalidade do prematuro extremo em nosso meio: realidade e desafios. **Jornal de Pediatria**, Porto Alegre, v.81, supl 1, 2005.

CARVER, C. S.; CONNOR-SMITH, J. Personality and coping. **Annual Review of Psychology**, California, v. 61, p. 679-704, 2010.

CAUGHEY, A.B.; NICHOLSON, J.M.; WASHINGTON, A. E. First versus second trimester ultrasound: the effect on pregnancy dating and perinatal outcomes. **American Journal of Obstetrics and Gynecology**, New York NY, v. 198, n. 6, 2008.

CAVALCANTE, J.C.B.; SOUSA, V.E.C.; LOPES, M.V.O. Baixa autoestima situacional em gestantes: uma análise de acurácia. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília DF, v. 65, n. 6, p. 977-83, 2012.

CAVALHEIRA, A.P.P.; TONETE, V.L.P; PARADA, C.M.G.L. Sentimentos e percepções de mulheres no ciclo gravídico puerperal que sobrevivem a morbidade materna grave. **Revista Latina-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto SP, v. 18, n. 6, 2010.

CHIODI, L.C. et al. Educação em saúde e a família do bebê prematuro: uma revisão integrativa. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo SP, v. 25, n. 6, 2012.

CHAVES, E.C.; CADE, N.V.; MONTOVANI, M.F.; OLEITE, R.C.B.; SPIRE, W.C. Coping: significados, interferência no processo saúde-doença e relevância para a enfermagem. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo SP, v. 34, n. 4, p. 370-375, 2000.

CIARI JUNIOR, C.; ALMEIDA, P.A.M. Elementos de avaliação do risco gravídico. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo SP, v. 6, n. 1, p. 57-78, 1972.

CORREA, A.K.; SALES, C.A.; SOARES, L. A família do paciente internado em terapia intensiva: concepções do enfermeiro. **Acta Scientiarum**, Maringá PR, v.24, n. 3, p. 811-818, 2002.

COSTA, M.C. Gestación de riesgo: percepción y sentimientos de las mujeres embarazadas com amniorrexe prematuro. **Enfermería Global**, Múrcia ES, n. 20, 2010.

CUNHA, M.L.C.; MENDES, E.N.W.; BONILHA, A.L.L. O cuidado com a pele do recém-nascido. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre RS, v. 23, n. 2, p. 6-15, 2002.

DAVIS, L., MOHAY, H.; EDWARDS, H. Mothers' involvement in caring for their premature infants: an historical overview. **Journal of Advanced Nursing**, v. 42, n. 6, 2003.

DEMARI, L. et al. Estratégias para promoção do aleitamento materno em recém-nascido pré-termo: estudo bibliográfico. **Pediatria**, São Paulo SP, v. 33, n. 2, p. 89-96, 2011.

DODT, R.C.M.; XIMENES, L.B.; ORIÁ, M.O.B. Validação de álbum seriado para promoção do aleitamento materno. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo SP, v. 25, n. 2, p. 225-30, 2012.

DOURADO, V.G.; PELLOSO, S.M. Gravidez de alto risco: o desejo e a programação de uma gestação. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo SP, v. 20, n. 1, p. 69-74, 2007.

FEDERAÇÃO BRASILEIRA DAS ASSOCIAÇÕES DE GINECOLOGIA E OBSTETRÍCIA (FEBRASGO). **Manual de gestação de alto risco**. Rio de Janeiro RJ: Casa Leitura Médica, 214p. 2011.

FERECINI, G.M. et al. Avaliação de um website sobre o aleitamento materno do prematuro. **Ciência Cuidado e Saúde**, Maringá PR, v. 11, n. 4, p. 642-49, 2012.

FLEISHMAN, J.A Personality characteristics and coping patterns. **Journal of Health and Social Behavior**, Washington DC, v. 25, n. 2, p. 229-244, 1984.

FONSECA, L.M.M. et al. Cartilha educativa para orientação materna sobre os cuidados com o bebê prematuro. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto SP, v. 12, n. 1, p. 65-75, 2004.

