

**Universidade Federal do Rio Grande do Sul**

**MARIANA BELLO PORCIUNCULA**

**PREMATURIDADE TARDIA E O CONTEXTO DA ATENÇÃO PRÉ-NATAL**

**Porto Alegre  
2013**

**MARIANA BELLO PORCIUNCULA**

**PREMATURIDADE TARDIA E O CONTEXTO DA ATENÇÃO PRÉ-NATAL**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, da Escola de Enfermagem, da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

**Linha de pesquisa:** Cuidado de Enfermagem na saúde da mulher, criança, adolescente e família.

**Orientadora:** Profa. Dr. Ana Lucia de Lourenzi Bonilha

**Porto Alegre  
2013**

**Mariana Bello Porciuncula**

**PREMATURIDADE TARDIA E O CONTEXTO DA ATENÇÃO PRÉ-NATAL**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre.

**Banca Examinadora**

---

Profa Dra. Ana Lucia de Lourenzi Bonilha  
Presidente da Banca – Orientadora  
Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da UFRGS

---

Profa. Dra. Eva Neri Rubim Pedro  
Membro da Banca  
Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da UFRGS

---

Profa. Dra. Débora Fernandes Coelho  
Membro Externo da Banca  
Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre

---

Profa. Dra. Lúcia Beatriz Ressel  
Membro Externo da Banca  
Universidade Federal de Santa Maria

*Dedico esta dissertação aos meus pais, Luiz e Janete, por todo apoio e amor incondicional. E a meu marido, Matheus, grande amor da minha vida, que me incentiva e apoia em todas as horas...*

## AGRADECIMENTOS

A **Deus**, o agradecimento pela vida e por todas as oportunidades que têm colocado em meu caminho...

À Professora **Ana Lucia de Lourenzi Bonilha**, que participou de meu crescimento profissional e pessoal desde a graduação, com sua brilhante inteligência e visão de mundo, fazendo com que eu repensasse meu papel enquanto Enfermeira, além de ser minha inspiração como professora... Obrigada por tudo!

À Professora **Lilian Cordova do Espirito Santo**, por contribuir com suas experiências e vivências no aprimoramento desse estudo.

À **Cecília Drebes Pedron**, parceira de pesquisa, grande guerreira, que possibilitou a realização desse trabalho.

A meus pais, **Luiz e Janete**, por todo amor e dedicação, pelo empenho em tornar minha vida mais feliz e tranquila, orientando e zelando a minha caminhada...

A Meu Marido **Matheus**, que me fez entender o quão grande pode ser o amor, que me apoiou em **todos** os momentos, sempre com palavras de ternura e conforto...

Aos **Amigos** que sempre me incentivaram e apoiaram, compartilhando momentos de descontração, amizade, e apoio...

Aos integrantes do **Grupo de Estudos da Saúde da Mulher e do Bebê**, que compartilharam seus saberes e oportunizaram discussões sobre temas relevantes à pesquisa e às práticas em saúde...

Às **professoras do Departamento de Enfermagem Materno-Infantil**, por serem exemplos de profissionais, e me cativarem pela área da Enfermagem Obstétrica...

Aos **professores e colegas do Mestrado**, que enriqueceram as aulas com suas experiências e me apresentaram uma nova visão de mundo, somente possível por meio dessa convivência...

Às **informantes desse estudo**, que contribuíram com suas experiências e vivências, possibilitando a pesquisa e, acima de tudo, nos recebendo em suas casas...

À **Universidade Federal do Rio Grande do Sul** e ao **Programa de Pós-Graduação em Enfermagem**, por oportunizarem a realização desta dissertação!

*Para mudar o mundo, primeiro é preciso mudar a forma de nascer.*

*Michel Odent*

## RESUMO

Considera-se prematuridade, o nascimento de uma criança antes das 37 semanas completas de idade gestacional. Estas crianças são denominadas de recém-nascidos pré-termos ou prematuros. Os prematuros tardios são aqueles nascidos com idade gestacional entre 34 e 36 semanas e 6 dias, representando em torno de 70% dos nascimentos na prematuridade. A avaliação da atenção pré-natal torna-se questão central na prevenção desses nascimentos prematuros, e prevenção da morbimortalidade tanto materna como neonatal, e sua qualificação, faz-se necessária. O objetivo do presente estudo foi conhecer o cuidado na gestação de mulheres que tiveram prematuros tardios, e seus atendimentos no âmbito do Sistema Único de Saúde. Trata-se de um estudo qualitativo, do tipo exploratório, cuja coleta de dados realizou-se em três unidades de Estratégia de Saúde da Família, no período de novembro de 2011 a dezembro de 2012, na cidade de Porto Alegre, RS, com 13 informantes, mães desses prematuros tardios. Os dados foram analisados sob o referencial da Análise Temática e de Padrões, compondo dois temas: negligência no cuidado durante a gestação do prematuro tardio e insuficiência do atendimento pré-natal na prematuridade tardia. Observou-se no relato das informantes um distanciamento entre as orientações que deveriam ser seguidas no pré-natal e as que realmente são, caracterizando o modo individual dessas mães vivenciarem esse processo. Constatou-se que as gestantes encontraram estratégias para acessar recursos de saúde por vias próprias, dentro do sistema público ou por intermédio da saúde suplementar, com o objetivo de resolverem demandas percebidas no transcorrer da gestação. Observaram-se diversificadas situações que comprometeram a saúde das gestantes, tais como as doenças por elas desenvolvidas e não adequadamente diagnosticadas, tratadas e acompanhadas (como pré-eclâmpsia, sífilis e infecção do trato urinário); a dificuldade na solicitação, acesso e resultados dos exames em tempo oportuno; a inexistência de articulação entre os serviços que realizam atendimento pré-natal sob a ótica da referência e contrarreferência; a falta de continuidade no atendimento pré-natal; a dificuldade na realização da busca ativa das gestantes (mesmo quando as mesmas têm risco gestacional diagnosticado como maior que o habitual); a não valorização da escuta pelo profissional de saúde no atendimento a essas gestantes; entre tantas outras condições que ocorreram. Neste contexto destaca-se a negligência, que não esteve somente associada ao caráter individual, tampouco ao desejo em relação a estar grávida, mas sim ao contexto social e cultural no qual as gestantes estavam inseridas; e a insuficiência do atendimento pré-natal, que se refere à falta de qualidade, à função inadequada e pouco resolutiva de um atendimento que deveria ser direito garantido às gestantes. Reitera-se a relevância do atendimento pré-natal para diminuição dos fatores de risco que contribuem para a prematuridade.

**Descritores:** gravidez; nascimento prematuro; cuidado pré-natal; complicações na gravidez.

**Título –** Prematuridade tardia e o contexto da atenção pré-natal.

## RESUMEN

Se considera prematuridad el nacimiento previo a las 37 semanas de edad gestacional completas. Estos niños son denominados pretérminos o prematuros. El grupo llamado de los prematuros tardíos, que se refiere a la edad gestacional entre 34 y 36 semanas y 6 días, es lo que representa alrededor del 70% de los nacimientos prematuros. Evaluación de la atención prenatal hace convertido en un tema central en la prevención de estos nacimientos prematuros, e de la prevención de la morbimortalidad materna y neonatal, entonces se necesitan intervenciones para la cualificación de la atención en los niveles primarios y secundarios de la atención a la salud apuntando a reducir este tipo de nacimiento. El objetivo de este estudio se fue conocer la atención en el embarazo de mujeres que tuvieron hijos prematuros tardíos, y sus atendimientos dentro del Sistema Único de Salud. Se trata de un estudio cualitativo, exploratorio, cuya colección de datos fue realizada en tres unidades de la Estrategia de Salud de la Familia, de noviembre 2011 hasta diciembre 2012, en Porto Alegre, RS, con 13 informantes, madres de los prematuros tardíos. Los datos fueron analizados en el marco del Análisis Temática de Normas, e compusieron dos temas: negligencia en el cuidado durante el embarazo de lo prematuro tardío; y, insuficiencia de la atención prenatal en la prematuridad tardía. Se observó que existe una brecha entre las directrices que se deben seguir en el prenatal y las que realmente son seguidas, caracterizando una forma individual de las madres experimentaren este proceso. Se encontró que las mujeres embarazadas desarrollan estrategias de acceso a los recursos de salud por sus propios medios, dentro del sistema o por medio de los servicios complementarios, con el objetivo de resolver las demandas percibidas en el curso del embarazo. Se han observado diversas situaciones que comprometieron la salud de las mujeres embarazadas, como las enfermedades que se desarrollan y no fueran correctamente diagnosticadas, tratadas y controladas (como la pre eclampsia, la sífilis y la infección del tracto urinario), las dificultades en la solicitud, acceso y resultados de exámenes de laboratorio en tiempo oportuno, la falta de coordinación entre los servicios que prestan la atención prenatal en la perspectiva de la referencia y contra-referencia, la falta de continuidad en la atención prenatal, las dificultades para llevar a cabo una búsqueda activa de las mujeres (incluso cuando tienen riesgo de embarazo diagnosticado como mayor de lo normal), la disminución de la escucha de los profesionales de la salud en la atención de estas mujeres embarazadas, entre muchas otras condiciones que ocurren. En este contexto, la negligencia, que no sólo hace sido asociada con la conducta individual, o en relación con el deseo de estar embarazada, pero a el contexto social y cultural en que se incluyeron las mujeres embarazadas; y la insuficiencia de la atención prenatal, el cual se refiere a la falta de calidad, inadecuada funcionalidad, e poca resolución de un servicio que debe ser derecho garantizado a las mujeres embarazadas. Entonces se reitera la importancia de la atención prenatal para disminuir los factores de riesgo que contribuyen a la prematuridad.

**Descriptor:** embarazo; nacimiento prematuro; atención prenatal; complicaciones del embarazo.

**Título –** Prematuridad tardía y el contexto de la atención prenatal.

## ABSTRACT

Prematurity is considered the birth of a child before 37 completed weeks of gestation. The group called late preterm infants refers to gestational age between 34 and 36 weeks and 6 days, representing around 70% of preterm births. Evaluation of prenatal care becomes central issue in the prevention of these premature births, and prevention of morbidity and mortality, both maternal and neonatal, and its qualification is necessary. The aim of this study was to know the pregnancy care of women who delivered late preterm infants and their health care attention in Brazil's Unique Health System. This is an exploratory-qualitative study, whose data collection held in three units of the Family Health Strategy, from November 2011 to December 2012, in Porto Alegre, RS, with 13 informants, mothers of late preterm infants. The data were analyzed under the Thematic and Patterns Analysis, and composed two themes: negligence of care during pregnancy of late premature infants; and, inadequacy of prenatal care in late prematurity. It was noted a gap between the guidelines that should be followed in the prenatal care and the ones that really are, showing the individual way of these mothers experience this process. It was found that pregnant women create strategies to access health resources by their own way, within the health system or with supplementary care, with the aim of resolving the perceived demands in the course of pregnancy. Diverse situations that compromised the health of pregnant women were observed, such as the diseases they developed and did not properly were diagnosed, treated and monitored (such as preeclampsia, syphilis and urinary infection), difficulties in the request, access and results of laboratorial exams in appropriate time, the lack of coordination between services providing antenatal care from the perspective of the reference and counter-reference, the lack of continuity in prenatal care, the difficulty of active search of pregnant women (even when the pregnant women has risk diagnosed as greater than usual), the devaluation of listening by the part of health professionals in the care of these pregnant women, among many other conditions that occurred. In this context, stands out the neglect, that was not only associated with individual character or in relation to the desire to be pregnant, but associated to the social and cultural context in which pregnant women lived; and the insufficiency of prenatal care, which refers to lack of quality, inadequate function and little resolute of a service that should be right guaranteed to pregnant women. Reiterate the importance of prenatal care to decrease the risk factors that contribute to prematurity.

**Descriptor:** pregnancy; premature birth; prenatal care; pregnancy complications.

**Title –** Late prematurity and the context of the prenatal care attention.

## LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

<b>AU</b>	Altura Uterina
<b>BCFs</b>	Batimentos Cardíofetais
<b>CPN</b>	Carteira de Pré-Natal
<b>ESF</b>	Estratégia de Saúde da Família
<b>ESFs</b>	Estratégias de Saúde da Família
<b>EUA</b>	Estados Unidos da América
<b>HBSAg</b>	Antígeno Austrália
<b>HIV</b>	Vírus da Imunodeficiência Humana
<b>IG</b>	Idade Gestacional
<b>PAISM</b>	Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher
<b>PHPN</b>	Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento
<b>PMPA</b>	Prefeitura Municipal de Porto Alegre
<b>PN</b>	Pré-Natal
<b>PSMI</b>	Programa de Saúde Materno-Infantil
<b>RUPREMA</b>	Ruptura Prematura de Membranas Amnióticas
<b>SINASC</b>	Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos
<b>SUS</b>	Sistema Único de Saúde
<b>UBS</b>	Unidade Básica de Saúde
<b>UFRGS</b>	Universidade Federal do Rio Grande do Sul
<b>VAT</b>	Vacina Antitetânica
<b>VDRL</b>	Venereal Disease Research Laboratory (teste antigênico não-treponêmico – para detecção de Sífilis)

## SUMÁRIO

<b>1</b>	<b>INTRODUÇÃO</b>	<b>11</b>
<b>1.1</b>	<b>Atenção Pré-Natal no Brasil</b>	<b>13</b>
<b>1.2</b>	<b>Atenção pré-natal em Porto Alegre</b>	<b>17</b>
<b>1.3</b>	<b>Prematuridade tardia</b>	<b>18</b>
<b>2</b>	<b>OBJETIVO</b>	<b>21</b>
<b>3</b>	<b>METODOLOGIA</b>	<b>22</b>
<b>3.1</b>	<b>Tipo de Estudo</b>	<b>22</b>
<b>3.2</b>	<b>Campo de Estudo</b>	<b>22</b>
<b>3.3</b>	<b>Informantes do Estudo</b>	<b>23</b>
<b>3.4</b>	<b>Coleta de Dados</b>	<b>23</b>
<b>3.5</b>	<b>Análise dos Dados</b>	<b>25</b>
<b>3.6</b>	<b>Considerações Éticas</b>	<b>27</b>
<b>4</b>	<b>CONHECENDO AS INFORMANTES</b>	<b>28</b>
<b>5</b>	<b>ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS DADOS</b>	<b>31</b>
<b>5.1</b>	<b>Negligência no cuidado durante a gestação do prematuro tardio</b>	<b>32</b>
<b>5.2</b>	<b>Insuficiência do atendimento pré-natal na prematuridade tardia</b>	<b>39</b>
<b>6</b>	<b>FORMULAÇÕES TEÓRICAS: A NEGLIGÊNCIA E A INSUFICIÊNCIA</b>	<b>57</b>
<b>7</b>	<b>CONSIDERAÇÕES E RECOMENDAÇÕES</b>	<b>61</b>
	<b>REFERÊNCIAS</b>	<b>66</b>
	<b>APÊNDICE A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido</b>	<b>74</b>
	<b>APÊNDICE B – Roteiro para Entrevista – Mães das Crianças Prematuras</b>	<b>75</b>
	<b>APÊNDICE C – Ficha de Coleta de Dados</b>	<b>76</b>
	<b>ANEXO 1 – Carta de Aprovação da Comissão de Pesquisa da Escola de Enfermagem</b>	<b>77</b>
	<b>ANEXO 2 – Carta de Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Prefeitura Municipal de Porto Alegre</b>	<b>78</b>

## 1 INTRODUÇÃO

A temática da gestação e nascimento insere-se na trajetória acadêmica dos estudantes de enfermagem, e possibilita vivências na assistência prestada às mulheres, por meio das quais se torna possível repensar as diversificadas condutas e modos de atendimento nas gestações, sejam estas consideradas de baixo ou alto risco. É inegável que observar um nascimento pela primeira vez, e participar desse momento singular na vida das mulheres, constitui-se como marco para muitos que cultivam o encantamento pela área da Enfermagem Obstétrica.

Além disso, apropriar-se dos conceitos e vivências na área materno-infantil, por intermédio de cuidados assistenciais e/ou projetos de pesquisa, configura-se como instrumento para analisar criticamente como está estruturado o atendimento à saúde reprodutiva das mulheres. No entanto, ainda existem muitas lacunas e inquietações a serem transpostas no sentido de qualificar o atendimento à saúde de mães e crianças. Uma dessas inquietações, e que representa atualmente um importante problema obstétrico e neonatal, refere-se aos nascimentos antecipados.

Considera-se prematuridade o nascimento de uma criança entre as 20 e as 37 semanas de idade gestacional, e esta condição está relacionada a uma série de cuidados especiais para com estes recém-nascidos<sup>1,2</sup>. Estes recém-nascidos são denominados na literatura como pré-termos ou prematuros. Relatório recente da Organização Mundial da Saúde<sup>3</sup> estima que quinze milhões de crianças nasçam prematuras a cada ano, o que evidencia a magnitude desse problema em nossa sociedade.

Além disso, os profissionais da saúde implicados no atendimento pré-natal, na atenção básica ou hospitalar, necessitam romper com condutas estritamente biologicistas e resgatar o significado das ações em saúde, visto que ainda observa-se um comprometimento no que se refere à qualidade dos cuidados pré-natais e à qualificação dos profissionais<sup>4</sup>. Assim, essa dissertação propõe-se a abordar a prematuridade e o pré-natal, uma vez que não se considera possível pensar essas questões de maneira isolada.

Sabe-se que a ampliação na cobertura do acompanhamento pré-natal no país é assunto relevante nos programas e políticas em saúde, e que a mesma tem acontecido nos últimos anos<sup>4</sup>. No entanto, ainda são significativos os casos de sífilis, hipertensão arterial sistêmica e pré-eclâmpsia, condições estas que podem ser

detectadas no atendimento pré-natal, mas que muitas vezes não são identificadas, gerando lacunas nesse atendimento que podem comprometer a qualidade do mesmo<sup>2, 4</sup>.

Nesse sentido, um atendimento pré-natal qualificado faz-se necessário para que as gestantes de risco sejam identificadas, minimizando possíveis complicações que possam evoluir para gestações que favoreçam nascimentos de prematuros<sup>5</sup>. Cabe ressaltar que a prematuridade também possui papel fundamental na mortalidade infantil, sendo responsável pela maioria dos óbitos dessa população no país<sup>6</sup>.

Apesar da importante redução ocorrida nas taxas de mortalidade, os indicadores atuais têm apresentado redução menor que as que seriam desejadas<sup>4</sup>. Em Porto Alegre, a prematuridade foi responsável por 59,5% dos óbitos de crianças no primeiro ano de vida, entre 2000 e 2003<sup>7</sup>. Esses óbitos muitas vezes ocorrem por causas evitáveis, algumas destas relacionadas à prematuridade, e, segundo o Ministério da Saúde, “principalmente no que diz respeito às ações dos serviços de saúde e, entre elas, a atenção pré-natal, ao parto e ao recém-nascido”<sup>4</sup>.

Pesquisa sobre a prematuridade realizada no Brasil revelou que as taxas de prematuridade vêm sofrendo aumento, apresentando valores que variam de 3,4 a 15% dos nascimentos<sup>8</sup>. Um estudo de coortes perinatais, no período de 1982 a 2004, em Pelotas, RS, indicou que a taxa de nascimentos pré-termos apresentou aumento superior a 130% no período<sup>1</sup>. Nos Estados Unidos a taxa de prematuridade atingiu 12,3% dos nascimentos em 2003, indicando aumento de 31% destes nascimentos em comparação à década anterior<sup>9</sup>.

Deve-se considerar a repercussão dessa elevação na incidência de nascimentos prematuros para o sistema de saúde, visto que há morbidades que acometem os prematuros, decorrentes de sua condição. Podemos citar diversas, como: complicações oculares por uso de oxigenoterapia, risco aumentado para doenças respiratórias no primeiro ano de vida, pressão arterial elevada na infância, gastroenterites e enterocolites necrosantes, diabetes, entre outras relacionadas ao desenvolvimento<sup>10-12</sup>.

Outro aspecto relevante é que a concentração maior de nascimentos prematuros refere-se a faixa de idade gestacional entre 34 e 36 semanas e 6 dias<sup>9,13</sup>. Estes são os prematuros tardios e, apesar de terem sido outrora denominados como crianças nascidas próximas ao termo, compõem o subgrupo de

prematturos de maior incremento, e representam 74% dos nascimentos de crianças pré-termo nos Estados Unidos<sup>9, 14</sup>.

