

DOI: <https://doi.org/10.36489/saudecoletiva.2021v11i65p6218-6227>

Relação entre prematuridade, pré-natal e o entendimento da puérpera sobre sua referência hospitalar

Relationship between prematurity, prenatal and the understanding of the pregnant woman about hospital reference

Relación entre prematurez, prenatal y la comprensión de la mujer embarazada sobre la referencia hospitalaria

RESUMO

Objetivo: analisar a relação entre orientações do pré-natal sobre o Sistema logístico/peregrinação e a internação do RN na UTIN em uma maternidade pública de alto risco. Métodos: Trata-se de um estudo descritivo, transversal de abordagem quanti-qualitativa, com 4 parturientes internadas na Maternidade Escola Santa Mônica (MESM) cujos RN's internos na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal. O estudo aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa com o parecer nº 2.145.000. Resultados: Sobre o perfil das puérperas, 67% tinham 24 anos, 80% cor parda e 33% com ensino fundamental incompleto. Referente ao sistema logístico, 50% foram orientadas no pré-natal sobre a maternidade de referência e 50% não receberam orientação. Conclusão: Através da análise dos prontuários percebe-se que muitas mulheres apresentam dúvidas que poderiam ter sido esclarecidas durante o pré-natal, a peregrinação esteve associada a falta do conhecimento e das orientações.

DESCRITORES: Recém-nascido Prematuro; Trabalho de Parto; Serviços de Saúde Materno-Infantil.

ABSTRACT

Objective: to analyze the relationship between prenatal guidance on the logistical / pilgrimage system and the admission of newborns to the NICU in a high-risk public maternity hospital. Methods: This is a descriptive, cross-sectional study with a quantitative and qualitative approach, with 4 parturients admitted to the Maternidade Escola Santa Mônica (MESM) whose newborns were in the Neonatal Intensive Care Unit. The study approved by the Ethics and Research Committee with opinion No. 2,145,000. Results: Regarding the profile of the puerperal women, 67% were 24 years old, 80% brown and 33% had incomplete elementary school. Regarding the logistical system, 50% were instructed in prenatal care about the reference maternity and 50% did not receive guidance. Conclusion: Through the analysis of the medical records, it is noticed that many women have doubts that could have been clarified during the prenatal period, the pilgrimage was associated with a lack of knowledge and guidance.

DESCRIPTORS: Newborn, Premature; Labor; Maternal and Child Health Services.

RESUMEN

Objetivo: analizar la relación entre la orientación prenatal sobre el sistema logístico / peregrinaje y el ingreso de recién nacidos a la UCIN en una maternidad pública de alto riesgo. Métodos: Se trata de un estudio descriptivo, transversal con abordaje cuantitativo y cualitativo, con 4 parturientas ingresadas en la Maternidade Escola Santa Mônica (MESM) cuyos recién nacidos se encontraban en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales. El estudio aprobado por el Comité de Ética e Investigación con dictamen No. 2.145.000. Resultados: En cuanto al perfil de las puérperas, 67% tenían 24 años, 80% morenas y 33% tenían primaria incompleta. En cuanto al sistema logístico, el 50% recibió instrucción en atención prenatal sobre la maternidad de referencia y el 50% no recibió orientación. Conclusión: A través del análisis de las historias clínicas se advierte que muchas mujeres tienen dudas que pudieron haber sido aclaradas durante el período prenatal, la peregrinación se asoció con una falta de conocimiento y orientación.

DESCRIPTORES: Recién Nacido; Prematuro; Trabajo de parto; Servicios de salud maternoinfantil.

RECEBIDO EM: 30/01/2021 APROVADO EM: 16/02/2021

Luana Carla Gonçalves Brandão Santos

Enfermeira egressa do Centro Universitário Cesmac. Residente em Obstetrícia pela Universidade Estadual de Ciências da Saúde de Alagoas.

ORCID: 0000-0001-5532-3032

Nathalia Lima da Silva

Enfermeira egressa do Centro Universitário Cesmac. Mestranda pela Universidade Federal de Alagoas.
ORCID: 0000-0002-5163-7103

Keila Cristina Pereira do Nascimento Oliveira

Enfermeira. Doutora em Serviço Social, orientadora e docente do Curso de Enfermagem da Universidade Federal de Alagoas.
ORCID: 0000-0003-0167-5889

Ana Carolina Santana Vieira

Enfermeira, Doutora em Ciências da Saúde, coorientadora e docente do Curso de Enfermagem da Universidade Federal de Alagoas.
ORCID: 0000-0002-7273-1414

INTRODUÇÃO

O pré-natal tem um papel fundamental na prevenção ao trabalho de parto prematuro, dada a importância da captação precoce da gestante e o início prévio deste acompanhamento, de forma que o profissional de saúde que realiza o acompanhamento seja capaz de identificar os fatores de risco associados à ocorrência do trabalho de parto prematuro, realizar o tratamento das intercorrências e quando necessário o encaminhamento de acordo com a complexidade exigida para cada caso¹.