GARBIN, H.B.R.; PEREIRA-NETO, A.F.; GUILAM, M.C.R. A internet, o paciente expert e a prática médica. **Interface – Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu SP, v. 12, n. 26, p. 579-88, 2008.

GIUGLIANI, E.R.J. Problemas comuns na lactação e seu manejo. **Jornal de Pediatria**, Porto Alegre RS, v. 80, supl 5, 2004.

GOMES, A.L.H. A relação mãe-bebê na situação de prematuridade extrema: possibilidades de intervenção da equipe multiprofissional. **Psicologia Hospitalar**, São Paulo SP, v. 2, n. 2, 2004.

GOMES, R. Análise e interpretação de dados de pesquisa qualitativa. In: MINAYO, M.C.S.; DESLANDES, S.F.; GOMES, R. **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. Rio de Janeiro RJ: Vozes, 2010. 108 p.

GOLDENBERG, R.L.; CULHANE, J.F.; IAMS, J.D. ROMERO, R. Epidemiology and causes of preterm birth. **The Lancet**, London UK, v. 371, n. 9606, p. 75-84, 2008.

GREENSTREET, W. From spirituality to coping strategy: making sense of chronic illness. **British Journal of Nursing**, London UK, v. 15, n. 17, p. 938-42, 2006.

GUIMARÃES, G.P.; MONTICELLI, M. (Des)motivação da puérpera para praticar o método mãe-canguru. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre RS, v. 28, n. 1, p. 11-20, 2007.

HYMOVICH, D.P.; HAGOPIAN, G.A. **Chronic illness in children and adults: a psychosocial approach**. Philadelphia, Pennsylvania: Saunders, 1992. 239 p.

LAZARUS, R.S.; FOLKMAN, S. **Stress, appraisal and coping**. New York: Springer, 1984. 445 p.

LEE-BAGGLEY, D.; PREECE, M.; DELONGIS, A. Coping with interpersonal stress: role of big five traits. **Journal of Personality**, Durham NC, v. 73, n. 5, p. 1141-1180, 2005.

LEE, S.K. et al. Variations in practice and outcomes in the Canadian NICU network: 1996-1997. **Pediatrics**, Elk Grove Village IL, v. 106, n. 5, 2000.

LIU, L. et al. Global, regional, and national causes of child mortality in 2000-13, with projections to inform post-2015 priorities: an updated systematic analysis. *The Lancet*, London UK, v. 385, p. 430-440, 2015.

LOPES, F.J. **Estresse e enfrentamento dos familiares de pacientes internados em unidades de terapia intensiva**. 2012. 126 f. Tese (Doutorado) – Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo SP, 2012.

LÓPEZ, M.E.G.; CALVA, E.A. Alterações psicológicas em la mujer con embarazo de alto riesgo. **Revista Psicología y Salud**, México, v. 17, n. 1, p. 53-61, 2007.

_____. et al. Psicoterapia de grupo para mujeres com embarazo de alto riesgo. *Terapia Psicológica*, Santiago CL, v. 27, n. 2, p. 215-225, 2009.

LUSSKY, R.C. A century of neonatal medicine. **Minnesota Medicine**, Minneapolis MN, v. 82, 1999.

MAGGI, A.; PRUX, H.D.S.; PALMA, Y.A. Bebês de risco: a caracterização psicossocial das mães e as possibilidades de intervenções psicológicas. **Aletheia**, Canoas RGS, n. 30, p. 129-140, 2009.

MARCON, S.S; ELSSEN, I. Percepção de mulheres sobre os tempos de uma gravidez. **Revista Ciência Cuidado e Saúde**, Maringá PR, v. 1, n. 1, p. 7-13, 2002.

MARTINEZ, J. G.; FONSECA, L. M. M.; SCOCHI, C. G. S. A participação das mães/pais no cuidado ao filho prematuro em uma unidade neonatal: significados atribuídos pela equipe de saúde. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 15, n. 2, p.239-246, 2007.