Os recém-nascidos prematturos tardios não podem ser considerados como bebês nascidos próximos do termo, uma vez que apresentam mais sequelas e morbidade do que os bebês a termo, e requerem cuidados específicos, em especial com relação ao desenvolvimento neuromotor<sup>15</sup>. Além disso, apresentam aumento importante do risco de morte, especialmente no período neonatal<sup>12</sup>.

Em relação às causas do nascimento de bebês prematturos, em especial dos pré-termos tardios, as mesmas podem ser atribuídas em 80% a causas idiopáticas ou por ruptura precoce de membranas amnióticas, e 20% a complicações obstétricas<sup>14</sup>. Nesse sentido, recomenda-se que sejam realizadas intervenções visando à qualificação do atendimento nos níveis primário e secundário da atenção à saúde, com a finalidade de promover avanços no atendimento às mulheres e crianças, para a redução desses nascimentos e da morbimortalidade perinatal<sup>5</sup>.

Dessa forma, a avaliação da atenção pré-natal torna-se questão central na prevenção desses nascimentos prematturos, e na prevenção de morbimortalidade, tanto materna como neonatal. Para tal, diversos estudos<sup>16-22</sup> têm sido realizados com a finalidade de avaliar o atendimento pré-natal em seus aspectos qualitativos e quantitativos.

Considera-se a atenção pré-natal como ferramenta essencial no desenvolvimento de uma gestação e nascimento saudáveis, e como possibilidade ímpar de vinculação dessa mulher ao sistema de saúde<sup>18</sup>. Frente à magnitude do tema abordar-se-á nessa dissertação o pré-natal das mulheres que tiveram filhos prematturos tardios.

## **1.1 Atenção pré-natal no Brasil**

A atenção pré-natal configura-se como assunto de extrema relevância no que se refere à temática da morbimortalidade materna e neonatal – e em especial da prematuridade –, e compreende os atendimentos realizados no atendimento à mulher, desde a constatação da gestação até o nascimento do bebê.

Para refletir sobre a atenção pré-natal, da forma como a mesma está estruturada nos dias atuais, faz-se necessário contextualizar como as práticas

relacionadas a esse atendimento estruturaram-se ao longo dos anos, no que tange a saúde da mulher.

No Brasil, as ações programáticas relativas à atenção à saúde materno-infantil são formalizadas a partir da década de 70, quando acontece a implantação do Programa de Saúde Materno-Infantil (PSMI), o qual estava voltado para ações no acompanhamento pré-natal, controle dos partos domiciliares, atenção ao puerpério, e ações de promoção da saúde da criança<sup>23</sup>. Nessa época, a ênfase dada à saúde da mulher estava intimamente relacionada ao período reprodutivo, e o pré-natal já era evidenciado como atividade estratégica de intervenção em relação à saúde<sup>23</sup>.

No entanto, em 1984, o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM), desdobramento do PSMI, buscou ampliar os atendimentos em saúde da mulher, abrangendo outros sentidos que não os referentes aos períodos da gestação e do parto<sup>24</sup>. Esse programa também enfatizava o efeito positivo do pré-natal sobre a mulher e o conceito, contudo, destacava a baixa cobertura e falta de qualidade como problemas graves, já relacionados ao mesmo naquela época<sup>24</sup>.

No transcorrer da década de 1990, embora muitas ações programáticas e diretrizes tenham sido propostas para a melhoria da qualidade na assistência perinatal, observava-se ainda grande distância entre a realidade dos serviços e o que era preconizado até então<sup>23</sup>.

Apesar dos programas e estratégias propostos o atendimento pré-natal no país continuava a ser influenciado pela fragmentação entre as diferentes esferas governamentais, no que se refere às responsabilidades de cada uma, comprometendo o atendimento integral entre o pré-natal, o parto e a atenção perinatal<sup>23</sup>. A população de gestantes continuava a deparar-se com dificuldades no acesso, na qualidade do atendimento, na continuidade entre os diferentes atendimentos ao longo da gestação e do parto, além da “peregrinação” na busca de uma maternidade para parir<sup>23</sup>.

O ano 2000 constitui-se um importante marco para as conquistas na área da saúde materno-infantil. Nesse ano são publicados, pela Organização das Nações Unidas, os Oito Objetivos de Desenvolvimento do Milênio, que abrangem as metas para a resolução dos problemas que foram identificados como prioritários entre os 191 estados-membros da Organização<sup>25</sup>. Dentre estes, destaca-se o objetivo que consiste em “melhorar a saúde das gestantes”<sup>25</sup>.

No mesmo ano de 2000, foi instituído pelo Ministério da Saúde o Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento (PHPN), por meio da portaria 569/2000<sup>26</sup>. Esse programa constituiu-se incluindo como uma de suas prioridades “adotar medidas que assegurem a melhoria do acesso, da cobertura e da qualidade do acompanhamento pré-natal, da assistência ao parto, puerpério e neonatal”<sup>27</sup>.

Pode-se observar que a qualidade e a cobertura do atendimento pré-natal são temas recorrentes nos programas de saúde direcionados às mulheres, na busca por garantir o direito da mesma de gestar e parir seus filhos, com a garantia de um pré-natal digno e com o menor risco possível nesse período.

De acordo com o Ministério da Saúde, “o principal objetivo da atenção pré-natal e puerperal é acolher a mulher desde o início da gravidez, assegurando, no fim da gestação, o nascimento de uma criança saudável e a garantia do bem-estar materno e neonatal”<sup>4</sup>. Inicialmente essas garantias traduziram-se em uma busca por indicadores que refletissem em aumento do número de atendimentos, uma vez que o PHPN incentivava financeiramente os municípios nos quais as gestantes realizassem 6 consultas de pré-natal e 1 consulta de puerpério<sup>26-28</sup>.

No entanto, apesar desse incentivo, e do crescente aumento de consultas de pré-natal realizadas no país, que passou de um coeficiente de 1,2 consultas em 1995 para 5,45 em 2005, as diferenças regionais ainda tem papel muito importante nesta cobertura de atendimento, uma vez que o percentual de mães que fizeram sete ou mais consultas é significativamente menor nas regiões norte e nordeste<sup>4</sup>.

Ainda sobre o quantitativo de consultas, “a proporção de nascidos vivos com 7 ou mais consultas de pré-natal aumentou de 46,2% em 2000 para 58,8% em 2009”<sup>29</sup>. Essa tendência é confirmada pelos dados do Sistema de Informações Sobre Nascidos Vivos (SINASC) no ano de 2010, que indica que 60% dos nascimentos no referido ano foram provenientes de mães que realizaram 7 ou mais consultas de pré-natal, apesar de ainda persistirem as diferenças regionais, ficando a região Norte com 36,8% dos seus nascidos vivos com 7 ou mais consultas, enquanto na região Sul esse coeficiente chega a 75,3%<sup>29, 30</sup>.

Essa ampliação no número de consultas realizadas por mulher no atendimento pré-natal confronta-se com a questão da qualidade do atendimento ofertado a essa gestante<sup>4,27,28</sup>. Realizar as ações mínimas preconizadas pelo PHPN, além de captar essas gestantes precocemente para o atendimento, continua como desafio a ser transposto na atualidade<sup>17, 20, 21</sup>.

A padronização de critérios mínimos, no sentido de orientar a atenção à saúde das gestantes, continua vigorando por intermédio de portarias e programas de atendimento à saúde das mulheres. Como forma de atingir o objetivo de garantir a saúde materno-neonatal, é preconizado que: a gestante realize a primeira consulta de pré-natal com até 12 semanas de gestação, realize no mínimo seis consultas durante o transcorrer da gestação e uma consulta de puerpério; sejam oportunizadas atividades educativas com linguagem clara e compreensível, esclarecendo dúvidas e informando sobre as condutas a serem adotadas ao longo do pré-natal; e que a anamnese e exame clínico da gestante sejam realizados e registrados na carteirinha da gestante, inclusive o registro de intercorrências que requeiram avaliação hospitalar em situações que não necessitem de internação<sup>4,26-28</sup>.

Outro aspecto fundamental refere-se aos exames laboratoriais que devem ser obrigatoriamente solicitados, tais com: grupo sanguíneo ABO-Rh, hemoglobina, hematócrito e sorologia para toxoplasmose, todos na primeira consulta; glicemia de jejum, teste antigênico não treponêmico (VDRL), exame qualitativo de urina, urocultura, testagem para Vírus da Imunodeficiência Humana (anti-HIV), sorologia para hepatite B (HBsAg), todos na primeira consulta e repetidos quando a gestante estiver na proximidade da 30ª semana de gestação<sup>28</sup>.

Além dos exames laboratoriais, também estão previstas ações como a aplicação de vacina antitetânica de acordo com o estado vacinal da gestante; a realização de atividades educativas; a classificação do risco gestacional desde a primeira consulta, e a garantia de atendimento de referência caso necessário<sup>26,31</sup>.

Apesar dos crescentes esforços para assegurar esses que são direitos das mulheres, muito ainda tem sido feito aquém do preconizado e, para demonstrar isso, diversos estudos<sup>16-22</sup> foram realizados contemplando aspectos referentes à estrutura, à eficácia, à efetividade, à qualidade, ao processo, dentre outros critérios. E, percebendo “[..] a necessidade de adotar medidas destinadas a assegurar a melhoria do acesso, da cobertura e da qualidade do acompanhamento pré-natal[.]”<sup>31</sup>, em 2011, o Ministério da Saúde publica uma nova portaria instituindo a Rede Cegonha. Esta consiste

[..] numa rede de cuidados que visa assegurar à mulher o direito ao planejamento reprodutivo e à atenção humanizada à gravidez, ao parto e ao puerpério, bem como à criança o direito ao nascimento seguro e ao crescimento e ao desenvolvimento saudáveis [..]<sup>31</sup>.

A instituição da Rede Cegonha, além de reforçar as medidas já anteriormente preconizadas por meio do PHPN, institui uma série de novos indicadores para a avaliação do processo. O que antes contemplava apenas os aspectos referentes aos resultados e ao impacto, hoje se torna mais específico, dividindo os indicadores em grupos de avaliação sobre mortalidade e morbidade, atenção, situação da capacidade hospitalar instalada, e gestão<sup>31</sup>.

Aprimorar a qualificação dos profissionais que atuam em todo esse processo de cuidado ainda é uma dificuldade encontrada pelos gestores na organização dos municípios<sup>4</sup>. Sensibilizar a equipe de saúde para a criação de vínculo com essa gestante pode ser início para possibilitar a garantia de acesso, o acolhimento e a resolutividade preconizados pela Rede Cegonha<sup>31</sup>.

## **1.2 Atenção pré-natal em Porto Alegre**

Na cidade de Porto Alegre no ano de 2012 ocorreram 19266 nascimentos, sendo que, destes, 70,4% das mães completaram sete ou mais consultas de atendimento pré-natal<sup>32</sup>. Em 2011, esse coeficiente chegou a 73%, dos 18907 nascimentos que ocorreram na cidade<sup>33</sup>. Esses valores, quando comparados à média nacional em 2010, em que 70% das gestantes realizaram sete ou mais consultas de pré-natal, parecem indicar que Porto Alegre realiza esforços para adequar-se ao que é preconizado pelo Ministério da Saúde<sup>32</sup>.

Nesse sentido, com a finalidade de aumentar a cobertura e qualificar a assistência pré-natal, a Secretaria Municipal de Saúde da cidade de Porto Alegre elaborou, em 2006, as Diretrizes de Assistência Pré-natal de Baixo Risco<sup>33</sup>. Essas diretrizes são um algoritmo para orientar a assistência às gestantes, servindo como auxílio aos profissionais das Unidades e Estratégias de Saúde da Família, “visando à realização de uma prática custo-efetiva, garantindo um padrão de boa qualidade, facilitando a informatização dos dados e possibilitando a realização de vigilância das situações de risco”<sup>33</sup>.

Essas diretrizes foram revistas no ano de 2012, em consonância ao que preconiza a Rede Cegonha, incluindo novas modalidades de exames, como teste rápido para Sífilis e para o HIV. Destaca-se também a prioridade no sentido de “identificar as gestantes de alto risco e acompanhar as de baixo risco, tratando suas intercorrências”<sup>33</sup>.

Diminuir a mortalidade materna e perinatal é o objetivo principal, elencado nas diretrizes de atendimento da cidade de Porto Alegre<sup>33</sup>. As ações para atingir tal objetivo incluem:

[...] acolhimento; ampliação da cobertura; qualificação e humanização da assistência pré-natal; aumento do número de consultas/gestante no pré-natal; captação precoce das gestantes (antes das 16 semanas de gestação); identificação precoce das gestantes de alto risco e encaminhamento ao serviço de referência; diminuição da transmissão vertical das infecções pré-natais, ampliando a cobertura dos exames complementares de rotina; início precoce da terapia antirretroviral nas gestantes HIV positivas; realização de vigilância epidemiológica e busca ativa de gestantes faltosas; integração das ações de pré-natal, às ações dos demais programas; validação e revisão das diretrizes clínicas regularmente [...]<sup>33</sup>.

No entanto, apesar dos esforços na construção desse instrumento para qualificação da prática profissional, é destacado que o mesmo serve “como instrumento de auxílio, nunca de obrigatoriedade”<sup>33</sup>, o que pode oportunamente justificar condutas diversas das que estão nos protocolos de atendimento.

### 1.3 Prematuridade tardia

A prematuridade refere-se ao nascimento que ocorre entre as 20 e as 37 semanas completas de gestação<sup>2,34</sup>, e representa uma das principais causas de morbimortalidade infantil em todo o mundo<sup>3,34,35</sup>. Dados apontam que as taxas de prematuridade vêm aumentando em diversos países<sup>3,6,8,34</sup>.

Estudos de coorte realizados na cidade de Pelotas, na região sul do Brasil, apontaram o aumento da prematuridade de 6,3% em 1982, para 14,7% no ano de 2004<sup>1,6,13</sup>. Outro estudo sugere uma tendência crescente nas taxas de prematuridade a partir da década de 1990 no País<sup>8</sup>.

Nos Estados Unidos (EUA), a tendência a aumento das taxas de prematuridade também tem sido documentada, passando de 9,4% dos nascimentos em 1981, para 12,3% em 2003<sup>36</sup>. No entanto, esse aumento tem sido observado nas

faixas de idade gestacional dos considerados prematuros moderados – entre 32 e 36 semanas de idade gestacional –, não repercutindo significativamente nas taxas dos prematuros extremos, as quais se mantiveram relativamente constantes nas últimas duas décadas<sup>36</sup>.

Além do aumento da prematuridade, os dados provenientes de estudos do Brasil<sup>13,35,37</sup>, corroboram com os achados nos EUA<sup>14,34,36</sup>, no que se refere ao aumento da incidência na faixa de idade gestacional correspondente à prematuridade tardia. Prematuridade tardia refere-se aos nascimentos ocorridos entre a 34<sup>a</sup> e a 37<sup>a</sup> semanas de gestação, e estima-se representar cerca de 70% dos nascimentos prematuros<sup>36</sup>.

A problemática com relação à prematuridade tardia reside no fato que frequentemente esses bebês recebem cuidados de saúde usuais, comuns aos dos nascimentos a termo, uma vez que são percebidos como grupo com baixo risco para intercorrências<sup>13</sup>. No entanto, os nascimentos desses prematuros tardios representam índices significativos de morbimortalidade quando comparados ao dos nascimentos à termo<sup>13,34</sup>.

O risco maior para o desenvolvimento de complicações nos prematuros tardios pode estar associado com o aumento significativo da necessidade de cuidados intensivos, tempo maior de hospitalização, além de um aumento nos gastos referentes a essas internações<sup>14</sup>. Em adição a isso, os prematuros tardios também são considerados como grupo com maior risco para readmissão hospitalar<sup>38</sup>.

Esse intervalo, compreendido entre as 34 e as 37 semanas de gestação, representa um período crítico e de rápido crescimento para o cérebro humano, o qual, na ocorrência de um nascimento prematuro, acaba por se desenvolver no período pós-natal, e sem a proteção do útero materno<sup>38</sup>. Estudo sugere que, para influenciar positivamente no desfecho de saúde desses recém-nascidos, deve-se atuar na prevenção de situações adversas e na operacionalização de intervenções especialmente direcionadas aos prematuros tardios<sup>38</sup>.

Nesse sentido, considera-se de extrema relevância ampliar o foco dos cuidados na prematuridade, no sentido de incluir os prematuros tardios como grupo com particularidades específicas<sup>14</sup>. Conscientizar os profissionais da saúde nos atendimentos a esse subgrupo de prematuros também se caracteriza como uma ação necessária, visto que estes demandam monitoramento rigoroso durante a

hospitalização ao nascimento, além de ser indicado o acompanhamento pós-natal, e avaliações em longo prazo<sup>34</sup>.

## **2 OBJETIVO**

Conhecer o cuidado na gestação de mulheres que tiveram prematuros tardios, e seus atendimentos no âmbito do Sistema Único de Saúde.

### **2.1 Objetivos específicos**

- a) conhecer o atendimento pré-natal segundo os registros das carteiras de pré-natal;
- b) conhecer o cuidado pré-natal relatado pelas mulheres.

### **3 METODOLOGIA**

A seguir será apresentada a metodologia utilizada para o desenvolvimento dessa pesquisa.

#### **3.1 Tipo de estudo**

Trata-se de um estudo qualitativo, do tipo exploratório. A escolha pela metodologia qualitativa deve-se às características inerentes a esse tipo de pesquisa, como o aspecto holístico na busca da compreensão do todo, o envolvimento intenso do pesquisador e a contínua análise dos dados<sup>39</sup>. Além disso, “os estudos qualitativos podem ajudar a voltar à atenção das enfermeiras para um problema ou uma situação, sua conceitualização de soluções potenciais, bem como sua compreensão das preocupações e experiências dos pacientes”<sup>39</sup>.

Nesse contexto, o delineamento exploratório tem como objetivo o aprimoramento de ideias e a descoberta de intuições<sup>40</sup>, propiciando ao pesquisador uma visão geral sobre o fato estudado<sup>41</sup> e a “formulação de problemas mais precisos ou hipóteses pesquisáveis para estudos posteriores”<sup>41</sup>.

#### **3.2 Campo de estudo**

Para a realização deste estudo e captação das informantes utilizou-se como campo de estudo as unidades de Estratégia da Saúde de Família (ESF), em virtude de estas serem as unidades instituídas no processo municipalização e fortalecimento de atenção básica à saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).

A pesquisa foi realizada em três unidades de ESF, localizadas na Gerência Distrital Glória-Cruzeiro-Cristal. Esta é a área de abrangência designada pela Prefeitura Municipal de Porto Alegre (PMPA) para atuação de alunos e professores da Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

Salienta-se que este distrito Glória-Cruzeiro-Cristal é composto por um Centro de Saúde, nove ESFs, e cinco Unidades Básicas de Saúde. As unidades de ESF definidas para a realização do estudo, junto à PMPA e à Coordenação da Gerência Distrital, foram a ESF Osmar de Freitas, a ESF Mato Grosso e ESF Cruzeiro do Sul,

por estas possuírem os maiores números de pessoas cadastradas em sua abrangência.

As três ESFs, campo de estudo desta pesquisa, realizam atendimentos de segunda à sexta-feira, em horário comercial, e atendem consultas nas áreas de pediatria, ginecologia e clínica geral. O atendimento pré-natal é realizado por médico e enfermeira, com consultas agendadas de maneira intercalada. Também são realizados atendimentos de enfermagem, e desenvolvidos os programas Nascer e Prá crescer.

### **3.3 Informantes do Estudo**

As informantes deste estudo foram mulheres, mães de prematuros tardios, que realizaram atendimento pré-natal no contexto do SUS. Optou-se por utilizar a denominação informante, pois este é um termo utilizado para referir-se aos indivíduos que cooperam no estudo de forma mais ativa do que passiva<sup>39</sup>.

A seleção das informantes foi realizada a partir da indicação pelos profissionais das unidades de ESF dos nascimentos das referidas áreas, sendo verificados, posteriormente, os critérios de inclusão pelas pesquisadoras. Com a finalidade de preservar a identidade das informantes, estas foram identificadas com nomes fictícios.

As informantes incluídas foram 13 mulheres, com idade igual ou superior a 18 anos, mães de prematuros com idade gestacional de 34 a 36 semanas e seis dias ao nascimento, cujos bebês pesaram mais de 1500 gramas, não sendo portadores de nenhuma malformação, com alta hospitalar até o 45º dia de vida, e que realizaram o atendimento pré-natal na rede pública, com atendimento pelo SUS. Para definição da idade gestacional, considerou-se a primeira ecografia obstétrica realizada pela informante, comparando-se os dados à data da última menstruação – ambas as informações registradas na carteira da gestante.