MARTINS, C.P.; TAPIA, C.E.V. A pele do recém-nascido prematuro sob a avaliação do enfermeiro: cuidado norteando a manutenção da integridade cutânea. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília DF, v. 62, n. 5, p. 778-83, 2009.

MARTINS, M.F.S.V. Imagens construídas em torno da gravidez. **Revista Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro RJ, v. 15, supl 1, p. 1369-75, 2010.

MATIJASEVICH, A.; DOMINGUES, M.R. Exercício físico e nascimento pré-termo. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, Rio de Janeiro RJ, v. 32, n. 9, p. 415-419, 2010.

MEDEIROS, A.M.C.M.; BERNARDI, A.T. Alimentação do recém-nascido pré-termo: aleitamento materno, copo e mamadeira. **Revista da Sociedade Brasileira de Fonoaudiologia**, São Paulo SP, v. 16, n. 1, p. 79-9, 2011.

MELO, L.L.; LIMA, M.A.D.S. Mulheres no segundo e terceiro trimestre de gravidez: suas alterações psicológicas. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília DF, v. 53, n. 1, p. 81-86, 2000.

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. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**, Rio de Janeiro RJ, v. 16, n. 2, p. 219-26, 2012.

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 enfermagem neonatal. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**, Rio de Janeiro RJ, v. 16, n. 2, p. 219-226, 2012.

MINAYO, M.C.S. O desafio da pesquisa social. In: MINAYO, M.C.S.; DESLANDES, S.F.; GOMES, R. **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. Rio de Janeiro RJ: Vozes, 2010. 108 p.

_____. Análise qualitativa: teoria, passos e fidedignidade. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro RJ, v. 17, n. 3, p. 621-626, 2012.

MONTENEGRO, C.A.B.; REZENDE FILHO, J. *Rezende obstetrícia*. 12 ed. Rio de Janeiro RJ: Guanabara Koogan, 2013. 1275 p.

NEWCOMBE, N. **Desenvolvimento infantil**: abordagem de Mussen. 8 ed. Porto Alegre RS: Artes Médicas, 1999. 561 p.

NYQVIST, K. H. et al. Expansion of the baby-friendly hospital initiative ten steps to successful breastfeeding into neonatal intensive care: expert group recommendations. **Journal of Human Lactation**, v. 29, n.3, 2013.

OLIVEIRA, S.C. et al. A participação do homem/pai no acompanhamento da assistência pré-natal. **Cogitare Enfermagem**, Curitiba PR, v. 14, n. 1, p. 73-8, 2009.

OLIVEIRA, V.J.; MADEIRA, A.M.F.; PENNA, C.M.M. Vivenciando a gravidez de alto risco entre a luz e a escuridão. **Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste**, Fortaleza, v. 12, n. 1, p. 49-56, 2011.

OLIVEIRA, M.R.; DESSEN, M.A. Alterações na rede social de apoio durante a gestação e o nascimento de filhos. **Estudos de Psicologia**, Campinas SP, v. 29, n. 1, p. 81-88, 2012.

OLIVEIRA, K.; VERONEZ, M.; HIGARASHI, I.H.; CORRÊA, D.A.M. Vivências de familiares no processo de nascimento e internação de seus filhos em UTI neonatal. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**, Rio de Janeiro RJ, v. 17, n. 1, p. 46-53, 2013.

OLIVEIRA, P.M.P.; PAGLIUCA, L.M.F. Avaliação de tecnologia educativa na modalidade literatura de cordel sobre amamentação. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 47, n. 1, 205-12, 2013.

PEREIRA, M.G.; SANTOS, A.C.; RAMALHO, V. Adaptação à gravidez: um estudo biopsicossocial. **Revista Análise Psicológica**, Lisboa PT, v. 17, n. 3, 1999.

PICCININI, C.A. et al. Expectativas e sentimentos da gestante em relação ao seu bebê. **Psicologia Teoria e Pesquisa**, Brasília DF, v. 20, n. 3, p. 223-32, 2004.