### **3.4 Coleta de dados**

Os dados utilizados para a realização dessa pesquisa foram obtidos do banco de dados de uma pesquisa intitulada “O cuidado leigo e profissional na prematuridade: fatores culturais relacionados ao período gestacional e pós-natal”, a

qual foi registrada na Comissão de Pesquisa da Escola de Enfermagem da UFRGS e aprovada no Comitê de Ética em Pesquisa da PMPA, com parecer registrado sob número 001.039956.11.3. A referida pesquisa teve dois focos de estudo, um relacionava-se ao cuidado às gestantes, e o outro ao cuidado leigo e profissional dos recém-nascidos prematuros tardios.

A coleta dos dados foi realizada entre os meses de novembro de 2011 e dezembro de 2012. As pesquisadoras contatavam as equipes das ESFs, via telefone, pelo menos uma vez por semana para verificar a ocorrência de nascimentos. Inicialmente houve certa dificuldade em relação à identificação desses nascimentos prematuros tardios por parte dos profissionais que atuavam junto a essas comunidades, os quais referiam que essa faixa de prematuros, e respectivas idades gestacionais, há muito tempo não eram identificados junto às ESFs.

A contribuição dos profissionais das ESFs, mais especificamente dos agentes comunitários de saúde, foi essencial para a identificação dos nascimentos ocorridos nas áreas de abrangência das ESFs. Uma vez que ocorresse um nascimento, as pesquisadoras verificavam se este se encaixava nos critérios de inclusão do estudo. Após, procedia-se o contato com a mãe da criança, realizava-se uma breve explicação e marcava-se um encontro presencial.

No encontro presencial com a mãe explicava-se a relevância da pesquisa, e apresentava-se o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE – APÊNDICE A). A partir do aceite da mãe, constituía-se a primeira entrevista. Foram realizadas três entrevistas com cada informante, que ocorreram no primeiro, terceiro e sexto mês após a alta do bebê da maternidade. A primeira entrevista abordava as questões referentes à gestação e aos primeiros cuidados com o recém-nascido e, as subsequentes tratavam de assuntos relacionados aos cuidados com o bebê.

Depois de realizadas as três entrevistas previstas com cada informante designaram-se quatro informantes-chave, as quais foram intencionalmente escolhidas por terem conhecimento da cultura do grupo, domínio do tema investigado, e apresentarem-se interessadas em participar. Essas informantes-chave foram convidadas a realizar uma quarta entrevista na qual foram abordados os assuntos sobre o cuidado pré-natal, cuidados com o bebê, características da comunidade, entre outros, identificados como padrões provenientes da análise inicial dos dados.

Ao total foram realizadas 43 entrevistas, as quais ocorreram no domicílio das informantes ou em local previamente acordado com as mesmas. A abordagem utilizada nas entrevistas foi do tipo etnográfica, e foram exploradas questões relacionadas à gestação, ao parto, aos atendimentos de saúde e aos cuidados ao prematuro tardio, conforme roteiro previamente formulado (APÊNDICE B). As entrevistas foram registradas por meio de dispositivo de gravação de áudio digital, e após transcritas para facilitar a realização da análise.

Os dados que constituíram o material de análise do presente estudo, provenientes do banco de dados anteriormente citado, foram os documentos referentes aos atendimentos durante a gestação, e as entrevistas realizadas com as informantes. Os documentos incluídos foram as Carteiras de Pré-natal das mães dos prematuros tardios, e tais documentos foram fotografados para melhor fidedignidade na coleta e análise dos dados.

Foram incluídas todas as entrevistas realizadas, não havendo distinção neste estudo em relação à ordem de realização das entrevistas, visto que o interesse foi direcionado ao conteúdo pré-natal. Dessa maneira, as entrevistas com as informantes-chave foram consideradas como complementares das entrevistas regulares, não se diferenciando as mesmas ao proceder à análise.

Utilizou-se uma ficha de coleta de dados para cada uma das informantes, na qual foram registrados os dados provenientes dos documentos e as observações que emergiram da análise dos mesmos (APÊNDICE C).

### **3.5 Análise dos dados**

Para realizar uma análise qualitativa o pesquisador necessita de criatividade e sensibilidade conceitual, além de trabalho árduo, pois esta é uma atividade intensiva que objetiva fornecer estrutura e extrair significado dos dados obtidos com a pesquisa<sup>39</sup>.

Os dados provenientes dessa pesquisa foram analisados sob o referencial de análise Etnográfica, adaptada por Douglas et al.<sup>42</sup>, que busca identificar os padrões e temas culturais derivados da interpretação dos dados. Para a realização desse tipo de análise, são propostas quatro fases descritas a seguir.

A primeira fase consiste em coletar, descrever e documentar os dados brutos. Nesse momento utiliza-se o computador como instrumento para a organização

desses dados. Nesta pesquisa, a primeira etapa concretizou-se ao longo dos 13 meses de coleta dos dados junto ao campo de estudo, nos quais foram reunidos dados nas ESFs, realizadas entrevistas com as informantes, e formuladas estratégias para organizar esses dados concomitantemente com o andamento do estudo.

O software NVIVO 9 foi utilizado nessa primeira etapa da análise, como uma ferramenta auxiliar na organização dos dados, como proposto por Douglas et al.<sup>42</sup> Considera-se que programas como esse software proporcionam uma forma poderosa e estruturada de administrar os aspectos da análise qualitativa, permitindo ao pesquisador a manutenção de suas expressões e ideias, facilitando a seleção de trechos e aplicação de códigos, sem perder as informações sobre o texto original<sup>43</sup>.

Já a segunda fase da análise, referida anteriormente, refere-se à identificação e categorização dos dados em descritores e componentes, a qual foi realizada ao longo da coleta de dados, e finalizou-se após a mesma. Nesse momento identificaram-se os descritores adequados para descrever o conteúdo que emergiu dos dados.

A terceira fase compreende a identificação de padrões, e a análise contextual dos dados obtidos. Corresponde ao momento em que o pesquisador busca agrupar os descritores e componentes afins, para então contextualizá-los e proceder à última etapa.

A quarta e última etapa corresponde à composição dos temas maiores, formulações teóricas e recomendações. Nessa fase identificaram-se os temas, para então realizar a discussão dos mesmos, como serão apresentados no capítulo seguinte. Os temas identificados foram discutidos utilizando-se como referencial a literatura científica pertinente. As formulações teóricas provenientes da análise estão dispostas em capítulo específico.

Destaca-se que os dados provenientes das falas das informantes, e das observações das carteiras de pré-natal, estão apresentados no transcrito do texto com recuo à direita e de modo que, em alguns momentos do texto, são dispostas falas e observações de carteiras de pré-natal em sequência, e por informante. Esta organização do texto foi constituída com a finalidade de apresentar informações complementares entre as duas fontes de dados. As entrevistas foram identificadas com a inicial "E", e os dados das Carteiras de Pré-Natal foram identificados com a

sigla “CPN”, ambos seguidos do nome fictício da informante a quem pertenciam os dados.

### **3.6 Considerações éticas**

As diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos seguiram a Resolução do Conselho Nacional de Saúde de número 196/1996<sup>44</sup>, adotando-se os referenciais básicos da bioética, tais como a autonomia, a não maleficência, a beneficência e a justiça.

As entrevistas e transcrições foram arquivadas, e assim permanecerão por cinco anos a partir do encerramento do estudo, sendo então destruídas após esse período, em conformidade com a resolução 196/1996<sup>44</sup>.

Para os participantes da pesquisa foi utilizado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, o qual, dentre outras premissas, garantiu esclarecimentos antes e durante o curso da pesquisa; informou sobre a liberdade dos informantes se recusarem a participar ou retirar seu consentimento em qualquer fase da mesma, sem penalização alguma e sem prejuízo; e, garantiu confidencialidade assegurando a privacidade dos informantes quanto aos dados confidenciais envolvidos na pesquisa e o seu anonimato.

Considera-se que nesta pesquisa não foram previstos riscos às informantes, exceto o desconforto de disponibilizar tempo, deslocar-se para a realização da entrevista ou receber as pesquisadoras no domicílio.

Reitera-se que o projeto foi aprovado na Comissão de Pesquisa da Escola de Enfermagem da UFRGS (ANEXO A), e no Comitê de Ética em Pesquisa da PMPA sob número 001.039956.11.3 (ANEXO B).

#### 4 CONHECENDO AS INFORMANTES

As 13 informantes que compuseram este estudo tinham entre 18 e 41 anos, sendo três na faixa etária entre 18 e 19 anos, seis entre 20 e 30 anos, três entre 30 e 40 anos, e uma entre 40 e 45 anos. A média de idade foi de 24 anos por mulher. Em relação ao estado civil, seis declararam-se casadas, cinco disseram estar em uma união estável informal, uma disse ser separada, e uma relatou estar solteira.

No que se refere à escolaridade, três possuíam o ensino fundamental incompleto, duas o ensino fundamental completo; uma não concluiu o ensino médio, e quatro concluíram; uma concluiu curso técnico em contabilidade; e, duas iniciaram o terceiro grau, mas não concluíram.

A ocupação das informantes, referidas pelas mesmas, distribuíram-se em: uma estagiária, uma estudante, cinco auxiliares de serviços gerais, uma empregada doméstica, uma empacotadora, uma vendedora, uma atendente de padaria, uma educadora infantil, e uma atendente de telemarketing. Na ocasião da coleta dos dados, quando questionadas sobre a ocupação durante o período da gestação três haviam saído do emprego, duas tinham saído do emprego e interrompido a faculdade, duas haviam sido demitidas, uma não havia sido efetivada (pois estava no período de contrato), quatro estavam em licença maternidade remunerada, e uma havia descontinuado o ensino médio.

A renda familiar variou de 1 a 4 salários mínimos, sendo predominante a renda de 1 salário mínimo. Cabe ressaltar que o contexto em que a pesquisa foi realizada, compreende uma área considerada como de vulnerabilidade social, na qual muitas das casas onde se realizaram as entrevistas eram compostas por poucos cômodos, banheiros externos à moradia, e grande número de pessoas vivendo em um mesmo domicílio, além de ser uma área conhecida pelo tráfico de drogas\*.

Em relação à paridade, 7 eram primíparas e 6 múltiparas. O número de filhos variou de 0 a 3, com uma média de 1,5 por mulher. Quanto ao atendimento pré-natal, seis realizaram atendimentos exclusivamente na ESF; duas foram

---

\* É de conhecimento público o tráfico na região, muitas reportagens já foram publicadas referentes ao contexto do tráfico de drogas na região, como exposto na reportagem do Jornal Zero Hora de 01/12/2010, "Conheça as áreas de Porto Alegre onde o tráfico impõe regras", disponível em: <http://zerohora.clicrbs.com.br/rs/policia/noticia/2010/12/conheca-as-areas-de-porto-alegre-onde-o-traffic-impoe-regras-3127163.html>.

encaminhadas ao alto risco; uma realizou pré-natal no alto risco devido a já realizar tratamento para fertilidade no local; três realizaram atendimentos na ESF e utilizaram o plano de saúde privado em algum momento da gestação; e uma iniciou o pré-natal particular, dando seguimento entre este e a ESF. Observou-se que o número de consultas de pré-natal variou entre duas e quatorze, e a média foi de 7 consultas por gestante. As ecografias obstétricas variaram de 1 a 4 por gestante, totalizando aproximadamente duas ecografias por mulher.

Nesse grupo de mulheres ressaltam-se duas situações pouco frequentes para o contexto estudado. Um dos casos refere-se a uma das informantes que, apesar de seus 20 anos de idade, realizou tratamento para fertilidade junto ao hospital de referência. O outro caso refere-se à realização de inseminação artificial por uma das informantes, em um hospital particular de Porto Alegre, pagando com recursos próprios por todo tratamento.

A idade gestacional (IG) dos recém-nascidos variou entre 34 semanas e três dias, e 36 semanas e seis dias, com uma média de IG em 35 semanas e seis dias. Em relação ao tipo de parto, foram sete partos vaginais (53,8%), e seis cesáreas (46,2%). As indicações para cesariana relacionaram-se às seguintes condições: pré-eclâmpsia, apresentação pélvica, gemelaridade, descolamento prematuro de placenta, procedência de membro superior, e oligodrômio.

Ao correlacionar-se os dados das carteiras de pré-natal e aos relatos das gestantes, identificou-se como situações que possivelmente favoreceram a prematuridade: oligodrômio, ruptura prematura de membranas amnióticas (RUPREMA), pré-eclâmpsia (PE), sífilis, infecção do trato urinário (ITU), e descolamento prematuro da placenta (DPP). Destas condições anteriormente apresentadas destaca-se a PE, a ITU e a Sífilis como as mais frequentes, e ocorrendo associação entre duas dessas morbidades em três das informantes que participaram deste estudo.

Foram 15 bebês prematuros tardios, treze mães, sendo duas gestações de gemelares. Destes, dez necessitaram de internação em Unidade de Terapia Intensiva Neonatal logo após o nascimento. Essas internações duraram entre 3 e 18 dias, totalizando 94 dias de internação, e perfazendo uma média de 9,4 dias de internação por bebê. As indicações de internação desses bebês relacionaram-se à:

disfunção respiratória, taquipneia transitória do recém-nascido, anemia, icterícia, sífilis congênita, hipoglicemia e baixo peso.

## 5 DISCUSSÃO DOS TEMAS E FORMULAÇÕES TEÓRICAS

Para a apresentação dos dados analisados constituíram-se dois temas provenientes da Análise Temática e de Padrões<sup>42</sup>: negligência no cuidado durante a gestação do prematuro tardio e insuficiência do atendimento pré-natal na prematuridade tardia.

No quadro 1, apresentado a seguir, observa-se a estruturação da segunda, terceira e quarta fases da análise, com a constituição dos temas a partir dos descritores e padrões. Optou-se por apresentar sob a forma de quadro para ilustrar a estruturação dos temas e seus componentes.

Quadro 1 – Descritores, padrões e temas provenientes da análise.

DESCRITORES	PADRÕES	TEMAS
Atendimento pré-natal	Desconhecimento sobre a importância do atendimento	<b>Negligência no cuidado durante a gestação do prematuro tardio</b>
Constatação da gestação	Início tardio do pré-natal	
Cuidado na gestação	Dualidade entre saber se cuidar e não efetivar o cuidado identificado como necessário	
Pré-natal	Não preenchimento adequado das carteiras de pré-natal	<b>Insuficiência do atendimento pré-natal na prematuridade tardia</b>
Carteira de pré-natal	Dificuldade na comunicação entre a gestante e o pré-natalista	
Exames	Situações potencialmente evitáveis como favorecedoras da prematuridade tardia	
Comunicação		
Comprometimento	Utilização da rede de serviços privada como complemento da atenção básica	
Desconhecimento	Uso de estratégias para melhoria da resolutividade no pré-natal	
Intercorrências no pré-natal		
Acesso	Valorização do atendimento na ESF	
Resolutividade		
Atendimento em saúde		
Público		
Privado		

Fonte: Própria autora.

## 5.1 Negligência no cuidado durante a gestação do prematuro tardio

Esse tema tem a finalidade de retratar os cuidados e vivências pré-natais relacionados pelas informantes e que se constituíram como padrões para o grupo em questão. Anterior à composição desse tema, tal como proposto pela metodologia de análise, identificaram-se os descritores: atendimento pré-natal, descoberta da gestação e cuidado na gestação. Como padrões foram obtidos o início tardio do pré-natal, o desconhecimento sobre a importância dos atendimentos e a dualidade entre saber se cuidar e não efetivar o cuidado identificado como necessário.

O início precoce do pré-natal configura-se como condição essencial para a adequada assistência à gestante, constituindo-se como momento de avaliação inicial dos riscos gestacionais e oportunidade para vincular essa mulher ao atendimento durante toda a gestação<sup>4,18</sup>. No entanto, para que esse momento seja oportuno, é necessário que a gestante tenha ciência da gestação, e esteja alerta para a relevância de que se cuidar precocemente pode ser um diferencial para a sua saúde e de seu bebê.

A recomendação atual do Ministério da Saúde<sup>4</sup> prevê que a captação da gestante, na Atenção Primária à Saúde, deve ocorrer até a 12ª semana de gestação. Observa-se atualmente uma reorientação dessas diretrizes quando comparadas às do ano de 2006, quando se recomendava que essa captação fosse realizada até os 120 dias de gestação (ou 17 semanas).

Identificou-se que o início do pré-natal entre as informantes deste estudo variou entre 6ª e 33ª semanas de gestação. Ressalta-se que a gestante que iniciou o pré-natal na sexta semana estava realizando tratamento para fertilidade em um hospital de referência, razão pela qual a mesma refere ter identificado tão precocemente a gestação. Esta se configura como uma situação muito particular, como a mesma refere,

Eu tava com 4 semanas quando descobri que eu tava grávida... Que quando tu toma o remédio, não pode atrasar né, porque se atrasar um dia a menstruação, é porque deu efeito o remédio. [...] E se atrasar dois dias é certo que tu tá, e por isso que eu pude acompanhar desde o iniciozinho a gravidez. (Joana, E)

Primeiro registro de consulta pré-natal com 6 semanas. (CPN Joana)

Das 13 informantes que participaram da pesquisa, observou-se que apenas seis (46,15%) iniciaram o pré-natal com menos de 12 semanas de gestação, ou

seja, ainda no primeiro trimestre. A média de início foi de 14 semanas, o que relativamente se distancia das recomendações atuais que compreendem o acompanhamento inicial da gestação para prevenção e avaliação de riscos, e vinculação da gestante à unidade de saúde. Ressalta-se também a importância dos cuidados no primeiro trimestre de gestação para o transcorrer de uma gestação saudável<sup>2,4,31</sup>.

Esses dados apresentam similaridade ao encontrado por um estudo de séries temporais realizado no Sudeste brasileiro, o qual avaliou “evolução da adequação do atendimento às gestantes usuárias do SUS”<sup>21</sup>. Os autores apontaram um aumento significativo na comparação entre o número de gestantes que iniciaram o pré-natal no primeiro trimestre no ano de 2004 (51,5%), em relação ao ano de 2002 (29,7%)<sup>21</sup>. Contudo, esses dados ainda estão aquém dos desejados.

Dessa maneira, ao considerar-se que os cuidados assistenciais no primeiro trimestre de gestação consistem em um dos principais indicadores de qualidade dos cuidados maternos<sup>4</sup>, pondera-se as implicações do adiamento do início desses cuidados para a ocorrência de desfechos desfavoráveis da gestação, tais como a prematuridade.

Quando questionadas sobre a constatação da gestação e o início do pré-natal, atenta-se para as diferenças entre os tempos referidos pelas informantes e o início dos atendimentos registrados pelas carteiras de pré-natal, como segue:

Acho que foi logo no começo, não chegava há ter dois meses. Foi logo no começo... (Rosana, E)

Primeiro registro de consulta de Pré-Natal com 12 semanas. (CPN Rosana)

Eu nem sabia que tava grávida, fui saber quando eu tava com três meses. (Eliana, E)

Primeiro registro de consulta de Pré-Natal com 33 semanas. (CPN Eliana)

Foi assim ó, quando eu descobri eu já tava com dois meses, mas eu consegui fazer acompanhamento. (Poliana, E)

Primeiro registro de consulta de Pré-Natal com 21 semanas. (CPN Poliana)

Essas disparidades, entre a referida descoberta da gestação e o início do pré-natal, implicam em ponderações sobre o entendimento da importância dos atendimentos de saúde na gravidez; e também sobre o acesso aos serviços de saúde em que essas mulheres estão inseridas.

Embora a gestação não seja considerada como um estado patológico sabe-se que seu início e desenvolvimento, muitas vezes podem ser percebidos como

fenômenos complexos<sup>45</sup>. Usualmente, as gestantes relatam modificações corporais direcionadas ao aumento das mamas, do abdômen, e ganho de peso, no entanto, essas alterações podem apresentar-se sutis no primeiro trimestre, e estão diretamente relacionadas à variabilidade individual das mulheres<sup>45</sup>.

As diferentes percepções da constatação da gestação, e início tardio do pré-natal, são relatadas pelas informantes,

[...] eu entrei no trabalho né, em tanta correria, no meio de tantas coisas, tu acaba não se ligando né... entendeu? E eu não tive sintomas, nenhum enjoo, nada anormal né, e a correria de sempre... A minha patroa que disse lá, “o Poliana, eu tô achando tu meio barrigudinha, tu não notou?”. (Poliana, E)

Eu desconfiei porque parei de tomar o remédio em março. Eu me senti mal, daí desconfiei [...] (Rosana, E)

Entretanto, apesar de perceberem-se grávidas, a realização do primeiro atendimento pré-natal ocorreu somente semanas depois, variando entre duas e vinte semanas entre as informantes. Esses dados corroboram com o encontrado em outro estudo, no qual, ao trabalhar com as mulheres a temática da captação do pré-natal, os autores identificaram cinco experiências distintas, dentre elas o fato de que algumas mulheres, apesar de terem certeza da gestação, não sentiam urgência em confirmá-la por exame ou iniciar acompanhamento<sup>22</sup>.

Observa-se também que, em alguns casos, as idades referidas pelas gestantes em relação à identificação da gestação eram superiores ao registro da data da primeira consulta realizada. Infere-se que isto possa refletir o desconhecimento da relação entre o que o cálculo das semanas gestacionais representa em meses para as mulheres.

Outro aspecto a ser considerado refere-se ao que a gestação pode representar para essas mulheres. Estudo realizado<sup>46</sup>, sobre o cuidado cultural na gestação destacou a associação do pré-natal com exames, tratamentos e consultas, o que, na concepção das mulheres, muitas vezes relaciona-se à falta de saúde. No entanto, as gestantes do referido estudo expressaram que “*gravidez não é doença*”, e isso, segundo a autora, poderia estar associado a não adesão ao pré-natal.

Já no contexto do presente estudo, acredita-se que parte desse entendimento de que “gestação não é doença” também esteja presente para as mulheres, e que isso se reflete tanto no início tardio do pré-natal, como na valorização do mesmo e

da própria gestação. Quando questionadas sobre os motivos desse início tardio, relatam:

Não sabia que tinha que fazer (pré-natal). Não, ninguém me disse nada. Eu, quando descobri que estava grávida, eu fui no médico, já fiz tudo que tinha que fazer sozinha. (Adriana, E)

Depende de cada uma, tem mulheres que tem os sintomas mais tarde, aí tem que ir fazer um teste... Elas ficam o quê? Seis meses pra vê o que vai dar? É só cuidar a menstruação, se não descer em um ou dois meses tá grávida! Quando já passa da data, já tem que agilizar e procurar um médico. Elas são relaxadas mesmo, porque quando eu vi que parou, eu já fui no médico e fiz meu pré-natal. Já pedi um exame. Se não fosse gravidez, ia ser outra coisa... (Adriana, E)

Elas (amigas) falaram que se eu não fizesse o pré-natal antes do bebê nascer, se eu não fizesse o pré-natal e fosse pro hospital sem o pré-natal, eu não podia ganhar o bebê no hospital por não ter pré-natal. É, daí eu fiquei com medo né[...]. Eu posso até morrer né? (Eliana, E)

Bom, na maioria das vezes, [...] não se importam tanto com o início né, ou porque, que nem aconteceu comigo, demorou os sintomas e tal. Porque tem gente que nem barriga aparece, tu olha assim, e nem aparece, de repente é por isso. (Poliana, E)

Olha, eu acho relaxamento. Ou muitas não tão esperando a gravidez, ou é uma gravidez indesejada, e acabam negando pra ver se abortam. Eu acho que é por aí... (Silvana, E)

O relatado por essas mulheres reflete uma não valorização com esse princípio da gravidez, como se ainda não fosse uma situação plenamente estabelecida. Sabe-se que, para além das alterações psicológicas, orgânicas e fisiológicas acarretadas pela gestação no primeiro trimestre, a ambivalência afetiva entre o querer e o não querer encontra-se presente na maioria das gestações<sup>47</sup>, e pode influenciar os cuidados dessa mulher em relação a esse período que está vivenciando.

No entanto, apesar de depreender-se da fala de algumas informantes referências à culpabilização das gestantes pelo seu processo de (des)cuidado, acredita-se que não é possível analisar essa situação embasando-se apenas na perspectiva de que são as únicas responsáveis por suas atitudes em relação ao pré-natal.

Estudo transversal, realizado na cidade de Rio Grande, identificou que as gestantes apresentaram poucos conhecimentos em relação aos componentes do atendimento pré-natal, bem como sobre o início precoce, e a realização de exames<sup>48</sup>. Os autores do estudo mencionado ressaltam “a necessidade de

intensificar o processo educativo entre as gestantes, permitindo assim que o conhecimento sobre a atenção no pré-natal seja mais adequado e difundido<sup>48</sup>. Essa necessidade é evidente ao analisar-se o relato das informantes Adriana e Eliana, anteriormente expostos.

Em pesquisa realizada sobre perspectiva das mulheres na avaliação do PHPN, os autores destacam que as gestantes que utilizam os serviços públicos, buscam reduzir o desconhecimento sobre as condições de saúde, com a finalidade de usufruir de uma gestação com mais tranquilidade<sup>22</sup>. Conhecer o momento que está vivenciando, e as alternativas para lidar com as situações diversas que se interpõem em meio a uma gestação, pode não só contribuir para a tranquilidade dessa mulher, mas instrumentalizá-la para o cuidado com seu corpo, sua saúde, e seu bebê.

Ainda sobre o desconhecimento observado nas falas citadas, o mesmo gera questionamentos a respeito de como as orientações sobre o pré-natal e sobre a pré-concepção vêm sendo operacionalizadas nas unidades de saúde. Nesse sentido corrobora-se com a orientação do Ministério da Saúde<sup>4</sup>, a qual prevê que;

A equipe precisa conhecer ao máximo a população adscrita de mulheres em idade fértil e, sobretudo, aquelas que demonstram interesse em engravidar e/ou já têm filhos e participam das atividades de planejamento reprodutivo. [...] Quanto maior vínculo houver entre a mulher e a equipe, quanto mais acolhedora for a equipe da UBS, maiores serão as chances de aconselhamentos pré-concepcionais, detecção precoce da gravidez e início precoce do pré-natal<sup>4</sup>.

Considera-se o estabelecimento de vínculo, entre a equipe e sua população, uma estratégia com potencial de intervenção principalmente no que se refere ao início do pré-natal. Pelo fato desse estudo ter sido desenvolvido junto as ESFs, acredita-se que essas estratégias poderiam ser reforçadas, em virtude da proximidade entre a população e as unidades.

Além disso, já que a precocidade da primeira visita pré-natal está associada com o número de gestações a termo e que, quanto mais precoce a primeira consulta menor a incidência de nascimentos prematuros e de baixo peso<sup>49</sup>, acredita-se que investir na escuta, no acolhimento e na responsabilização dos profissionais para com estas mulheres, pode conduzi-las para mais próximo dos serviços de saúde, permitindo-as entender o significado desses cuidados, e assim direcionando o atendimento da equipe<sup>50</sup>.

Com a intenção de conhecer a importância e o significado do pré-natal para as gestantes, outro estudo foi realizado na cidade de Campo Grande. Os autores do referido estudo ressaltaram que, apesar dos procedimentos técnicos como exames, consultas, e atividades de orientação para a saúde serem valorizados pelas mulheres, muitas vezes as informações transmitidas não são assimiladas pelas gestantes, sendo insuficientes para esclarecer as dúvidas que as mesmas possuem<sup>51</sup>. Isso acaba por tornar o pré-natal como um ato normativo, prescritivo e centralizado nos profissionais, e não na gestante que seria a figura principal nesse contexto.

Dessa forma, acredita-se ser útil utilizar o conhecimento sobre a percepção das gestantes a respeito do pré-natal, para construir um saber em comum com as mesmas, explicando suas dúvidas e anseios, para que isso impacte na saúde das mães e de seus filhos individual e coletivamente. Traspasar o que é normativo e prescritivo também é um desafio, uma vez que as próprias gestantes referem-se aos cuidados que devem ter durante a gestação como algo que devem fazer, mas que às vezes não o fazem, referindo-se até de maneira imperativa a esses cuidados, como se pode observar nas falas a seguir:

Eu me cuidava na alimentação. Não pode fazer força né... Me cuidava em tudo, mas passei bem. Não precisava ter ido no médico. Ai a doutora disse que não era pra eu comer tanto por causa do peso. [...] Mas eu não dou bola pra ninguém, eu comia normal, fazia tudo o que tinha que fazer grávida. Refrigerante eu tomava demais. Daí eu tive que cortar. Comia muito "xis". (Adriana, E)

Ah, não pode fumar, não pode beber, não pode usar drogas. Eu continuei (fumando)[...] (Eliana, E)

Ah, não podia caminhar demais, não podia limpeza, não podia fazer isso... Eu fazia de tudo! Não me deu nada, não tinha nada de anemia, nada, nada, nada eu tinha. (Giovana, E)

Eu também não me cuidei...Que nem a doutora disse assim, que eu tinha que ficar deitada, de pés pra cima, em repouso. Três dias eu fiz repouso, depois não fiz mais. (Rosana, E)

Daí quando eu fiz a eco, ela tava bem lá dentro, daí eu fiquei tranquila. Porque eu não me cuidei muito, mas nasceu bem. (Luana, E)

Não mudou muito, mas tem que ter cuidado a mais né? (Bibiana, E)

Essas contradições, entre as orientações que devem ser seguidas e as que realmente são, caracterizam esse modo individual de experienciar a gestação. A noção de que cuidados são necessários está explícita em todas as falas, mas a

transposição desses cuidados em práticas que impliquem na mudança de hábitos individuais torna-se algo distante.

Para tal, deve-se refletir sobre como as orientações são fornecidas a essas gestantes. Será que o entendimento que as mesmas têm sobre todo o processo da gestação permite que as mesmas entendam as relações entre o cuidado que pode e deve ser realizado, e as repercussões que a falta desses cuidados pode ter na saúde perinatal?

Ainda sobre os significados do pré-natal, autores destacam que “quanto à adesão da mulher ao pré-natal, muitas vezes esta se dá por insegurança consigo mesma e com o bebê, e tem o sentido de prevenir complicações decorrentes da gravidez, desde as doenças infectocontagiosas até o parto”<sup>51</sup>. Corrobora-se com a afirmação deste autor, pois se acredita que, embora a maioria das gestantes seja considerada com baixo risco para intercorrências durante a gestação, todas devem ser informadas sobre a manutenção da saúde desde o início da gravidez, não somente após necessitar de atendimento para alguma intercorrência.

Pondera-se que nem sempre a gestação é considerada pelas mulheres como um momento de felicidade em suas vidas, e que o pré-natal pode implicar em sentimentos negativos como insegurança, medo de punições e imprevistos<sup>51</sup>. E, para o cuidado de mulheres nesta situação, acredita-se que as pessoas envolvidas no atendimento devem estabelecer uma comunicação com o propósito de entender o outro sob suas perspectivas, com escuta interessada e empatia.

Ressalta-se também, a importância “do entendimento de que a gestação, além de ser um processo biológico, é também um processo social e cultural”<sup>50</sup>, e, compreender esse processo, favorece o estabelecimento de uma cooperação mútua entre equipe de saúde e gestante, e possivelmente a provisão de um cuidado mais adequado ao contexto em que essa mulher vive.

Diante do exposto anteriormente e em razão da presente pesquisa ter se desenvolvido após a gestação das mulheres que participaram como informantes, e que, todas estas vivenciaram o nascimento de um recém-nascido prematuro tardio, reforça-se a relevância da atenção pré-natal para a diminuição dos fatores de risco que contribuem com a prematuridade<sup>40</sup>.

## 5.2 Insuficiência do atendimento pré-natal na prematuridade tardia

O tema da insuficiência do atendimento pré-natal, no contexto até então exposto, visa relacionar as intercorrências nas gestações dos prematuros tardios e refletir sobre a estruturação do atendimento pré-natal, no que se refere a estes nascimentos. Propõe-se também realizar a discussão sobre o acesso e a utilização dos serviços de saúde pelas gestantes no pré-natal.

Constituíram-se como descritores desse tema: pré-natal, carteira de pré-natal, exames, comunicação, comprometimento, desconhecimento, intercorrências no pré-natal (infecção do trato urinário, sífilis, pré-eclâmpsia), acesso, resolutividade, atendimento em saúde, público, privado.

Referentes aos padrões ressaltam-se: o não preenchimento adequado das carteiras de pré-natal; as situações potencialmente evitáveis como favorecedoras da prematuridade tardia; a dificuldade na comunicação entre a gestante e o pré-natalista; a utilização da rede de serviços privada como complemento da atenção básica; o emprego de estratégias para melhoria da resolutividade no pré-natal; e a valorização do atendimento na ESF.

Reafirma-se que o acompanhamento pré-natal visa fundamentalmente garantir que a gestação se desenvolva de forma segura para, ao seu término, culminar em um parto sem complicações e em um recém-nascido saudável<sup>25</sup>. Dessa maneira, cabe destacar que a qualidade da atenção pré-natal tem impacto na prevenção da morbimortalidade materno-infantil, e pode configurar-se como fator interveniente para a diminuição ou aumento dos partos prematuros<sup>52</sup>.

Nesse sentido, observa-se um aumento na quantidade de estudos desenvolvidos após a implantação do PHPN, com a finalidade de avaliar aspectos relativos à qualidade, à efetividade, ao processo e ao atendimento pré-natal<sup>18-21, 53-55</sup>. Embora os critérios utilizados para essas avaliações sejam diversos, destaca-se a eminente proporção de pré-natais considerados como inadequados nos diferentes estudos<sup>18, 20, 21, 54, 56</sup>.

Cabe ressaltar que, apesar deste estudo não se caracterizar como um estudo de avaliação, muitos aspectos de inadequação já relacionados pela literatura, foram similares às características do pré-natal das mães dos prematuros tardios. Para expor tal situação realizou-se a avaliação dos registros contidos nas carteiras de pré-natal.

Inicialmente, alguns aspectos dos registros das carteiras de pré-natal captam maior atenção do observador no que se refere ao campo com espaço para observações. A utilização de muitas siglas para efetuar os registros, a priorização por anotar apenas a utilização de medicamentos, e a grafia de difícil interpretação, permite questionar para quem as informações estão sendo registradas, se para o próprio profissional pré-natalista, ou para o adequado atendimento à gestante. Isso porque, embora muitas vezes o mesmo pré-natalista acompanhe a gravidez em diversos momentos, nem sempre este é o que vai realizar todas as consultas ao longo da gestação. Tampouco, na observação dessas anotações, encontrou-se a identificação do profissional responsável pela consulta, ou pelas condutas dela derivadas.

As observações citadas no parágrafo anterior corroboram com os achados de um estudo de séries temporais realizado na região sudeste do País, o qual destacou que há falta de identificação do profissional assistente, demasiada utilização de siglas e manuscritos de difícil compreensão<sup>21</sup>.

Outro estudo que avaliou o processo da atenção pré-natal entre a UBS e a ESF apontou uma desvalorização em relação aos registros tanto nas carteiras de pré-natal como em prontuários, e que isso poderia ter implicações, não só para os sistemas de informação, mas também por estes configurarem-se como instrumentos legais, e que refletem a assistência prestada<sup>18</sup>.

O Ministério da Saúde<sup>57</sup> ressalta que a carteira da gestante é um “precioso instrumento que deve ser valorizado e devidamente preenchido”, e que “pode ajudar muito os profissionais que atenderão as possíveis intercorrências, pois estes não estarão de posse do prontuário da unidade de saúde”. Considera-se então que seria importante haver uma conscientização por parte dos profissionais que realizam o atendimento às gestantes, pois a carteira de pré-natal é o documento que torna oficial todo o cuidado prestado àquela mãe durante aquele período, e é ela que vai subsidiar muitas das condutas no momento que essa mulher for encaminhada à maternidade.

Além dessas ponderações, sabe-se que as diretrizes para a assistência pré-natal do município de Porto Alegre<sup>33</sup>, orientam que são indispensáveis no exame físico da gestante os seguintes procedimentos: medida da pressão arterial (PA), verificação do peso, exame das mamas, avaliação do abdômen (percepção da dinâmica), medição da altura uterina (AU), ausculta dos batimentos fetais (com

sonar-Doppler a partir das 12 semanas), e verificação de edema. No entanto, percebem-se algumas dificuldades na realização e/ou no registro dessas orientações.

Ao analisarem-se as carteiras de pré-natal das 13 informantes, verificou-se que a pressão arterial e o peso foram as medidas mais realizadas, estando contempladas em todas as consultas registradas. Cabe ressaltar que o peso de início da gestação não estava registrado em oito das carteiras analisadas. Considera-se que o peso ao início da gestação é um parâmetro para acompanhar a evolução da mesma, e adequar as orientações necessárias no que se refere à alimentação e atividade física. Embora mais da metade das informantes tenha iniciado o acompanhamento após o primeiro trimestre de gestação, acredita-se que seria útil coletar os dados referidos pela gestante sobre o peso inicial, ainda que estes fossem aproximados.

A medida da altura foi um dado não registrado em nenhuma das carteiras de gestantes avaliadas, tampouco as curvas de acompanhamento de peso por altura foram preenchidas. Observa-se uma desvalorização pelos profissionais dos dados referentes à avaliação das medidas antropométricas, não somente como uma medida de peso objetiva, mas contextualizando com o cálculo do IMC e reavaliando os riscos e necessidades de encaminhamento dessas gestantes para uma avaliação nutricional.

A verificação do peso e o cálculo do IMC devem fazer parte do exame físico de cada consulta, e uma vez identificada alguma alteração em relação ao IMC que evidencie baixo peso, sobrepeso ou obesidade esta gestante deve ser considerada como possuindo um fator de risco a ser acompanhado pela equipe de saúde<sup>4</sup>. Além disso, deve-se considerar que a obesidade relaciona-se a uma incidência maior de diabetes, hipertensão e distócia, além de um maior risco de cesariana; já o baixo peso eleva o risco de parto prematuro<sup>2,4</sup>.

Em relação à altura uterina e aos batimentos cardíofetais (BCFs), foram os dados mais prevalentes nas carteiras de pré-natal, mas ainda assim não constam registros destes em todas as consultas realizadas pelas informantes. Uma das gestantes não teve registrado em sua carteira de pré-natal AU e BCFs em seis das dez consultas realizadas, permitindo questionar-se se esses procedimentos realmente não foram realizados ou se houve somente a falta do registro. Cabe

ressaltar que o pré-natal desta gestante em questão foi no atendimento de alto risco e na ESF, mas que tal situação não foi prerrogativa para efetivação dos registros.

Os dados anteriormente citados apresentam-se similares aos achados por pesquisa realizada sobre a atenção pré-natal na rede básica em Pelotas, no qual altura uterina, pressão arterial, e peso da gestante, foram os registros com menor percentual de ausência<sup>20</sup>. A prevalência maior desses registros em relação à AU, ao peso da gestante e à pressão arterial demonstram a valorização desses dados mensuráveis quantitativamente, em detrimento de outros dados subjetivos como as queixas das pacientes. A falta de registros relacionados tanto a aspectos qualitativos quanto quantitativos da atenção pré-natal indica lacunas na qualidade da atenção dispensada na realização do pré-natal pelos profissionais da saúde, visto que o registro das observações e condutas realizadas é um procedimento simples, que não demanda muito tempo para sua realização, e que permite ao profissional a retomada com a gestante sobre combinações realizadas durante a consulta.

No que se refere à presença de edema, não constam anotações dessa avaliação nos registros de pré-natal das informantes nas carteiras de PN da atenção básica. A exceção refere-se a uma das gestantes que realizou os atendimentos de pré-natal na ESF e no consultório privado, tendo a avaliação de presença de edema realizada em todas as consultas particulares realizadas. Esses dados corroboram com os encontrados em estudos que apontam a observação do edema como sendo um dos procedimentos menos registrados<sup>20,21,54</sup>.

Salienta-se a importância desse dado que, embora não seja mais utilizado como critério diagnóstico para a definição de hipertensão na gestação e pré-eclâmpsia<sup>33</sup>, como anteriormente era considerado, constitui-se um sinal que pode direcionar diversas condutas na atuação do pré-natalista, como orientações sobre redução na ingestão de sódio, além de sinalizar para o diagnóstico de comorbidades como a trombose venosa, e outras<sup>2</sup>.

Sobre a avaliação das mamas, também não constam registros, nem de avaliação, nem de orientação sobre cuidados específicos e orientações sobre a amamentação. Considera-se que este seria um momento oportuno para avaliar as mamas da gestante, atentando também para o formato dos mamilos, no sentido de antever possíveis problemas na amamentação, além de propiciar um momento inicial de conversa sobre o aleitamento materno e consolidar um conhecimento junto à gestante que favoreça esta prática. Também pode configurar-se como um

momento propício para estimular a prática do autoexame de mama, visto que este é um momento em que a mulher está em contato com o serviço de saúde, e deve se beneficiar disso para além do cuidado pré-natal<sup>58</sup>.