_____. Gestação e a constituição da maternidade. **Psicologia em Estudo**, Maringá PR, v. 13, n. 1, p. 62-72, 2008.

PINKERTON, P. et al. Cystic fibrosis in adult life: a study of coping patterns. **The Lancet**, London UK, v.5, p. 761-763, 1985.

POLIT, D. F. **Fundamentos de pesquisa em enfermagem**: avaliação de evidências para a prática da enfermagem. 7 ed. Porto Alegre RS: Artmed, 2011. 669 p.

REBERTE, L.M.; HOGA, L.A.K.; GOMES, A.L.Z. O processo de construção de material educativo para a promoção da saúde da gestante. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto SP, v. 20, n.1, 2012.

ROCHA, M.L.T.L.F.; TANAKA, A.C. A. O ginecologista obstetra e a internet. **Revista Brasileira de Crescimento e Desenvolvimento Humano**, São Paulo SP, v. 19, n. 3, p. 412-25, 2009.

RAMOS, M.Z.; TITTONI, J.; NARDI, H.C. A experiência do afastamento do trabalho por adoecimento vivenciada como processo de ruptura ou continuidade nos modos de viver. **Cadernos de Psicologia Social do Trabalho**, São Paulo SP, v. 11, n. 2, p. 209-221, 2008.

RIBEIRO, M.C. et al. Gravidez e diabetes gestacional: uma combinação prejudicial à função sexual feminina? **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, Rio de Janeiro RJ, v. 33, n. 5, p. 19-24, 2011.

ROBISON, L. D. An organizational guide for an effective developmental program in the NICU. **Journal of Obstetric, Gynecologic, & Neonatal Nursing**, v. 32, n. 3, 2003.

SAFRAN, C. et al. A Medicaid eHealth program: an analysis of benefits to users and nonusers. Denver – CO, AMIA Annual Symposium Proceedings, v.2005, 2005.

SALVATO, M.A.; FERREIRA, P.C.G.; DUARTE, A.J.M.A. O impacto da escolaridade sobre a distribuição de renda. **Estudos Econômicos**, São Paulo SP, v. 40, n. 4, p. 753-791, 2010.

SÃO PAULO (ESTADO). Secretaria da Saúde. **Relatório de atividades 2013**: HCFMRPUSP. São Paulo SP, 2013.

SASS, A. et al. Resultados perinatais nos extremos da vida reprodutiva e fatores associados ao baixo peso ao nascer. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre RS, v. 32, n. 2, p. 352-358, 2011.

SCOCHI, C.G.S.; BRUNHEROTTI, M.R.; FONSECA, L.M.M.; NOGUEIRA, F.S.; VASCONCELOS, M.G.L.; LEITE, A.M. Lazer para mães de bebês de risco

hospitalizados: análise da experiência na perspectiva dessas mulheres. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 12, n. 5, p. 727-35, 2004.

SEVASTANO, H.; NOVO, D.P. Aspectos psicológicos da gestante sob o ponto de vista da teoria do núcleo do eu. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo SP, v. 15, p.101-10, 1981.

SILVA, J.L. et al. Avaliação da adaptação psicossocial na gravidez em gestantes brasileiras. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, Rio de Janeiro RJ, v. 33, n. 8, p. 182-7, 2011.

SILVA, L.J.; SILVA, L.R. Mudanças na vida e no corpo: vivências diante da gravidez na perspectiva afetiva dos pais. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**, Rio de Janeiro RJ, v. 13, n. 2, p. 393-401, 2009.

SOUZA, N. L. et al. Percepção materna com o nascimento prematuro e vivências da gravidez com pré-eclâmpsia. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo SP, v. 41, n. 5, p. 704-710, 2007.

SPONG, C.Y. Defining term pregnancy: recommendations from the defining term pregnancy workgroup. **Journal of the American Medical Association**, Chicago IL, v. 309, n. 23, p. 2445-2446, 2013.

TAKITO, M.Y.; BENÍCIO, M. H. D.A.; NERI, L.C.L. Physical activity by pregnant women and outcomes for newborns: a systematic review. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo SP, v. 43, n. 6, 2009.