Em relação ao exame preventivo de câncer cérvico-uterino, estes não foram registrados em seis carteiras de pré-natal. Nas carteiras de pré-natal em que havia o registro sobre o exame anteriormente citado, este tinha sido realizado até um ano antes do início do pré-natal pela gestante, conforme preconizado pelas diretrizes de pré-natal para a cidade de Porto Alegre<sup>33</sup>. No entanto, os registros apenas continham referência à data do último exame, sem nenhuma observação sobre o resultado do mesmo ou necessidade de nova realização após a gestação. Entende-se que esse poderia ser um momento de retomada com a mulher de orientações também relacionadas a cuidados de saúde que devem ser realizados habitualmente e fora do ciclo gravídico-puerperal, como por exemplo, sobre os exames preventivos.

Concomitantemente ao exame das mamas, essa frequência reduzida na realização do exame preventivo de câncer cérvico-uterino também é expressa em outros estudos<sup>21,54,56</sup>, o que pode ser indicativo da fragmentação da atenção à saúde da mulher que persiste no País, uma vez que esta poderia ser a ocasião adequada para atuar orientando práticas preventivas<sup>54</sup>. No entanto, estudos têm indicado resultados expressivos referentes ao sub-registro tanto dos exames preventivos de câncer, como de outros procedimentos indicados, como a vacinação<sup>20,54</sup>.

Em relação à vacinação antitetânica (VAT), quatro carteiras não apontavam nem sua realização, nem a indicação de imunidade. Estudo desenvolvido em Recife apontou a cobertura de 98,6% relacionada à realização do adequado esquema de vacinação antitetânica<sup>54</sup>, evidenciando que essa cobertura vacinal apresenta-se aparentemente consolidada junto às unidades de saúde como componente relevante na atenção antenatal, o que não foi observado no presente estudo.

Contudo, além da VAT, a gestante também está inclusa como público alvo da vacinação contra hepatite B. Como requisito para essa vacinação a gestante necessita de um exame prévio para detecção de Hepatite B (cujo resultado tenha sido negativo), e ter passado o primeiro trimestre de gravidez<sup>33</sup>. Essa imunização foi registrada no pré-natal de apenas duas informantes deste estudo, embora tenha sido observado que todas realizaram o exame, e que estes tiveram resultado negativo.

A vacinação contra a Hepatite B não consta como componente dos critérios de adequação abordados nos diferentes estudos de avaliação do pré-natal<sup>18, 20, 21, 54, 56</sup>. Infere-se que a falta de registro dessa vacina nas carteiras de pré-natal, deva-se ao fato de não haver local específico para tal, como existe para a VAT. A inclusão de um local específico na carteira de pré-natal poderia configurar-se como um incentivo no sentido de sinalizar aos profissionais a importância das anotações pertinentes à situação vacinal dessas gestantes contra a Hepatite B.

Em relação aos exames, considera-se como adequada a realização, no primeiro trimestre de gestação, de pelo menos os seguintes: hemograma, grupo sanguíneo e fator Rh, glicemia de jejum, VDRL, EQU, urocultura com teste, Anti-HIV, HBsAg, e sorologias para toxoplasmose. Já no segundo semestre de gestação, são preconizados: teste de tolerância à glicose (TTG), EQU, e a repetição das sorologias para toxoplasmose (se negativas no primeiro trimestre)<sup>2,33</sup>. No terceiro trimestre a gestante deve repetir todos os exames realizados no primeiro, como forma de assegurar que sua saúde e do bebê permaneçam preservadas, garantindo o adequado tratamento para cada situação identificada como prejudicial<sup>2,33</sup>.

Apesar das recomendações em relação aos exames estarem bem definidas nos programas relacionados à saúde das gestantes no País, estudos ainda tem apresentado baixos percentuais de gestantes que realizam esses exames preconizados<sup>18,56</sup>. Estudo realizado na cidade de Rio Grande/RS ressalta que, na amostra de 2557 puérperas entrevistadas, ao avaliarem a rotina mínima preconizada pelo PHPN, nenhum dos exames havia sido realizado duas vezes em todas as mulheres<sup>56</sup>.

Outro estudo sobre a atenção pré-natal de gestantes atendidas em hospitais de referência para gravidez de alto risco destacou que o percentual de inadequação do pré-natal entre o acompanhamento de baixo e o alto risco foram similares, além de o percentual geral de adequação do pré-natal ser muito baixo, de 17,8%, quando avaliados os procedimentos preconizados pelo PHPN<sup>54</sup>.

Neste estudo, constatou-se que nove informantes realizaram duas coletas de exames durante a gestação, mas que estas nem sempre compreenderam os períodos delimitados como ideais pelas diretrizes acima descritas. Os prazos entre coleta de exames e retorno para atendimento pré-natal após os exames não foram adequados para as intervenções que poderiam ter sido realizadas, como se observa abaixo:

Fiz o tratamento (ITU) que ela me pediu, sete dias de antibiótico. Fiz de novo o exame de urina, e deu que tava tudo bem. Só que depois quando eu ganhei o bebê apareceu de novo. (Poliana, E)

Registro de coleta de exame de EQU e Urocultura com 22 semanas de gestação, constatada infecção. Início de tratamento antibiótico com 28 semanas de gestação. Coleta de nova urocultura com 30 semanas, sem infecção. Não consta coleta posterior. Internou com 34 semanas e três dias de gestação, apresentando EQU infeccioso; permaneceu 3 dias internada. Parto com 35 semanas e 2 dias. (CPN Poliana)

Infecção urinária eu tive, mas aí eu comecei a tomar o remédio e melhorou. (Luana, E)

Registro de EQU infeccioso com 31 semanas. Indicada antibioticoterapia. Não consta registro de coleta de urocultura, nem EQU posterior ao tratamento. Parto com 35 semanas e três dias. (CPN Luana)

Considera-se que os relatos anteriores apresentam situações negligenciadas no atendimento pré-natal. No primeiro caso, de Poliana, observa-se o intervalo de um mês e dez dias entre a coleta da primeira urocultura e o início de tratamento antibiótico, e que, após a coleta da urocultura posterior, a gestante necessitou de internação hospitalar, onde foi constatada nova infecção. Já o segundo caso, de Luana, apresenta um tratamento medicamentoso realizado considerando apenas um exame qualitativo de urina, sem coleta de urocultura com teste, nem posterior avaliação da efetividade do tratamento com novo exame.

As situações anteriormente descritas refletem duas situações em que houve um descaso no atendimento e acompanhamento das gestantes, ainda que estas estivessem necessitando de prioridade de cuidados em virtude da sua situação de saúde. Sabe-se que a infecção urinária, apesar de desenvolver-se de forma assintomática na maioria das gestantes, ainda tem sua importância subestimada<sup>47</sup>, fato que pode também ser observado nesse estudo.

A infecção urinária caracteriza-se como uma das infecções mais frequentes na gestação, em virtude de alterações hormonais e anatômicas, as quais decorrem de mecanismos como a elevação na produção de progesterona, a compressão uterina sobre os ureteres, e a modificação da flora vaginal da mulher, tornando este um meio suscetível à proliferação de bactérias<sup>47,59</sup>.

Entende-se que as orientações no tratamento de infecções urinárias na gestação sempre devem compreender uma urocultura de controle após uma semana de tratamento, fazendo-se necessário repetir este exame mensalmente até o final da gestação nas mulheres que apresentaram essa intercorrência<sup>33</sup>. Além

disso, deve-se orientar a gestante para a manutenção da ingestão de líquido e diminuição do tempo entre as micções<sup>33</sup>.

Embora as infecções urinárias sejam consideradas um problema relativamente comum no período gestacional, deve-se atentar para o fato que, dentre outras complicações maternas e perinatais, o parto pré-termo é uma de suas complicações<sup>59,60</sup>. Logo, considera-se que a realização do exame de urina está relacionada à qualidade do atendimento pré-natal<sup>60</sup>.

Acredita-se ser necessária uma valorização desse exame nas rotinas dos atendimentos às gestantes de forma a conscientizar tanto as mulheres quanto os profissionais da importância deste e do efetivo acompanhamento quando uma ITU é diagnosticada. A priorização ao atendimento das gestantes nas unidades de saúde poderia também implicar em uma maior observação de indicadores como este, para posterior realização de atividades de controle, tais como a busca ativa de gestantes que tivessem realizado o exame ou daquelas que já estivessem em tratamento, para que essas mulheres efetivamente tivessem um acompanhamento junto ao serviço de saúde.

Estudo que comparou a atenção pré-natal nos anos de 2002 e 2004 apresentou como questão relevante o fato da prevalência de ITU e Sífilis ter se mantido estável na comparação entre os anos, ainda que no ano de 2004 a amostra do estudo fosse expressivamente maior<sup>21</sup>. Então, considera-se que a realização de exames laboratoriais durante a gestação é fundamental, não apenas para o adequado tratamento, mas para posterior prevenção de outras situações que possam interferir na saúde da mulher e de seu filho<sup>18</sup>.

A ocorrência de Sífilis também foi observada nos registros de três informantes desta pesquisa, no entanto a doença foi diagnosticada no pré-natal de duas destas, e na outra quando a mesma internou na maternidade. Cabe ressaltar que em apenas um dos casos foi iniciado tratamento, como seguem os relatos:

Como eu tive uma suspeita de Sífilis na gravidez, daí que deu sempre 1:2, aí eu sempre fazia esse exame de 1:2, e dava 1:2. Aí eu fazia o HC... É... Não... Eu fazia o VDRL e dava positivo. Dava reagente, né. E fazia outro que dava não reagente. Daí no hospital eles alertaram que podia ter infectado o nenê, que poderia ter tido Sífilis na gravidez. [...] Aí deram 10 dias de tratamento pra eles (bebês). (Viviana, E)  
Registro na carteira de pré-natal de duas coletas de VDRL, com ambos os resultados 1:2, e um mês entre as coletas. Registro de um exame de Imuno fluorescência direta com IGG reagente e IGM não reagente. Sem registro de tratamento antibiótico. (CPN Viviana)

Só no final da gestação que um dos meus exames deu que tava com Sífilis, daí ela me deu injeção, e pro meu marido também. (Ele) Tomou injeção também. (Jordana, E)

Registro na carteira de pré-natal de exame VDRL 1:4, com 31 semanas de gestação. Prescrição de antibioticoterapia, e orientação do parceiro na consulta com 33 semanas. (CPN Jordana)

A terceira gestante, que não consta nos relatos acima, só foi diagnosticada com Sífilis na ocasião do parto. Em virtude de seu filho ter permanecido internado na neonatologia para tratamento, é que foi possível identificar essa intercorrência na gestação. No entanto, no retorno desta mulher para sua comunidade de origem nada foi orientado em relação ao tratamento da Sífilis para ela e o companheiro, tampouco ela sabia desse diagnóstico. Outro fato agravante da situação anteriormente exposta é que o pré-natal desta gestante foi realizado junto ao hospital de referência para o alto risco, na ocasião do parto a gestante foi referenciada para outro hospital, e após todos esses atendimentos a mesma retornou para a comunidade de origem sem nenhum contato entre os serviços de saúde que a atenderam, nem com tratamento para Sífilis iniciado.

Sabe-se que a Sífilis é uma doença infecciosa transmissível que ainda representa um importante problema de saúde pública, apesar do tratamento adequado com antibioticoterapia ser eficaz e de baixo custo<sup>61-63</sup>. Além disso, estudos também têm considerado a incidência da Sífilis gestacional como um indicador da qualidade da assistência pré-natal<sup>62,64,65</sup>.

O Ministério da Saúde recomenda a realização de testes sistemáticos pelas pacientes, no mínimo duas vezes na gestação, com a finalidade de permitir que o tratamento seja finalizado até trinta dias antes do parto<sup>4</sup>. No entanto, quando o diagnóstico é feito durante a internação para o parto, é possível realizar o tratamento precoce da criança interrompendo o desenvolvimento da infecção<sup>4</sup>.

Deve-se considerar que a Sífilis, quando não tratada ou tratada inadequadamente, pode resultar em abortamentos, prematuridade e até natimortalidade<sup>63</sup>. Além disso, possui uma alta taxa de transmissão da mãe para o feto, podendo implicar em sequelas a curto e longo prazo, no desenvolvimento da criança<sup>64</sup>.

Nos casos observados, o diagnóstico de Sífilis nas mães implicou em uma média de 10 dias de internação por bebê, em virtude do não tratamento para esta infecção durante o período gestacional, ou pelo mesmo não ter sido realizado

adequadamente. Deve-se refletir não apenas sobre a perspectiva dos custos implicados para o sistema de saúde referente a essas internações que poderiam ter sido evitadas, mas sobre os aspectos que foram dificultados nesse processo de internação da criança, tais como o estabelecimento da amamentação, o vínculo mãe-bebê, e a apreensão da mãe quanto ao diagnóstico da doença e possíveis implicações para o desenvolvimento da criança. Custos esses não mensuráveis, mas que possivelmente terão repercussão no cotidiano das mães e das famílias que vivenciaram esse processo.

Estudo transversal realizado na cidade de Campo Grande constatou uma prevalência elevada de puérperas infectadas e de tratamento inadequado para a Sífilis, ressaltando a necessidade de uma reorientação na assistência pré-natal, com vistas a destacar o aspecto qualitativo dessa assistência, para então reduzir-se a transmissão vertical da doença<sup>62</sup>.

Observa-se que aspectos relacionados ao componente qualitativo do pré-natal têm figurado nas considerações de diversos estudos, e que isto pode influenciar os modos como o pré-natal pode impactar (ou não) na saúde materno-infantil. Nesse sentido, ressalta-se entre esse componente qualitativo o papel da observação atenta e da escuta a essas gestantes, que podem sinalizar ao pré-natalista informações relevantes sobre o estado de saúde das mesmas, não apenas ao tratar-se sob a perspectiva das doenças infectocontagiosas, como é possível destacar nos seguintes relatos:

Eu tava com a pressão meio alta, e eles “é normal subir um pouquinho, tu vem caminhando né”. E sempre, seguido, toda hora, eu nunca tava no meu período normal, e ele disse “Não. É normal.” [...] Porque o doutor, eu tinha pressão alta quando eu ia nas consultas, mas ele sempre dizia que era normal, que eu tava agitada. Mas sempre foi assim, alta. [...] Mas aí nas 30 semanas que começou a doideira, e aí eles começaram a ver que eu passei mal né, eu inchei mais nas últimas semanas, e aí eu comecei a cair das escadas, não conseguia subir o degrau do banheiro, que eu caia no chão [...]. Eu caí várias vezes no ônibus quando eu ia consultar, eu não aguentava, eu não conseguia me segurar, não tinha forças. E aí eu ia pro doutor, e o doutor dizia que era normal da gestação. Não é normal. [...] (Joana, E)

Não consta registro na carteira de pré-natal referente à tontura, fraqueza, ou edema. Na consulta com 13 semanas, pressão arterial registrada de 144x86mmHg, peso:77kg. Consulta com 16 semanas, pressão arterial: 142x78 mmHg, peso:77,7kg. Consulta com 28 semanas, pressão arterial: 128x80 mmHg, peso:82,6kg. Consulta com 30 semanas, pressão arterial: 134x83 mmHg, peso:83,7kg. Não constam registros de orientações de sinais de alerta para pré-eclâmpsia, tampouco de orientação sobre outro assunto. (CPN Joana)

O relato anterior refere-se a uma situação de potencial agravo à saúde que não foi considerada inicialmente pelos profissionais que realizaram o atendimento pré-natal. Reforça uma postura profissional que desmerece a escuta e desvaloriza o saber da mulher, ainda que a mesma encontre-se em uma situação de vulnerabilidade. Apesar das inúmeras queixas de tontura, fraqueza, visão borrada, entre outras, os profissionais desconsideraram a sintomatologia apontada pela gestante, visto que nem foram registradas essas situações na carteira de pré-natal da mesma.

Ainda, segundo recomendações vigentes<sup>4</sup>, quando a pressão arterial da gestante que era normotensa antes da gravidez aumenta, ainda que não em valores maiores que 140x90mmHg, esta situação é considerada como sinal de alerta, e algumas medidas devem ser orientadas pelo pré-natalista, como diminuição na ingestão de sal, realização de atividades físicas, aumento da ingestão hídrica, e controle com consultas em intervalos mais próximos<sup>4</sup>. Essas recomendações não foram observadas no caso anteriormente citado, tampouco foram consideradas e registradas as queixas da gestante, o que demonstra que a mesma não foi considerada como com potencial risco para desenvolvimento de uma hipertensão ou pré-eclâmpsia.

Ainda, ao avaliar-se o ganho de peso de Joana, observa-se que a partir das 27 semanas de gestação há um aumento de mais de quinhentas gramas por semana, o que segundo o Ministério da Saúde<sup>4</sup> deve ser considerado relevante, ainda que não ocorra elevação dos níveis tensionais, devendo esta gestante realizar consultas mais frequentes e ser considerada com risco maior para o desenvolvimento de pré-eclâmpsia.

Cabe destacar que o caso dessa informante ilustra de forma preocupante a desvalorização e desconsideração do que a gestante sente e relata. Nesse caso, especificamente, a gestante estava realizando o pré-natal em um serviço de referência para gestação de alto risco, no entanto isso não garantiu um atendimento diferenciado ou eficiente na prevenção de agravos e complicações durante a gravidez.

Nesta situação, como em situações semelhantes com outras duas informantes deste estudo, o diagnóstico de pré-eclâmpsia somente foi realizado quando a gestante necessitou de atendimento em emergência obstétrica, com

posterior internação hospitalar devido à elevação da pressão arterial, resultando em três partos prematuros.

A pré-eclâmpsia corresponde à elevação dos níveis pressóricos após a vigésima semana de gestação que se apresenta em associação com proteinúria<sup>57</sup>. Na ausência da proteinúria pode-se considerar o aumento da pressão arterial relacionando-se com sintomas como cefaleia, distúrbios visuais, dor abdominal, plaquetopenia, e aumento de enzimas hepáticas<sup>57</sup>.

Algumas dessas alterações foram relatadas pela gestante como queixas durante as consultas de pré-natal, mas tais sintomas não foram considerados suficientemente relevantes pelo profissional que a atendeu para que pudessem traduzir-se em alguma investigação, e posterior conduta em saúde por parte do pré-natalista.

Sabe-se que os distúrbios hipertensivos na gestação favorecem o nascimento de prematuros<sup>5,14,40,66</sup>, aumentam o risco para desfecho perinatal desfavorável<sup>67</sup>, além de configurarem-se como uma importante causa associada a mortalidade materna<sup>68,69</sup>. Neste contexto, ressalta-se que o diagnóstico da hipertensão na gestação, e as intervenções oportunas, podem estar relacionados à maior possibilidade de prevenir complicações para a mãe e para o bebê, quanto mais precoce for esse momento<sup>67</sup>.

Considera-se essencial a identificação do risco gestacional desde a primeira consulta, acompanhando a evolução da gestação e as modificações ocorridas, sempre reavaliando se as mesmas implicam em risco para a gestante e o conceito<sup>68</sup>.

Destaca-se também o papel do profissional que realiza o atendimento pré-natal em considerar o que a gestante relata como informação extremamente subjetiva, mas que pode conduzir o olhar do pré-natalista para que seja possível identificar, entre as características comuns das gestantes atendidas, o que é particular de cada uma e utilizar essas informações para impactar positivamente na saúde das mesmas.

Empregar o saber em saúde, e colocá-lo à disposição da mulher, requer do profissional a capacidade de dialogar francamente, de desenvolver uma aprimorada capacidade de percepção, além de muita sensibilidade<sup>4</sup>. Acredita-se que, ao ofertar essa disponibilidade para a gestante, estabeleça-se um vínculo com a finalidade de

predispor uma boa integração desta com a unidade de saúde, e beneficiar a saúde da mãe e do bebê.

Ressalta-se como fundamental que a mulher seja partícipe do seu cuidado e entenda a relevância do pré-natal para a prevenção da morbimortalidade materna e perinatal. Nesse contexto, o pré-natalista pode envolver a mulher no cuidado, informando os motivos dos exames e encaminhamentos na constituição de uma gestação saudável, para que este momento não seja apenas interpretado como uma atividade obrigatória que a gestante não entende bem o porquê. Nesse sentido, destacam-se os relatos das informantes conforme seguem:

Muitas vezes os médicos não explicavam nada, e a mãe ia pra perguntar, e mesmo assim, eles não explicavam nada. Não falavam nada com nada. Perguntava, pro doutor “É normal?”, “É normal!”, tudo era normal. Mas tem coisa que não é normal acontecer né, como o que eu passei, se eu não fosse na emergência, ia ser normal perder meu filho. (Joana, E)

Era uma só (carteira de pré-natal). Escreviam na mesma, mas mesmo assim nem olhavam. (Joana, E)

Bem, ela me examinava, a Maria, que é Enfermeira né. Ela, acho que...Que ela fazia? Ela media minha barriga, e pesava, né? Acho que era isso... E via os batimentos dele. Só. [...] A doutora era a mesma coisa, ela media minha barriga, aí via os batimentos dele, aí... Acho que é só, né? (Taciana, E)

[...] Daí no dia que eu fui na primeira consulta aqui, que ela viu que tava meio... Um negócio... Eu não sei o que era que tava baixo, daí ela me mandou pro hospital, daí eles viram que tava baixo, só que ela não me explicou o que era... aí na hora da gravidez, na hora que eu fui ganhar, daí eles viram também, que tava baixo... (Taciana, E)

É, né, eu já sentia que tava grávida, daí comecei no posto, do posto eles me mandaram pro hospital, pra fazer o pré-natal [...] Não sei te dizer por que me mandaram pro hospital. (Susana, E)

O conteúdo anteriormente relatado revela questões extremamente importantes relacionadas à interpretação que as mães fazem sobre o cuidado que receberam, bem como sobre o entendimento que tiveram sobre algumas situações ocorridas no transcorrer da gestação. As dificuldades são evidentes quando as mulheres buscam explicar fatos que ocorreram durante a gestação, como se pode observar nos relatos de Taciana e Susana, e remetem a questionamentos sobre como as ações de educação em saúde foram ofertadas para essas gestantes, e o que efetivamente as mesmas apreenderam do que lhes foi explicado durante o pré-natal.

Embora se possa relevar que muitas vezes as orientações fornecidas pelos profissionais sejam esquecidas, ou não apreendidas pelas gestantes, ressalta-se o teor negativo salientado pelas mesmas quando se referem a alguns momentos do pré-natal, bem como a falta de explicação relatada.

Essa falta de explicação por parte dos profissionais, e o descaso no tratamento das gestantes não está evidente apenas quando se observa a insuficiência do atendimento pré-natal apresentado até o momento, mas também ao observarmos todo o contexto em que se desenvolveram essas gestações.

O fato de terem nascido prematuros tardios foi o que aproximou este estudo da realidade vivida por essas mulheres, realidade essa já percebida pelas mesmas como permeada pela falta de compromisso e indiferença, como se pode observar pela fala das informantes apresentados anteriormente. Observa-se a dificuldade existente na comunicação entre gestantes e pré-natalistas. Questionam-se os papéis e interesses envolvidos nessa relação, entendendo-se que, em princípio, o profissional da saúde e a gestante têm o interesse comum de garantir a saúde da gestante e do recém-nascido, mas parece que o investimento que cada um desses está disposto a realizar para a consolidação desse interesse é um tanto limitada – limitada pela falta de diálogo, de escuta, de empatia, de vínculo, de compreensão, entre outros.

Ressalta-se que durante os atendimentos dos pré-natais aqui estudados não foram realizadas atividades educativas sob a forma de grupos de gestantes nas ESFs pesquisadas. Apesar dos grupos de gestantes configurarem-se como prática<sup>70</sup> com grande aceitação pelas gestantes e famílias, e como um espaço de troca de experiências entre as mulheres, essa vivência não foi ofertada para as mulheres que participaram deste estudo. As atividades de educação em saúde que figuram nos relatos são apresentadas a seguir:

Passaram vários vídeos. Tinha sobre amamentação e sobre o parto, parto cesárea e parto normal [...]. (Bibiana, E)

Ah, elas falavam muita coisa assim, é que eu não me lembro [...] aí teve um palestra uma ou duas vezes, se eu não me engano sobre gravidez assim, amamentação, parto, essas coisas assim, explicando... uma palestra assim, antes das consultas... (Luana, E)

Destacam-se dos relatos acima apresentados a exposição de vídeos e a realização de palestras na sala de espera como forma de realizar educação em

saúde. Acredita-se que essas duas maneiras de trabalhar assuntos em saúde somente são efetivas quando são retomados os conceitos, oportunizado o esclarecimento as dúvidas, e não apenas fornecendo informações sem a análise do que foi compreendido pelas gestantes.

Nesse sentido, as atividades de grupo podem configurar-se como momento de fortalecimento de potenciais, redução de medos, preparo para o parto e para a maternidade, enfim, é um processo passível de promover a socialização de conhecimentos e a integração entre as gestantes, famílias e a equipe de saúde<sup>70</sup>.

Então, considera-se necessário que as mulheres sejam informadas e apropriem-se de seus direitos, para que não mais aceitem tratamentos permeados por atitudes de exclusão e falta de resolutividade. A inclusão de ações de educação em saúde apresenta-se cada vez mais como alternativa para que o pré-natal não seja restrito apenas a ações clínico-obstétricas<sup>51,70</sup> e que com essas ações seja possível reduzir a assimetria na relação entre a gestante e o serviço de saúde<sup>48</sup>. Somente com a mudança de atitude dos que estão envolvidos no cuidado pré-natal é que pode ser possível garantir mais resolutividade para a saúde perinatal.

Resolutividade esta que se considera neste estudo estar relacionada aos resultados obtidos no atendimento das usuárias<sup>71</sup>. Um dos aspectos relacionado a esse conceito direciona-se ao sistema de saúde, e em como está estruturado para realizar, desde a consulta inicial ao usuário na Atenção Primária à Saúde, até a resolução de seu problema em outro nível de atenção, conforme a necessidade<sup>71</sup>.

Muito já foi falado anteriormente nesse capítulo sobre dificuldades percebidas no atendimento pré-natal das informantes deste estudo, e de algumas lacunas desse atendimento. Ainda sobre as divergências na comunicação entre pré-natalista e gestante, observa-se que, algumas vezes, o entendimento sobre a necessidade de encaminhamento para outro nível de atenção à saúde, ou à realização de algum exame complementar, não é convergente entre o profissional de saúde e a mulher que recebe o atendimento, como se destaca nos relatos:

Teve até uma vez que ele foi tentar ouvir o coração, e disse “eu não tô achando o coraçãozinho”. Eu tava com quatro meses, eu fiquei apavorada né. Como que ele não vai achar o coração? [...] Eu já saí de lá e paguei uma ecografia, só pra mim ter certeza né[...]. (Joana, E)

Eu tenho convênio [...]. Eu fiz ecografia pelo plano, e algumas consultas assim, de gripe. Em novembro eu tive com muita gripe, daí eu fui aqui no postinho e eles não quiseram me medicar além do paracetamol porque eu

tava grávida [...], daí eu fui lá no plano, daí tinha o médico, e o dia que eu fui no posto não tinha nenhum [...] daí ele me deu o antibiótico [...]. (Silvana, E)

O que é possível depreender dos relatos é que, apesar da equipe de saúde não responder a necessidade percebida pelas mulheres naquele momento, as mesmas buscam alternativas à resolução de suas demandas. Isso está em consonância com o destacado por autores<sup>22</sup> que avaliaram o PHPN e afirmam que “as gestantes usuárias do serviço público querem contar com recursos que possam diminuir seu desconhecimento em relação às condições de saúde de seu bebê e propiciar-lhes uma gestação mais tranquila”<sup>22</sup>. O estudo referido anteriormente também destacou o esforço das usuárias para a realização dos exames no pré-natal e que as mesmas, na ausência da oferta desses recursos disponibilizados pela unidade de saúde, recorriam a diversos laboratórios, ou até os realizavam mediante pagamento particular<sup>22</sup>.

Nessa lógica, estudo realizado na cidade de Campo Grande, sobre o significado do pré-natal, ressaltou que “a oferta da saúde é muito ampla e o acesso fica restrito a quem tem poder de aquisição, o que é imposição do sistema capitalista, reforçado pelo avanço tecnológico, influenciando e determinando o modo de vida das pessoas”<sup>51</sup>. Em meio ao contexto em que se realizou a citada pesquisa, observa-se que essas perspectivas repercutem tanto na esfera do acesso, como na da qualidade dos serviços em saúde.

Assim, ainda na lógica da busca pela resolução das necessidades individuais, observa-se a situação de uma das informantes que, cansada de esperar pela definição de sua demanda de saúde pelos caminhos do serviço público, procurou o atendimento particular, como segue,

Ele tem os canais entupidos né, aí a gente fez a inseminação artificial. [...] Pelo posto não, foi particular. [...] Tem uns cinco anos já o encaminhamento pelo posto. Daí eu procurei outro meio né? Daí se tem outro meio, vou ficar esperando? Ai eu paguei né. [...] Até os três meses de gravidez eles acompanharam, depois eles pediram pra eu procurar um ginecologista pra acompanhar o pré-natal né. Daí eu fiz aqui no postinho, e no hospital particular. (Viviana, E)

Em pesquisa realizada sobre acesso aos serviços de saúde na Bahia, autores<sup>72</sup> referem que a maneira como os usuários acessam os bens e serviços de saúde é delimitada pela condição socioeconômica dos mesmos, visto que, para

obter o atendimento no SUS, dependem da rede de atendimento e da organização da mesma.

Percebe-se que, apesar de algumas gestantes não possuírem condições socioeconômicas para acessarem a rede de saúde suplementar, muitas vezes as mesmas procuram obter resolutividade para os problemas enfrentados no pré-natal por meio da persistência pela busca dos serviços de saúde. Isso pode ocorrer em razão de identificarem prioridades na realização de alguns cuidados com a sua saúde, ou até para resolução de situações como a infertilidade do parceiro, como exposto no relato anteriormente citado.

No entanto, observa-se que as gestantes encontram estratégias para acessar recursos de saúde por vias próprias – e dentro do sistema – tais como a realização de exames, ecografias, como pode ser observado nas falas abaixo,

Fiz o acompanhamento no hospital também, desde o primeiro mês. Por causa que eu fazia tratamento para engravidar lá. Daí a doutora me deixou, como eu estava lá desde o início da gestação, ela preferiu me deixar lá também. [...] Mas que eu fiz mais foi eco, que eu fazia por conta própria, eu ia lá no hospital, pedia pro doutor o encaminhamento, e fazia, porque eu gostava de ver se tava tudo certinho. [...] Lá (no hospital) é mais ser te acontecer alguma coisa, tu já tá lá né, e não tem problema né. Ate porque, quando eu tive a pré-eclâmpsia eles já viram e já internaram. (Joana, E)

Eu fui fazer ecografia, porque assim, no caso, a médica não ia me pedir essa ecografia. Mas daí eu pedi pra estagiária que estava me atendendo [...] (Bibiana, E)

Eu ia (no pré-natal), e quando tinha problema ou alguma dor eu ia no hospital. [...] Daí ela assim “qualquer dor que tiver, melhor tu ir no hospital do que vim aqui”, daí eu tinha (dor), e no dia da consulta eu mostrava meus exames pra ela. Daí eu ia no hospital e ali. (Adriana, E)

Entende-se das falas acima que, a utilização do serviço terciário de atenção à saúde é uma complementação ao atendimento da atenção básica. Muitas vezes este é considerado como uma válvula de escape à qual as mulheres recorrem quando necessitam de atendimento imediato, ou simplesmente para diminuírem seu desconhecimento e anseios em relação à saúde do bebê.

Acredita-se que a valorização da atenção terciária esteja relacionada à valorização da parte técnica do pré-natal, como sendo necessários muitos exames, consultas e intervenções. Contudo, a percepção de que no hospital tudo se resolve, e que na unidade de saúde local o atendimento é repleto de pendências, acaba por

reforçar essas condutas e sobrecarregar o sistema como um todo, por vezes não garantindo qualidade de atendimento em nenhum dos dois locais.

Entretanto, e apesar de distintas opiniões expressas pelas informantes, o predomínio da preferência pelo atendimento na ESF é evidente, até mesmo na fala das informantes que utilizaram plano de saúde particular. Destaca-se o relato das informantes sobre as diversificadas vivências no atendimento da atenção básica durante a gestação, como se pode observar a seguir:

Os do posto não tão com nada, eles não tão cuidando o que tem que cuida, ainda mais o posto nosso. Temos que ir pro hospital pra ser atendido, porque ali não é atendido. O hospital cuida mais da gente, ainda mais gestantes, eles cuidam bem. (Adriana, E)

Sempre dava uma diferença né no posto e no hospital. Sempre dá uma diferença. Às vezes o doutor falava uma coisa e a doutora falava outra coisa [...] Quando eu chegava no postinho era uma atenção diferente, eles te examinam né, falam contigo, te perguntam como tu tá. E se tu chega lá no hospital, eles só te examinam e mandam tu embora, não te perguntam o que tu tá sentindo né. Devia ser o certo né, lá no hospital... (Joana, E)

A primeira consulta foi no centro clínico e me deram a carteirinha do pré-natal, daí depois eu vim mais aqui no posto, porque eu gostava mais do atendimento daqui do que de lá. (Jordana, E)

Apesar das diferentes perspectivas, pode-se depreender o conteúdo de relações interpessoais valorizado pelas mulheres, quando estas expressam a preferência pelo atendimento na unidade de saúde local. Nesse sentido, concorda-se com pesquisa realizada sobre a qualidade da consulta de enfermagem no pré-natal, na qual os autores sugerem que as mulheres satisfazem-se quando suas emoções e carências são percebidas e valorizadas, no estabelecimento da relação com o profissional que realiza o atendimento<sup>73</sup>.

Dessa forma, entende-se que o que interessa à mulher é garantir as melhores condições para a saúde de seu filho, procurando encontrar a opção que lhe conduza ao término da gestação, com o menor risco possível, e em maior segurança, ainda que para tal ela tenha que buscar diversas alternativas dentro do serviço de saúde<sup>22</sup>.

Contudo, apesar dessa mobilização individual das gestantes para garantir a utilização de alguns recursos como estratégia de melhoria nas condições de saúde e de atendimento pré-natal, ainda assim não foi possível evitar a prematuridade tardia de seus filhos. Prematuridade esta que, embora envolva causas multivariadas, está relacionada ao atendimento pré-natal<sup>66</sup>, e a sua insuficiência.

## 6 FORMULAÇÕES TEÓRICAS: A NEGLIGÊNCIA E A INSUFICIÊNCIA

Optou-se por utilizar a denominação negligência, pois esta se caracteriza como falta de cuidado, desatenção, displicência. Salieta-se que neste estudo considera-se que esta negligência não esteve somente associada ao caráter individual, tampouco ao desejo em relação a estar grávida, mas sim ao contexto social e cultural no qual as gestantes estavam inseridas.

Nesse sentido, acredita-se que conhecer os cuidados relatados pelas mulheres referentes ao período gestacional, e a maneira como utilizam o sistema de saúde, pode representar algumas das concepções que as mesmas têm sobre a gestação, sendo uma referência importante para os profissionais que trabalham com a saúde dessa população.

Entende-se que acontece uma desvalorização pelas mulheres do saber profissional em detrimento do saber leigo, uma vez que muitas das orientações fornecidas pelos profissionais são conhecidas pelas gestantes, mas não produzem práticas capazes de promover a saúde ou uma maior atenção aos cuidados que deveriam ser realizados na gestação. Esse comportamento também pode relacionar-se à concepção que estas têm do cuidado pré-natal<sup>51</sup> e aos significados e representações advindos dos contextos culturais nos quais estão inseridas<sup>74</sup>.

A gestante valoriza o caráter empático com o qual é tratada, e o mesmo é fator que interfere em sua adesão ao atendimento pré-natal<sup>75</sup>. Mesmo que a mulher considere as consultas e exames do pré-natal como cuidados importantes a serem realizados, ela entende que ser acolhida e escutada é fundamental para que se estabeleça a confiança no profissional que a está atendendo. Então, ao afirmar-se que a negligência não está somente vinculada ao componente que culpabiliza o indivíduo, considera-se que as características relacionais estão presentes em todo esse processo.

Além disso, para as informantes desse estudo, a gestação configurou-se como um momento natural e inerente à vida das mulheres, momento muitas vezes desejado, que implica em mudanças fisiológicas e psicológicas, mas que deve ser enfrentado como algo pelo qual as mulheres devem passar, bem como vivenciar as alterações advindas desse período<sup>46</sup>.

Ao naturalizarem o processo da gestação, seja por entenderem que gravidez não é um agravo de saúde, seja por escutarem do profissional de saúde que realiza

o atendimento pré-natal que muitas das alterações que ocorrem durante a gestação são provenientes de todo esse processo, acredita-se que as mulheres acabam por desvalorizar alguns sinais e sintomas de potenciais complicações da gestação, impactando na saúde tanto delas quanto de seus filhos.

Outro aspecto a ser considerado na efetivação de cuidados pré-natais adequados pelas gestantes é que estes implicariam em mudanças ou até em interrupção no curso de suas atividades cotidianas<sup>76</sup>. No entanto, uma vez que há o entendimento de que gestação não é doença, e que os atendimentos de saúde são permeados pela lógica do aspecto curativo da atenção em saúde, as gestantes procuram os serviços prioritariamente quando tem uma demanda específica não resolvida, como algum sinal ou sintoma de desconforto, para conseguir uma solicitação de ecografia, para esclarecer dúvidas, entre outros.

A lógica da promoção à saúde pouco é entendida por essas mulheres, haja vista que essa lógica muitas vezes também é pouco efetivada pelos profissionais que realizam o atendimento pré-natal.

Estudo<sup>17</sup> sobre a inadequação do uso da atenção pré-natal pelas mulheres destaca a maior probabilidade das mães multíparas darem menor importância ao atendimento pré-natal em razão de sentirem-se mais seguras durante a gestação devido à experiência prévia. No presente estudo, apesar de praticamente metade das informantes serem primíparas, corrobora-se com o anteriormente apresentado e entende-se que as relações familiares são uma rede de suporte para as gestantes<sup>76</sup>, sejam primíparas ou multíparas, havendo troca de experiências e compartilhamento de conhecimentos que são tidos como legitimados em detrimento das orientações dos profissionais de saúde.

Nessa lógica reforça-se o papel do profissional de saúde em prover um cuidado pré-natal centrado nas necessidades individuais, e baseado na cultura da comunidade em que a gestante está inserida<sup>46</sup>, para assim poder colaborar com a promoção da saúde dessa mulher.

Ainda que o profissional da saúde tenha um saber legitimado perante a sociedade, e se utilize de diversas tecnologias para reafirmá-lo, há de considerar o saber empírico dessas mulheres no processo de gestão da sua própria saúde, da saúde de sua família, e da comunidade em que estão inseridas<sup>77</sup>, pois em muitos momentos os serviços de saúde não são efetivos em prover o cuidado que estas demandam.

Considera-se demasiadamente fácil responsabilizar essas mulheres pela falta de cuidados ou pela má adesão ao pré-natal, entretanto, salienta-se a necessidade emergente de retomarem-se algumas questões com os profissionais que realizam esse atendimento, como forma de possibilitar a uma reflexão sobre o trabalho que estão realizando.

O Ministério da Saúde<sup>4</sup> destaca que o comprometimento da atenção pré-natal no País e a qualificação dos profissionais que atuam nesse contexto ainda é um desafio, e aponta como necessário aos profissionais o resgate dos significados essenciais das condutas diagnósticas e terapêuticas para além da perspectiva biologicista. Percebe-se que as considerações do Ministério da Saúde<sup>4</sup> anteriormente apresentadas e a existência das mesmas em manuais oficiais que orientam a atenção pré-natal no país fazem-se necessárias, pois ainda existem muitas dificuldades envolvidas nesse processo e que prejudicam a qualificação da saúde materno-infantil em nosso País.

Nesse estudo observaram-se diversificadas situações que comprometeram a saúde das gestantes, tais como as doenças por elas desenvolvidas e não adequadamente diagnosticadas, tratadas e acompanhadas (como pré-eclâmpsia, Sífilis e ITU); a dificuldade na solicitação, acesso e resultados dos exames em tempo oportuno; a inexistência de articulação entre os serviços que realizam atendimento pré-natal sob a ótica da referência e contrarreferência; a falta de continuidade no atendimento pré-natal; a dificuldade na realização da busca ativa das gestantes (mesmo quando as mesmas têm risco gestacional diagnosticado como maior que o habitual); a não valorização da escuta pelo profissional de saúde no atendimento a essas gestantes; entre tantas outras condições que ocorreram.

É neste contexto apresentado que surge a insuficiência do atendimento pré-natal vivenciada pelas informantes desse estudo. Insuficiência esta que se refere à falta de qualidade, à função inadequada e pouco resolutiva de um atendimento que deveria ser direito garantido às gestantes.