TRINDADE, Z.A.; ENUMO, S.R.F. Triste e incompleta: uma visão feminina da mulher infértil. **Psicologia USP**, São Paulo SP, v. 13, n.2, p. 151-182, 2002.

UNITED NATIONS CHILDREN'S FUND (UNICEF). **The millennium development goals report 2014**. New York, NY, 2014. Disponível em: <<http://www.un.org/en/development/desa/publications/mdg-report-2014.html>>. Acesso em 31 maio 2015.

VALCANTI, C.C. et al. Coping religioso/espiritual em pessoas com doença renal crônica em tratamento hemodialítico. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo SP, v. 46, n. 4, p. 838-45, 2012.

VICTORA, C.G. et al. Maternal and child health in Brazil: progress and challenges. **Lancet**, London UK, v. 377, p. 1863-76, 2011.

XAVIER, R.B. et al. Risco reprodutivo e renda familiar: análise do perfil de gestantes. **Cuidado e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro RJ, v. 18, n.4, p. 1161-1171, 2013.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **International statistical classification of diseases and related health problems**. 10. ed. Geneva, Switzerland: World Health Organization, 2010. Disponível em: <http://www.who.int/classifications/icd/ICD10Volume2_en_2010.pdf?ua=1>. Acesso em: 31 maio 2015.

_____. **Born Too Soon: The Global Action Report on Preterm Birth**. Geneva, Switzerland, 2012. 126p.

_____. **Assessment and management of conditions specifically related to stress: mhGAP intervention guide module**. Geneva, Switzerland: World Health Organization, 2013a. Disponível em: <http://www.who.int/mental_health/emergencies/mhgap_module_management_stress/en/>. Acesso em: 04 maio 2015.

_____. **Counselling for maternal and newborn health care**. Geneva, Switzerland: World Health Organization, 2013b. Disponível em: <http://www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/9789241547628/en/>. Acesso em: 23 julho 2015.

_____. **Maternal mortality**. Geneva, Switzerland: World Health Organization, 2014. Disponível em: <<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs348/en/>>. Acesso em: 31 maio 2015.

Apêndices

APÊNDICE A

Centro Colaborador da Organização Mundial da Saúde
para o Desenvolvimento da Pesquisa em Enfermagem

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO

Avenida Bandeirantes, 3900 - Ribeirão Preto - São Paulo - Brasil - CEP 14040-902
Fone: 55 16 3602.3382 - 55 16 3602.3381 - Fax: 55 16 3602.0518
www.eerp.usp.br - eerp@edu.usp.br

Entrevista Número: _____

Caracterização da participante:

IDADE GESTACIONAL: _____

DATA DE NASCIMENTO: _____

PATOLOGIAS ASSOCIADAS: _____

ESCOLARIDADE (SÉRIES CURSADAS): _____

PROFISSÃO: _____

ESTADO CÍVIL: _____

APÊNDICE B

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO

Centro Colaborador da Organização Mundial da Saúde
para o Desenvolvimento da Pesquisa em Enfermagem

Avenida Bandeirantes, 3900 - Ribeirão Preto - São Paulo - Brasil - CEP 14040-902
Fone: 55 16 3602.3382 - 55 16 3602.3381 - Fax: 55 16 3602.0518
www.eerp.usp.br - eerp@edu.usp.br

ROTEIRO DE PERGUNTAS PARA ENTREVISTAS

1. Como foi para você saber que o seu bebê poderia nascer antes do esperado, ou seja, antes de completar 37 semanas de gestação?
2. Você conhece ou já ouviu falar das unidades neonatais onde ficam internados os bebês prematuros?
  - 2.1. Se sim, conte-me como foi esta experiência e qual a sua opinião quanto a visitar uma unidade neonatal neste momento da gestação.
  - 2.2 Se não, conte-me como você imagina ser o ambiente de cuidados e os bebês prematuros nas unidades neonatais e a sua opinião quanto a visitar uma unidade neonatal neste momento da gestação.
3. Como você gostaria que nós, profissionais de saúde, ajudássemos você neste momento da sua vida? Sobre quais assuntos você gostaria de conversar com os profissionais de saúde, durante o pré-natal, e como você gostaria que fossem essas conversas com os profissionais de saúde?