O serviço de saúde, como instância legitimada pelas pessoas como local no qual a doença é explicada, por vezes comete erros, demora em prestar atendimento, ou até fornece informações errôneas para seus usuários, no entanto continua com sua legitimidade quase que inabalada<sup>77</sup>.

O profissional de saúde, ao não se colocar como parte responsável pela saúde da população que atende, com uma postura não disponível para acolher e

escutar a gestante, acaba por impedir a vinculação dessa mulher ao serviço de saúde. A habilidade empática dos profissionais de saúde em compreenderem a realidade dessas comunidades deve ser estimulada e desenvolvida<sup>4</sup>.

A estrutura de ESF prevê a estruturação dos serviços de saúde mais próxima dos usuários e comunidade, e tem como compromisso a atenção integral e resolutive a população<sup>78</sup>. No entanto observa-se uma lógica ainda assistencialista na qual os profissionais de saúde ainda permanecem restritos aos seus locais de trabalho, com agendas bem delimitadas, aguardando as demandas da população, e não pensando ações específicas e direcionadas para as particularidades e prioridades das comunidades nas quais estão inseridos.

Além disso, as posturas e condutas de muitos profissionais da área da saúde ainda incorporam a lógica da transmissão do saber, no qual estes são detentores desses conhecimentos e, muitas vezes por meio de atitudes onipotentes, acabam confrontando o que os usuários do serviço de saúde acreditam e tem como verdade<sup>79</sup>.

Acredita-se que a questão da falta de qualidade no pré-natal observada nesse estudo esteja relacionada não só às dificuldades de comunicação entre gestantes e pré-natalistas como anteriormente exposto, mas também relacionada à qualificação dos profissionais que realizam esses atendimentos. Isto também pode estar relacionado com as motivações desses profissionais em realizarem esses atendimentos, suas aproximações e qualificações na área materno-infantil, visto que as diretrizes da atenção pré-natal no País, e em específico da cidade de Porto Alegre, estão bem documentadas e disponíveis para o acesso de todos que se interessarem.

Espera-se contextualizar que nesse estudo muitos foram os fatores que contribuíram para o nascimento desses prematuros tardios, e que estes devem ser entendidos como nascimentos decorrentes de uma sequência de negligências e insuficiências no transcorrer do pré-natal dessas mulheres. Entender que esses nascimentos não são uma causalidade, fatalidade, ou herança de família, é parte fundamental para que tanto o serviço de saúde quanto as gestantes percebam suas respectivas responsabilidades, e a partir de então sejam possíveis articulações para mudanças de atitudes.

## 7 CONSIDERAÇÕES E RECOMENDAÇÕES

Desenvolver esta pesquisa constituiu-se como desafio desde sua concepção, até a redação desta dissertação, exigindo dedicação, e diversos momentos de desconstrução e reconstrução ao longo do caminho. Identificar na comunidade as mães e os prematuros tardios configurou-se como dificuldade inicial devido à invisibilidade destas crianças frente ao serviço de saúde, e a pouca percepção de que o nascimento desses prematuros tardios relaciona-se a diversos componentes, os quais incluem os atendimentos de pré-natal.

Conhecer o atendimento de pré-natal das mães de prematuros tardios junto aos serviços de saúde configurou-se como uma possibilidade de refletir sobre o contexto no qual esses nascimentos aconteceram, e para vislumbrar possibilidades de intervenção aplicáveis a essas realidades.

Ao analisarem-se os relatos das informantes e as carteiras de pré-natal identificaram-se algumas situações clínicas que possivelmente favoreceram a prematuridade tardia, tais como a oligodrâmnia, a ruptura prematura de membranas amnióticas, a pré-eclâmpsia, a Sífilis, a infecção do trato urinário, e o descolamento prematuro da placenta. Acredita-se que a efetivação de estratégias como o reconhecimento do risco gestacional desde a identificação da gravidez, a captação precoce, a busca ativa, o acolhimento, e a vinculação da mulher sejam possíveis para minimizar tais ocorrências.

Observou-se que há um distanciamento entre as orientações que deveriam ser seguidas no pré-natal, e as que realmente são, caracterizando o modo individual dessas mães experienciarem esse processo. A noção de que cuidados eram necessários esteve explícita nos relatos das mulheres, mas isso não implicou em práticas que refletissem na mudança dos hábitos individuais.

Em meio a esse contexto, também se constatou que as gestantes encontram estratégias para acessar recursos de saúde por vias próprias, dentro do sistema ou por intermédio da saúde suplementar, com o objetivo de resolverem demandas de saúde percebidas no transcorrer da gestação, tais como a realização de exames, consultas, e ecografias. No entanto, ressalta-se que, muitas vezes essas demandas não são entendidas pelo profissional de saúde que realiza o atendimento pré-natal como uma necessidade dessa mulher.

Ainda, no que se refere ao atendimento pré-natal em si, observou-se que a captação precoce das mulheres grávidas não é efetivamente realizada, embora seja recomendado pelo Ministério da Saúde, como uma das atividades da equipe de saúde da atenção básica, que determina a necessidade da equipe conhecer em sua área adscrita mulheres em idade fértil e realizar a busca ativa de gestantes<sup>4</sup>.

Dessa forma, questiona-se como as ações e orientações referentes ao pré-natal vêm sendo pensadas e operacionalizadas nas unidades de saúde. Considera-se que, apesar da prematuridade tardia envolver causas multivariadas, neste estudo esteve relacionada à qualidade do atendimento pré-natal.

No entanto, apesar de muito já se ter progredido no que tange a saúde materno-infantil do País, acredita-se ainda ser longo o caminho a percorrer para que a saúde não seja considerada apenas uma resposta a condicionantes individuais, mas o resultado de um contexto que envolve moradia, saneamento, acesso a bens e serviços, acesso à saúde, entre outros, incluindo-se as ações do profissional que realiza o atendimento.

Ressalta-se que os profissionais da saúde envolvidos na atenção pré-natal podem (e devem) estar comprometidos com a saúde das mulheres que procuram o serviço, para que seja possível além de captar essas mulheres, estabelecer um vínculo que as aproxime dos serviços de saúde.

Sabe-se que, a despeito dos dados oficiais revelarem um aumento no número de consultas pré-natais no País, muito ainda pode ser aprimorado em relação à qualidade dos atendimentos em saúde, dos registros por parte dos profissionais, e das informações que são ofertadas às gestantes e suas famílias. Para tal, reitera-se a importância de qualificar os profissionais que atuam junto às unidades de saúde, seja em ESFs, ou em locais de atendimento de maior complexidade, como os hospitais.

Diante do exposto anteriormente e dos dados das informantes do estudo que vivenciaram o nascimento de um prematuro tardio, reforça-se a relevância da qualificação do atendimento pré-natal para a diminuição dos fatores de risco que contribuem para prematuridade em geral e especificamente para a prematuridade tardia.

Entende-se que uma estratégia extremamente relevante para a qualificação da atenção pré-natal relaciona-se à educação em saúde. O pré-natalista, ao utilizar estratégias educacionais para compartilhar conhecimentos sobre saúde com as

gestantes e abordar assuntos e dúvidas apontadas pelas mesmas como relevantes, realiza um cuidado que considera as perspectivas individuais, e não um cuidado no qual o profissional da saúde se coloca como único detentor do saber.

Considera-se a escuta ativa como uma estratégia a ser utilizada nesse contexto que permite ao profissional conhecer os aspectos culturais que interferem na vinculação dessa gestante ao serviço de saúde, e que pode fornecer subsídios para a realização de um cuidado mais empático, o qual oportuniza a mulher expor suas necessidades e dificuldades sem se sentir culpabilizada pelo profissional da saúde.

Acredita-se que a educação em saúde deve ser realizada no pré-natal tanto sob a forma de grupos como durante as consultas individuais, e que o objetivo dessa iniciativa deve ser o de contribuir para a autonomia da mulher, para que esta possa estar informada sobre sua saúde, seus direitos, e sobre a melhor maneira de efetivar seu cuidado não só durante a gravidez, mas também para além desse período.

Outro aspecto relevante, para que as orientações fornecidas pelo profissional da saúde traduzam-se em reflexão e práticas benéficas ao cuidado pré-natal, refere-se à inclusão da família no acompanhamento dos atendimentos realizados pelos profissionais de saúde.

A família constitui-se como referência legitimada pelas mulheres para sanar dúvidas e resolver muitas das demandas percebidas como decorrentes da gestação. Uma vez que esta família não é acolhida e convidada a participar conjuntamente com a mulher dos atendimentos pré-natais, desconsidera-se o potencial que esta tem para auxiliar os profissionais na promoção de cuidados mais adequados para a saúde da mãe da criança.

Destaca-se a importância da realização de atividades educativas e de aproximação entre os profissionais das Estratégias de Saúde da Família e as comunidades nas quais as gestantes estão inseridas, para que seja possível por parte desses profissionais compreender parte das variáveis que intervêm no cuidado individual e familiar, e que impactam positiva ou negativamente na saúde da população.

Entende-se que, além da qualificação no que tange a aspectos de relações de interpessoais, como vínculo e empatia por parte dos profissionais, emergem neste estudo questões de ordem técnica muito relevantes, que contribuiriam para as intercorrências apresentadas pelas mulheres na gestação. Salienta-se a importância

da realização de atividades de capacitação sistemáticas ou de educação permanente que possibilitem aos profissionais refletir sobre as habilidades e competências técnicas necessárias na realização de um atendimento pré-natal de qualidade, e impliquem em uma mudança de paradigma que possa fazer os profissionais sentirem-se corresponsáveis pelas atitudes de cuidado que realizam no cotidiano de seu fazer em saúde.

Julga-se necessária uma maior integração tanto entre os membros da equipe que realiza o atendimento pré-natal, como entre estes e os locais de referência para os quais as gestantes são encaminhadas. Observa-se que há pouco diálogo entre profissionais que trabalham em um mesmo contexto de ESF, e que o diálogo com os profissionais dos locais destinados ao atendimento de referência praticamente inexistente. Essas lacunas na comunicação acabam por prejudicar o elo mais frágil nesse contexto – que é a gestante – prejudicam quando uma pré-eclâmpsia não é prevenida, quando uma infecção do trato urinário não é tratada, quando uma sífilis não é diagnosticada e tratada, quando um prematuro tardio não é reconhecido e é considerado como um recém-nascido a termo, entre tantas outras lacunas no cuidado analisado que implicam em prejuízos as mães, crianças e ao sistema de saúde como um todo.

Acredita-se no papel do enfermeiro em meio a esse contexto, como profissional capaz de intervir nesse processo e promover um cuidado mais adequado e direcionado ao cenário em que a mulher vivencia essa gestação. O enfermeiro deve consolidar-se como um elo integrador de práticas que fortaleçam e potencializem as ações e cuidados no atendimento pré-natal, exercendo o papel de escutar as demandas da gestante e transformá-las em um cuidado culturalmente centrado e que priorize a educação em saúde e a autonomia dos envolvidos.

Ressalta-se que este estudo suscitou inquietações e que, embora tenha trabalhado com nascimentos de prematuros já ocorridos, acredita-se que sua discussão e análise contribuam para minimizar as consequências advindas da ocorrência da prematuridade tardia.

Pode-se mencionar como limitação deste estudo a utilização do cartão da gestante como um dos métodos de coleta de dados sobre o atendimento pré-natal, visto que se observou ausência nos registros de diversas informações. No entanto, utilizaram-se também os relatos das gestantes em diversas situações para confirmação de tais informações.

Finalmente, constata-se a amplitude da temática, a qual foi abordada em apenas pequena parcela de sua complexidade, constituindo-se como tema recorrente, atual e relevante para estudos futuros, pois se compreende ainda haver muito a ser feito. Salienta-se que comprometer apenas um elo da cadeia envolvido em todo esse processo não é suficiente, uma vez que todos devem ser envolvidos, sejam gestantes, profissionais e poder público, com a finalidade de impulsionar positivamente a saúde materno-infantil e seus indicadores.

## REFERÊNCIAS

- 1 Barros FC, Victora CG, Matijasevich A, Santos IS, Horta BL, Silveira MF, et al. Preterm births, low birth weight, and intrauterine growth restriction in three birth cohorts in Southern Brazil: 1982, 1993 and 2004. *Cad Saude Publica*. 2008; 24: 390-398.
- 2 Freitas F, Martins-Costa SH, Ramos JGL, Magalhães JA. *Rotinas em Obstetrícia*. Porto Alegre: Artmed; 2007.
- 3 World Health Organization. *Born too soon: the global action report on preterm birth*. Geneva: World Health Organization; 2012.
- 4 Ministério da Saúde. *Atenção ao pré-natal de baixo risco*. Brasília: Ministério da Saúde; 2012.
- 5 Assis TR, Viana FP, Rassi S. Estudo dos principais fatores de risco maternos nas síndromes hipertensivas da gestação. *Arq Bras Cardiol*. 2008; 91(1): 11-17.
- 6 Silveira MF, Victora CG, Barros AJD, Santos IS, Matijasevich A, Barros FC. Determinants fo preterm birth: Pelotas, Rio Grande do Sul State, Brazil, 2004 birth cohort. *Cad Saude Publica*. 2010; 26(1): 185-194.
- 7 Jobim R, Aerts D. Mortalidade infantil evitável e fatores associados, em Porto Alegre, Rio Grande do Sul, 2000-2003. *Cad Saúde Pública*. 2008; 24(1): 179-89.
- 8 Silveira MF, Santos IS, Barros AJD, Matijasevich A, Barros FC, Victora CG. Aumento da prematuridade no Brasil: revisão de estudos de base populacional. *Cad Saude Publica*. 2008; 42(5): 957-64.
- 9 Carvalho HMB. O recém-nascido pré-termo tardio: os desafios. *Rev Saúde Criança Adolesc*. 2011; 3(1): 14-18.
- 10 Mello RR, Dutra MVP, Ramos JR, Daltro P, Boechat M, Lopes JMA. Neonatal risk factors for respiratory morbidity during the first year of life among premature infants. *São Paulo Med J*. 2006; 124(2): 77-84.
- 11 Isotani SM, Azevedo MF, Chiari BM, Perissinoto J. Linguagem expressiva de crianças nascidas pré-termo e termo aos dois anos de idade. *Pro Fono*. 2009; 21(2): 155-60.

12 Coelli AP, Nascimento LR, Mill JG, Molina MCB. Prematuridade como fator de risco para pressão arterial elevada em crianças: uma revisão sistemática. *Cad Saúde Pública*. 2011; 27(2): 207-18.

13 Santos IS, Matijasevich A, Silveira MF, Sclowitz IKT, Barros AJD, Victora CG, et al. Associated factors and Consequences of late preterm births: results from the 2004 Pelotas birth cohort. *Pediatric and Perinatal Epidemiology*. 2008; 22(4): 350–359.

14 McIntire DD, Leveno KJ. Neonatal mortality and morbidity rates in late preterm births compared with births at term. *Obstet Gynecol*. 2008; 111(1): 35-41.

15 Procianoy RS. Prematuros tardios: epidemiologia e problemas mais comuns. In: Margotto PR. *Anais do 34º Congresso Brasileiro de Pediatria*; 2009 8-12 Out.; Brasília. 2009.

16 Piccini RX, Facchini LA, Tomasi E, Thumé E, Silveira DS, Siqueira FV, et al . Efetividade da atenção pré-natal e de puericultura em unidades básicas de saúde do Sul e do Nordeste do Brasil. *Rev Bras Saude Mater Infant*. 2007; 7(1): 75-82.

17 Coimbra LC, Silva AAM, Mochel EG, Alves MTSSB, Ribeiro VS, Aragão VMF, et al . Fatores associados à inadequação do uso da assistência pré-natal. *Rev Saude Publ*. 2003; 37(4): 456-462.

18 Anversa ETR, Bastos GAN, Nunes LN, Dal Pizzol TS. Qualidade do processo da assistência pré-natal: unidades básicas de saúde e unidades de Estratégia Saúde da Família em município no Sul do Brasil. *Cad Saude Publica*. 2012; 28(4): 789-800.

19 Gonçalves R, Urasaki MBM, Merighi MAB, D'Avila CG. Avaliação da efetividade da assistência pré-natal de uma Unidade de Saúde da Família em um município da Grande São Paulo. *Rev Bras Enfer*. 2008; 61(3): 349-353.

20 Silveira DS, Santos IS, Costa JSD. Atenção pré-natal na rede básica: uma avaliação da estrutura e do processo. *Cad Saude Publica*. 2001; 17(1): 131-139.

21 Coutinho T, Monteiro MFG, Sayd JD, Teixeira MTB, Coutinho CM, Coutinho LM. Monitoramento do processo de assistência pré-natal entre as usuárias do Sistema Único de Saúde em município do Sudeste brasileiro. *Rev Bras Gineco. Obstet*. 2010; 32(11): 563-569.

- 22 Almeida CAL, Tanaka OY. Perspectiva das mulheres na avaliação do Programa de Humanização do Pré-Natal e Nascimento. Rev Saude Publ. 2009; 43(1): 98-104.
- 23 Gomes MAM. Organização da assistência perinatal no Brasil. In: Moreira MEL, Lopes JMA, Carvalho M, organizadores. O recém-nascido de alto risco: teoria e prática de cuidar. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2004. 21-48.
- 24 Ministério da Saúde. Assistência Integral à Saúde da Mulher: bases de ação programática. Brasília: Centro de Documentação do Ministério da Saúde; 1985.
- 25 Laurenti R. Objetivos de desenvolvimento do milênio. Rev Assoc Med Bras. 2005; 51(1): 3-4.
- 26 Ministério da Saúde. Portaria n.º 569/GM, de 1 de junho de 2000. Brasília: Ministério da Saúde; 2000.
- 27 Ministério da Saúde. Programa de Humanização do Parto: humanização no pré-natal e nascimento. Brasília: Ministério da Saúde. 2002.
- 28 Ministério da Saúde. Pré-natal e Puerpério: atenção qualificada e humanizada – manual técnico. Brasília: Ministério da Saúde; 2005.
- 29 Vettore M, Lamarca G. Atenção pré-natal no Brasil: uma questão de oferta, de acesso ou de escolaridade materna? In: Centro de Estudos, Políticas e Informação sobre Determinantes Sociais da Saúde da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca da Fundação Oswaldo Cruz [homepage na internet]. Determinantes Sociais em Saúde: portal e observatório sobre as desigualdades em saúde. [acesso em Dezembro de 2012]; disponível em:<http://dssbr.org/site/2012/05/atencao-pre-natal-no-brasil-uma-questao-de-oferta-de-acesso-ou-de-escolaridade-materna/>
- 30 Ministérios da Saúde. Nascidos vivos no Rio Grande do Sul. In: Sistema de informações sobre nascidos vivos – SINASC – 2010 [homepage na internet]. [acesso em 10 Fev de 2013]. Disponível em:<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/deftohtm.exe?sinasc/cnv/nvuf.def>
- 31 Ministério da Saúde. Portaria n.º 1.459, de 24 de junho de 2011. Brasília: Ministério da Saúde; 2011.

32 Prefeitura Municipal de Porto Alegre. Pré-natal adequado. In: Observatório da Cidade de Porto Alegre [homepage na internet]. [acesso em 10 Fev de 2013]. Disponível em: <http://portoalegremanalise.procempa.com.br/?modulo=analises&p=1,3,0h>

33 Hoepfer D, Lonzetti JO, Schimidt NS, Torres MQD. Secretaria Municipal de Saúde. Diretrizes de assistência ao pré-natal de baixo risco. Porto Alegre: Prefeitura Municipal de Porto Alegre; 2012.

34 Tonse NK, Raju DCH. Epidemiology of late preterm (near-term) births. Clin Perinatol. 2006; 33: 751-763.

35 Santos GFN. Prematuridade tardia: a nova epidemia. Nascere e Crescer. 2010; 9(3): 204-6.

36 Davidoff MJ, Dias T, Damus K, Russell R, Bettegowda VR, Dolan S, Schwarz RH, et al. Changes in the gestational age distribution among U.S. singleton births: impact on rates of late preterm birth, 1992 to 2002. Semin Perinatol. 2006; 30(1): 8-15.

37 Godinho C. Prematuridade tardia: experiência da Maternidade Júlio Diniz. Nascere e Crescer. 2010; 9(3):207-9.

38 Samra HA, McGrath JM, Wehbe M. An integrated review of developmental outcomes and late-preterm birth. J Obstet Gynecol Neonatal Nurs. 2011; 40(4):399-411.