APÊNDICE C

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO

Centro Colaborador da Organização Mundial da Saúde
para o Desenvolvimento da Pesquisa em Enfermagem

Avenida Bandeirantes, 3900 - Ribeirão Preto - São Paulo - Brasil - CEP 14040-902
Fone: 55 16 3602.3382 - 55 16 3602.3381 - Fax: 55 16 3602.0518
www.eerp.usp.br - eerp@edu.usp.br

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Pesquisa: A educação problematizadora no preparo de gestantes de risco para o nascimento do bebê pré-termo.

Prezada Senhora,

Por meio deste documento, gostaríamos de informá-la sobre os objetivos e procedimentos da pesquisa “Conversando com o bebê prematuro no pré-natal de risco: necessidades e expectativas das gestantes” e solicitar o seu apoio e participação para a realização desta pesquisa.

Meu nome é Lucilei Cristina Chiodi, sou aluna do curso de mestrado da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo – EERP/USP. Sou responsável por esta pesquisa, que está sob a coordenação e orientação da professora Luciana Mara Monti Fonseca, professora da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo - EERP/USP.

Convido a senhora a participar desta pesquisa que tem como objetivo compreender as vivências de gestantes de uma unidade de pré-natal de risco frente à possibilidade de terem filho pré-termo e o apoio que necessitam durante a gravidez, diante de situações que possam vivenciar com o nascimento do bebê prematuro.

Vou precisar me encontrar com a senhora somente hoje e esse nosso encontro terá duração de, no máximo, uma hora, para conversarmos sobre o que você gostaria e acha importante aprender sobre o nascimento e o cuidado do bebê prematuro, e o ambiente das unidades neonatais. Este nosso encontro será, em uma das salas do Ambulatório de Prematuridade do Hospital das Clínicas de Ribeirão Preto, utilizadas nas consultas de pré-natal, pelos profissionais de saúde.

Se a senhora concordar, solicitamos a sua autorização para gravar a nossa conversa, em gravador digital, para que eu não esqueça as informações e não tenha que ficar anotando, durante as nossas conversas. O gravador digital e as informações que a senhora nos der, ficarão guardados em local seguro, sob a minha responsabilidade e da professora Luciana. Todas as informações que a senhora nos der, ninguém vai saber que foi a senhora, pois o seu nome verdadeiro não aparecerá e todas as informações serão usadas somente para esta pesquisa. Se a senhora não quiser responder a alguma pergunta, não terá problema.

A participação da senhora na pesquisa só vai acontecer se a senhora quiser. A senhora não terá que pagar nenhuma quantia em dinheiro para participar da pesquisa. A senhora também não irá receber nada pela participação na pesquisa.

A senhora poderá deixar de participar da pesquisa a qualquer hora que desejar, mesmo já tendo começado, sem problema, e isso não irá prejudicar o seu atendimento no Hospital das Clínicas de Ribeirão Preto.

Sabemos que ficar sentada na cadeira e falar sobre a gestação atual, pode causar cansaço ou desconforto ou trazer lembranças de situações ou momentos difíceis, e este pode ser um risco à senhora por participar da pesquisa. Se isso acontecer, poderemos parar nossa conversa e continuar ou não depois, se a senhora assim quiser. Nesse momento, eu estarei pronta para ouvir e ajudar a senhora. A senhora terá direito a indenização, por parte do pesquisador, do patrocinador e das instituições envolvidas nas diferentes fases da pesquisa, em caso de danos eventuais causados pela participação da senhora nesta pesquisa, de acordo com as leis vigentes no país.

Por outro lado, a sua participação poderá dar à senhora e às outras mulheres a oportunidade de ouvir e falar sobre o nascimento do bebê prematuro. Esse pode ser um ponto positivo da participação da senhora.

Quando terminarmos esta pesquisa, o resultado final poderá aparecer em revistas e ser apresentado em encontros que os profissionais de saúde costumam frequentar, como congressos, sem que o nome da senhora apareça.