39 Polit DF, Beck CT, Hungler BP. Fundamentos de pesquisa em enfermagem: métodos, avaliação e utilização. 5.ed. Porto Alegre: ArtMed; 2004.

40 Gil AC. Como elaborar projetos de pesquisa. 4 ed. São Paulo: Atlas; 2002.

41 Gil, AC. Métodos e técnicas de pesquisa social. 6 ed. São Paulo: Atlas, 2008.

42 Douglas MK, Kemppainen JK, McFarland MR, Papadopoulos I, Ray MA, Roper JM, et al. Chapter 10: Research Methodologies for Investigating Cultural Phenomena and Evaluating Interventions. J Transcult Nurs. 2010; 21(S4): 373S-405S.

43 Gibbs G. Análise de dados qualitativos. Porto Alegre: ArtMed; 2009.

44 Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 196/96. Brasília; 1996.

45 Costa ES, Pinon GMB, Costa TS, Santos RCA, Nóbrega AR, Sousa LB. Alterações fisiológicas na percepção de mulheres durante a gestação. Rev Rene Fortaleza. 2010; 11(2): 86-93.

46 Baruffi LM. O cuidado cultural à gestação: uma contribuição para a humanização. Porto Alegre. Dissertação [Mestrado em Enfermagem] – Escola de Enfermagem da UFRGS; 2004.

47 Oliveira DLLC (Org.). Enfermagem na gravidez, parto e puerpério: notas de aula. Porto Alegre: Editora da UFRGS; 2005.

48 Mendoza-Sassi RA, Cesar JA, Ulmi EF, Mano OS, Dall’Agnol MM, Neumann NA. Avaliando o conhecimento sobre pré-natal e situações de risco à gravidez entre gestantes residentes na periferia da cidade de Rio Grande, Rio Grande do Sul, Brasil. Cad Saude Publica. 2007; 23(9): 2157-2166.

49 Morais EN, Alflen TL, Spara P, El Beitune P. Momento e frequência das visitas de Pré-Natal: repercussões sobre os nascimentos pré-termo. Rev Bras Ginecol Obstet. 1998; 20(1): 25-32.

50 Landerdahl MC, Ressel LB, Martins LB, Cabral FB, Gonçalves MO. A percepção de mulheres sobre atenção pré-natal em uma unidade básica de saúde. Esc Anna Nery R Enferm. 2007; 11(1): 105-11.

51 Duarte SJH, Andrade SMO. O significado do pré-natal para mulheres grávidas: uma experiência no município de Campo Grande, Brasil. Saude soc. 2008; 17(2): 132-9.

52 Rabello MSC, Barros SMO. Aspectos clínicos e epidemiológicos da prematuridade em um Centro de Parto Normal. Einstein (Sao Paulo). 2011; 9(4): 483-8.

53 Costa AM, Guilhem D, Walter MIMT. Atendimento a gestantes no Sistema Único de Saúde. Rev Saude Publica. 2005; 39(5): 768-774.

54 Carvalho VCP, Araújo TVB. Adequação da assistência pré-natal em gestantes atendidas em dois hospitais de referência para gravidez de alto risco do Sistema

Único de Saúde, na cidade de Recife, Estado de Pernambuco. Rev Bras Saude Mater Infant. 2007; 7(3): 309-317.

55 Buchabqui JA, Capp E, Ferreira J. Adequação dos encaminhamentos de gestações de alto-risco na rede básica de atenção à saúde de Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil. Rev Bras Saude Mater Infant. 2006; 6(1): 23-29.

56 Gonçalves CV, Cesar JA, Mendoza-Sassi RA. Qualidade e equidade na assistência à gestante: um estudo de base populacional no Sul do Brasil. Cad Saude Publica. 2009; 25(11): 2507-2516.

57 Ministério da Saúde. Gestação de alto risco: manual técnico. Brasília: Ministério da Saúde. 2010.

58 Bonilha ALL, Schmalfluss JM, Moretto VL, Lipinski JM, Porciuncula MB. Capacitação participativa de pré-natalistas para a promoção do aleitamento materno. Rev Bras Enferm. 2010; 63(5):811-6.

59 Duarte G, Marcolin AC, Gonçalves CV, Quintana SM, Berezowski AT, Nogueira AA, et al . Infecção urinária na gravidez: análise dos métodos para diagnóstico e do tratamento. Rev Bras Ginecol Obstet. 2002; 24(7): 471-477.

60 Silveira MF, Barros AJD, Santos IS, Matijasevich A, Victora CG. Diferenciais socioeconômicos na realização de exame de urina no pré-natal. Rev Saude Publ. 2008; 42(3): 389-395.

61 Rodrigues CS, Guimarães MDC. Positividade para sífilis em puérperas: ainda um desafio para o Brasil. Rev Panam Salud Publica. 2004;16(3):168–75.

62 Figueiró-Filho EA, Gardenal RVC, Assunção LA, Costa GR, Periotto CRL, Vedovatte CA, et al. Sífilis congênita como fator de assistência pré-natal no município de Campo Grande – MS. J Bras Doenças Sex Transm. 2007; 19(3-4): 139-143.

63 Campos ALA, Araújo MAL, Melo SP, Gonçalves MLC. Epidemiologia da sífilis gestacional em Fortaleza, Ceará, Brasil: um agravamento sem controle. Cad Saude Publica. 2010; 26(9): 1747-1755.

64 Leitão E JL, Canedo MCM, Furiatti MF, Oliveira LRS, Diener LS, Lobo MP, et al. Sífilis gestacional como indicador da qualidade do pré-natal no Centro de Saúde n.º2 Samambaia-DF. *Com Ciencias Saude*. 2009; 20(4): 307-314.

65 Araújo MAL, Silva DMA, Silva RM, Gonçalves MLC. Análise da qualidade dos registros nos prontuários de gestantes com exame de VDRL reagente. *Rev APS*. 2008; 11(1): 4-9.

66 Silva AMR, Almeida MF, Matsuo T, Soares DA. Fatores de risco para nascimentos pré-termo em Londrina, Paraná, Brasil. *Cad Saude Publica*. 2009; 25(10): 2125-2138.

67 Oliveira CA, Lins CP, Sá RAM, Netto HC, Bornia RG, Silva NR, et al . Síndromes hipertensivas da gestação e repercussões perinatais. *Rev Bras Saude Mater Infant*. 2006; 6(1): 93-98.

68 Calderon IMP, Cecatti JG, Vega CEP. Intervenções benéficas no pré-natal para prevenção da mortalidade materna. *Rev Bras Ginecol Obstet*. 2006; 28(5): 310-315.

69 Soares VMN, Souza KV, Freygang TC, Correa V, Saito MR. Mortalidade materna por pré-eclâmpsia/eclâmpsia em um estado do Sul do Brasil. *Rev Bras Ginecol Obstet*. 2009; 31(11): 566-573.

70 Zampieri MFM, Gregório VRP, Custódio ZAO, Regis MA, Brasil C. Processo educativo com gestantes e casais grávidos: possibilidade para transformação e reflexão da realidade. *Texto Contexto Enferm*. 2010; 19(4): 719-727.

71 Turrini RNT, Lebrão ML, Cesar CLG. Resolutividade dos serviços de saúde por inquérito domiciliar: percepção do usuário. *Cad Saude Publica*. 2008; 24(3): 663-674.

72 Assis MMA, Villa TCS, Nascimento MAA. Acesso aos serviços de saúde: uma possibilidade a ser construída na prática. *Cienc Saude Colet*. 2003;8(3): 815-823.

73 Lima YMS, Moura MAV. Consulta de Enfermagem pré-natal: a qualidade centrada na satisfação da cliente. *Rev Pesq Cuidado Fund*. 2005; ano 9 (1/2): 93-9.

74 Iserhard ARM, Budo MLD, Neves ET, Badke MR. Práticas culturais de cuidados de mulheres mães de recém-nascidos de risco do sul do Brasil. *Esc Anna Nery*. 2009; 13(1): 116-122.

75 Vieira SM, Bock LF, Zocche DA, Pessota CU. Percepção das puérperas sobre a assistência prestada pela equipe de saúde no pré-natal. *Texto Contexto Enferm.* 2011; 20(esp):255-262.

76 Bonilha ALL, Stefanelli MC. Criança miúda: o cotidiano do cuidar no contexto familiar. *Rev Gaucha Enferm.* 1999; 20(esp):22-36.

77 Pereira WR. Poder, violência e dominação simbólicas nos serviços públicos de saúde. *Texto Contexto Enferm.* 2004;13(3):391-400.

78 Barbosa TLA, Gomes LMX, Dias OV. O pré-natal realizado por enfermeiros: a satisfação das gestantes. *Cogitare Enferm.* 2011;16(1):29-35.

79 Gouvea TVD, Faria PFM, Nascimento AVS, Firmo FHC, Santos DDG. Sífilis na gravidez: relato de (des)caso. *Rev Flu Med* 2012;36-77(1-2):36-39.

## APÊNDICE A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA AS MÃES

Você está sendo convidada a participar da pesquisa: **O cuidado leigo e profissional na prematuridade: fatores culturais relacionados ao período gestacional e pós-natal** que pretende conhecer como acontece o cuidado das crianças que nasceram antes do final esperado para a gestação e o cuidado que suas mães tiveram durante a gestação. A sua participação poderá contribuir para a melhoria da qualidade do atendimento à mulher e a criança, não havendo qualquer risco envolvido. Você responderá algumas perguntas e anotações sobre você e seu bebê, conhecer como foi o seu atendimento desde o pré-natal, além de consultar algumas informações em seu prontuário e em sua carteira de pré-natal e carteira de saúde do seu filho(a), sendo as mesmas fotografadas. Suas respostas serão gravadas em gravador digital. Esta entrevista terá duração em torno de 30 minutos. Posteriormente, iremos entrevistá-la novamente, em seu domicílio, no período de 90 e de 180 dias, para saber sobre a saúde do seu filho. As entrevistas serão passadas para o papel e após serão apagadas do gravador e ficarão guardadas em papel por cinco anos pelas as pesquisadoras. O seu nome não será divulgado em tudo que for dito e utilizado pela pesquisa. Pedimos licença para poder anotar alguns dados observados sobre a pesquisa. Os resultados do estudo serão apresentados de forma que não seja possível identificar as pessoas que dele participaram e as informações aqui obtidas serão utilizadas apenas para fins de pesquisa.

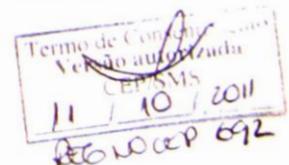
Você tem direito de pedir outros esclarecimentos sobre a pesquisa e pode se recusar a participar ou até desistir de participar, se assim desejar, sem qualquer prejuízo na sua relação ou do seu bebê com o serviço de saúde. É importante lhe informar que não haverá nenhuma forma de reembolso financeiro, já que com a participação na pesquisa você não terá nenhum gasto.

Caso você aceite participar da pesquisa. As pesquisadoras deste trabalho são as professoras doutoras Ana Lucia de Lourenzi Bonilha e Lilian Córdova do Espírito Santo e as alunas de doutorado e mestrado, Cecilia Drebes Pedron e Mariana Bello Porcincula, da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande Federal do Rio Grande do Sul. O telefone para contato é (051) 3308-5428, com o Comissão de Pesquisa da Escola de Enfermagem da UFRGS e do Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de saúde de Porto Alegre, pelo telefone 51- 32895517 / 91441379.

Data.....  
 Local:.....  
 Nome do sujeito de pesquisa:.....  
 Assinatura do sujeito de pesquisa:.....  
 Assinatura das pesquisadoras: .....

.....  
 .....

Observação: o presente documento, baseado no item IV das Diretrizes e Normas Regulamentadoras para a Pesquisa em Saúde, do Conselho Nacional de Saúde (Resolução 196/96), será assinado em duas vias, de igual teor, ficando uma via em poder do participante e a outra com o (a) pesquisador(a) responsável.



Rubrica Sujeito de Pesquisa	Rubrica Pesquisador Responsável	Data	TCLE - versão

## APÊNDICE B – Roteiro para Entrevista

### ROTEIRO PARA ENTREVISTA – MÃES DAS CRIANÇAS PREMATURAS

#### 1ª Entrevista:

Data: \_\_\_\_\_ Local: \_\_\_\_\_ Pesquisadora: \_\_\_\_\_

#### Sobre a mãe:

- Como foi o teu cuidado na gravidez?
  1. Como foi o teu cuidado durante a última gravidez?
  2. Fez pré-natal? Se sim, fale sobre ele. Se não, fale sobre o motivo.
  3. Questionar sobre o que não foi referido em relação a: alimentação; sono e repouso; atividades físicas; trabalho; lazer; atividade sexual; religiosidade; cuidado do lar; orientações de saúde; e vestuário.

#### Sobre o bebê:

- Como ocorre o cuidado do teu filho no domicílio?
  1. Como acontecem os cuidados com a alimentação e a amamentação do teu filho?
  2. Como é cuidado o teu filho em casa? Fale sobre o cuidado do dia a dia com ele.
  3. Questionar sobre o que não foi referido em relação a: higiene; repouso; estimulação do bebê; religiosidade; orientações de saúde; vestuário.
- Como acontece o cuidado do teu filho pelos profissionais de saúde na rede básica?
  1. Como acontece o cuidado do teu filho pelos profissionais de saúde? Médico, enfermeiro, técnico de enfermagem e agente comunitário.  
Já fez consulta com o bebê? Coletou teste do pezinho? Quais orientações foram dadas sobre as vacinas?
  2. Questionar sobre o que não foi referido em relação a: alimentação/ amamentação; higiene; repouso; estimulação do bebê; religiosidade; orientações de saúde; vestuário.

#### 2ª Entrevista:

Data: \_\_\_\_\_ Local: \_\_\_\_\_ Pesquisadora: \_\_\_\_\_

#### Sobre o bebê:

- Como ocorre o cuidado do teu filho no domicílio? **(1ª, 2ª e 3ª entrevista)**
  1. Como acontecem os cuidados com a alimentação e a amamentação do teu filho?
  2. Como é cuidado o teu filho em casa? Fale sobre o cuidado do dia a dia com ele.
  3. Questionar sobre o que não foi referido em relação a: higiene; repouso; estimulação do bebê; religiosidade; orientações de saúde; vestuário.
- Como acontece o cuidado do teu filho pelos profissionais de saúde na rede básica? **(1ª, 2ª e 3ª entrevista)**
  1. Como acontece o cuidado do teu filho pelos profissionais de saúde? Médico, enfermeiro, técnico de enfermagem e agente comunitário.
  2. Questionar sobre o que não foi referido em relação a: alimentação/ amamentação; higiene; repouso; estimulação do bebê; religiosidade; orientações de saúde; vestuário.

#### 3ª Entrevista:

Data: \_\_\_\_\_ Local: \_\_\_\_\_ Pesquisadora: \_\_\_\_\_

#### Sobre o bebê:

- Como ocorre o cuidado do teu filho no domicílio? **(1ª, 2ª e 3ª entrevista)**
  1. Como acontecem os cuidados com a alimentação e a amamentação do teu filho?
  2. Como é cuidado o teu filho em casa? Fale sobre o cuidado do dia a dia com ele.
  3. Questionar sobre o que não foi referido em relação a: higiene; repouso; estimulação do bebê; religiosidade; orientações de saúde; vestuário.
- Como acontece o cuidado do teu filho pelos profissionais de saúde na rede básica? **(1ª, 2ª e 3ª entrevista)**
  1. Como acontece o cuidado do teu filho pelos profissionais de saúde? Médico, enfermeiro, técnico de enfermagem e agente comunitário.
  2. Questionar sobre o que não foi referido em relação a: alimentação/ amamentação; higiene; repouso; estimulação do bebê; religiosidade; orientações de saúde; vestuário.

## APÊNDICE C – Ficha de Coleta de Dados

Unidade: ..... Prontuário: ..... Número da Entrevista: .....  
 Data: ..... Início:..... Término: ..... Agente de Saúde: .....  
 Endereço:..... Fone: .....  
 Nome: .....  
 Idade: ..... Situação conjugal: ..... RN ficou internado: .....  
 Nome do RNPT: ..... Abortos: ..... DN: .../.../.....IG: .....  
 Tipo de Parto: ..... Ganho de peso na gestação:..... Acompanhante no PN: .....  
 Teve acompanhante no parto: ..... 1ª Mamada: .....  
 Motivo do parto prematuro: .....  
 Realizou pré-natal no posto: ..... Nº de consultas: ..... Foto carteira: .....  
 Acompanhamento puericultura: ..... Foto carteira: .....  
 Número de filhos: ..... Idade dos filhos: .....  
 Com quem reside: .....  
 Atividade principal: ..... Renda per capita familiar: .....  
 Tipo de moradia: ..... Religião: .....  
 Hábitos de lazer: .....  
 Tipo e condições de moradia- número de cômodos, água, luz:  
 .....  
 Serviços de saúde que utiliza: .....  
 Quem auxilia no cuidado ao bebê: .....

**ANEXO 1 – Carta de Aprovação da Comissão de Pesquisa da Escola de Enfermagem (COMPESQ)**



COMISSÃO DE PESQUISA DA ESCOLA DE ENFERMAGEM DA  
UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL

**CARTA DE APROVAÇÃO**

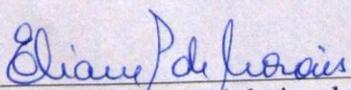
**Projeto Docente:** 11/2011  
**Versão Mês:** Jun/2011

**Pesquisadores:** Profa. Ana Lúcia de Lourenzi Bonilha,  
Profa. Lilian Cordova do Espírito Santo  
**Acadêmicas:** Cecília Drebes Pedron,  
Mariana Bello Porciuncula

**Título:** O CUIDADO LEIGO E PROFISSIONAL NA PREMATURIDADE: fatores culturais relacionados ao período gestacional e pós-natal.

A Comissão de Pesquisa da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (COMPESQ), no uso de suas atribuições, avaliou e aprova este projeto em seus aspectos metodológicos. Toda e qualquer alteração deverá ser comunicadas à Comissão.

Porto Alegre, 28 de junho de 2011.

  
\_\_\_\_\_  
Profª Dra. Eliane Pinheiro de Moraes  
Coordenadora COMPESQ/EENF

**Eliane Pinheiro de Moraes**  
Coordenadora Compesq  
EENF - UFRGS

**ANEXO 2 – Carta de Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Prefeitura Municipal de Porto Alegre**



**Prefeitura Municipal de Porto Alegre  
Secretaria Municipal de Saúde  
Comitê de Ética em Pesquisa**

**PARECER CONSUBSTANCIADO**

**Pesquisador (a) Responsável:** Ana Lucia de Lourenzi Bonilha  
**Registro no CEP:** 692 **Processo N°.** 001.039956.11.3  
**Instituição onde será desenvolvido:** Secretaria Municipal de Saúde – ESF Santa Tereza e a ESF Osmar Freitas  
**Utilização:** TCLE  
**Situação:** APROVADO

O Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre analisou o processo N 001.039956.11.3, referente ao projeto de pesquisa: “**O cuidado leigo e profissional na pré maturidade: fatores culturais relacionados ao período gestacional e pós natal**”, tendo como pesquisador responsável Ana Lucia de Lourenzi Bonilha cujo objetivo é “Identificar o cuidado leigo e profissional relacionado à prematuridade, no período gestacional das mães de crianças que nasceram prematuramente e desses bebês até o sexto mês após a alta hospitalar no contexto da Estratégia de Saúde da Família”.

Assim, o projeto preenche os requisitos fundamentais das resoluções. O Comitê de Ética em Pesquisa segue os preceitos das resoluções CNS 196/96, 251/97 e 292/99, sobre as Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisa Envolvendo Seres Humanos, do Conselho Nacional de Saúde / Conselho Nacional de Ética em Pesquisa / Agência nacional de Vigilância Sanitária. Em conformidade com os requisitos éticos, classificamos o presente protocolo como APROVADO.

O Comitê de Ética em Pesquisa, solicita o atendimento aos itens abaixo:

1. Enviar primeiro relatório parcial em seis meses a contar desta data e a apresentação do trabalho em CD no final;
2. Informar imediatamente qualquer evento adverso ocorrido;
3. Comunicar qualquer alteração no projeto e no TCLE;
4. Entregar junto com o relatório, todos os TCLEs assinados pelos sujeitos de pesquisas e a apresentação do trabalho.
5. Após o término desta pesquisa, o pesquisador responsável deverá apresentar os resultados junto à equipe da unidade a qual fez a coleta de dados e/ou entrevista, inclusive para o Conselho Local da Unidade de Saúde.

Porto Alegre, 11/10/2011.

**Elen Maria Borba**  
Coordenadora do CEP