Se a senhora concordar em participar desta pesquisa, vou pedir para a senhora assinar duas vias deste documento que estamos te entregando, que se chama Termo de Consentimento Livre e

Esclarecido (TCLE). A senhora receberá uma via desse documento assinado por mim (Lucilei) e pela minha professora (Luciana).

Se a senhora tiver alguma dúvida, poderá nos perguntar, ligar ou mandar um e-mail pelo endereço ou telefone que está escrito logo abaixo.

Esta pesquisa foi analisada e aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/USP, pois respeita as questões éticas necessárias para a sua realização. O CEP também tem a finalidade de proteger as pessoas que participam da pesquisa e preservar seus direitos. Assim, se for necessário, entre em contato com este CEP pelo telefone (16)3602-3386. Caso deseje falar conosco, você poderá nos encontrar por meio do telefone (16) 3602-3435 ou procurar-nos na Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, Avenida Bandeirantes, 3900 - Campus Universitário, Ribeirão Preto – SP, CEP: 14040-902.

Agradecemos a sua colaboração.

Ribeirão Preto, _____ de _____ de 2015.

Pesquisadores responsáveis:

Lucilei Cristina Chiodi - E-mail: lucilei.chiodi@gmail.com

Orientadora: Professora Luciana Mara Monti Fonseca - E-mail: lumonti@eerp.usp.br

Após ter conhecimento sobre a minha participação e colaboração nesta pesquisa, concordo em participar dela e decidi por livre e espontânea vontade.

Eu, _____ aceito participar desta pesquisa, contribuindo com minha participação em um único encontro para falar sobre o que eu gostaria e acho importante aprender sobre o nascimento do bebê prematuro. Sei também, que ao final deste trabalho o meu nome será mantido em segredo. Estou ciente que quando eu não quiser mais participar, posso desistir, em qualquer momento, sem qualquer problema para mim ou para minha família. Aceito também que a nossa conversa seja gravada. Recebi uma via deste papel que estou assinando que se chama Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), que está assinada pela pesquisadora (Lucilei) e sua professora (Luciana) e pude conversar sobre este documento e tirar dúvidas sobre a minha participação na pesquisa com, pelo menos, uma delas.

Lucilei Cristina Chiodi – Mestranda da EERP

Participante da Pesquisa

Professora Luciana Mara Monti Fonseca
Pesquisadora Responsável/Orientadora

Ribeirão Preto, _____ de _____ de 2015.

Anexo

ANEXO

Centro Colaborador da Organização Mundial da Saúde
para o Desenvolvimento da Pesquisa em Enfermagem

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO

Avenida Bandeirantes, 3900 - Ribeirão Preto - São Paulo - Brasil - CEP 14040-902
Fone: 55 16 3602.3382 - 55 16 3602.3381 - Fax: 55 16 3602.0518
www.eerp.usp.br - eerp@edu.usp.br

COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DA EERP/USP

Of.CEP-EERP/USP – 152/2014

Ribeirão Preto, 10 de setembro de 2014.

Prezada Senhora,

Comunicamos que as modificações no projeto de pesquisa, abaixo especificado, foram analisadas e consideradas **APROVADAS AD REFERENDUM** pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, em 10 de setembro de 2014.

Protocolo CAAE: 30329914.5.0000.5393

Projeto: A educação problematizadora no preparo de gestantes de risco para o nascimento do bebê pré-termo.

Pesquisadores: Luciana Mara Monti Fonseca
Lucilei Cristina Chiodi

Em atendimento à Resolução 466/12, deverá ser encaminhado ao CEP o relatório final da pesquisa e a publicação de seus resultados, para acompanhamento, bem como comunicada qualquer intercorrência ou a sua interrupção.

Atenciosamente,

Prof. Dra. Angelita Maria Stabile
Vice-Coordenadora do CEP-EERP/USP

Ilma. Sra.

Prof. Dra. Luciana Mara Monti Fonseca
Departamento de Enfermagem Materno-Infantil e Saúde Pública
Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto - USP