A prematuridade ocorre quando o nascimento se dá antes das 37 semanas de gestação. Segundo a Sociedade Brasileira de Pediatria, pode ser dividida em: Pré-termo extremo, Muito Pré-termo, Pré-termo Moderado, Pré-termo tardio e Pré-termo. A taxa de prematuridade no Brasil está estimada em 11,5% do total de nascimentos, cerca de 345.000 crianças do total de cerca de 3.000.000 de nascimentos²⁻³.

Conforme disposto na Lei Nº 11.634 de 27 de dezembro de 2007 em consonância com as Portarias Nº 1.459 de 24 de junho de 2011 e Nº 569 de 01 de junho de 2000, toda mulher deve ter conhecimento prévio e vinculação a sua referência hospitalar para o parto e intercorrências, com objetivo de prevenir a peregrinação e complicações que possam advir desse processo⁴⁻⁵.

A portaria nº 1.459 de 24 de junho de 2011 instituiu a implantação da Rede Cegonha, a qual consiste numa rede de cuidados que visa assegurar à mulher o direito ao planejamento reprodutivo e à atenção humanizada à gravidez, pré-natal, ao parto e ao puerpério, bem como à criança o

O cuidado com a saúde da gestante e do recém-nascido tem grande importância na redução da mortalidade infantil, principalmente no período neonatal, devendo sempre colocar em prática as atividades de promoção, proteção e recuperação para o binômio.

direito ao nascimento seguro e ao crescimento e desenvolvimento saudáveis até o segundo ano de vida⁴.

O cuidado com a saúde da gestante e do recém-nascido tem grande importância na redução da mortalidade infantil, principalmente no período neonatal, devendo sempre colocar em prática as atividades de promoção, proteção e recuperação para o binômio⁶.

A não garantia dos direitos estabelecidos por lei, compromete a qualidade da assistência pré-natal prestada, de forma que a imprudência por parte daqueles que deveriam prover à assistência de qualidade baseada nos preceitos éticos e legais implica em violência obstétrica contrapondo-se ao que estabelece a Lei nº 8.080 de 1990 que dispõe sobre condições de promoção, proteção e recuperação de saúde a qualquer indivíduo⁴.

Em uma pesquisa realizada em Londrina sobre as características da mortalidade neonatal, tiveram como resultados, a prematuridade, o baixo peso e a baixa idade gestacional, o número insuficiente de consultas de pré-natal, que são situações evitáveis caso houvesse captação precoce e o acompanhamento desta gestante⁷.

Tentando reverter essas situações, o Ministério da Saúde, propõe o número mínimo de consultas de pré-natal, que devem ser intercaladas entre o profissional médico e o enfermeiro. Porém é possível notar que há falhas na assistência pré-natal, a qualidade das consultas não tem sido suficiente para reverter os níveis de prematuridade⁸.

Assim, o objetivo deste estudo é: analisar a relação entre as orientações do pré-natal sobre o Sistema logístico/peregrinação e a internação do RN na UTIN

em uma maternidade pública de alto risco vinculada à rede cegonha (RC) e de que forma as orientações do pré-natal interferem no processo de peregrinação.

MÉTODOS

Trata-se de estudos de casos, de cunho descritivo, exploratório, realizado na Maternidade Escola Santa Mônica (MESM), no setor da UTIN e Enfermaria II, localizada em Maceió-Alagoas, oriundo do trabalho de conclusão de curso para o título de bacharel em enfermagem.

A população específica desse estudo refere-se a 4 puérperas atendidas na MESM com filhos internados na UTIN no período de julho a novembro de 2018, período em que ocorreu as coletas de dados. As quatro puérperas entrevistadas foram identificadas em A1, A2, A3 e A4, para garantir a confidencialidade das informações fornecidas.

O presente estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa no dia 28 de junho de 2017, com o parecer nº 2.145.000, atendendo os aspectos éticos preconizados pelas Resoluções 466/12 e 510/16 do Conselho Nacional de Saúde, do Ministério da Saúde, os achados desta pesquisa foram transcritos para word, onde posteriormente há um detalhamento das categorias em que foram classificadas.

Foram incluídas as parturientes que aceitaram participar da pesquisa por meio da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido; aquelas que tinham idade gestacional inferior a 37 semanas, cujos RN's nasceram prematuros e foram internados na UTIN em decorrência de complicações gestacionais e do parto. Sendo incluídas aquelas que não tinham conhecimento prévio de sua referência hospitalar e procuraram atendimento na MESM. Foram excluídas aquelas que no puerpério não foram admitidas na enfermaria II, as que tiveram alta hospitalar ainda que o RN estivesse internado na UTIN.

As variáveis utilizadas no estudo relacionadas à parturiente e o neonato, são respectivamente: “Mediadores Pessoais (escolaridade, etnia e faixa etária)”, “His-

tórico Obstétrico (idade gestacional, diagnóstico de admissão, tipo de parto, número de consultas, conhecimento da maternidade de referência, realização dos exames pelo SUS)” e “Causa Admissional na UTIN (peso, motivo e complicações)”.

A população específica desse estudo refere-se a 4 puérperas atendidas na MESM com filhos internados na UTIN no período de julho a novembro de 2018, período em que ocorreu as coletas de dados. As quatro puérperas entrevistadas foram identificadas em A1, A2, A3 e A4, para garantir a confidencialidade das informações fornecidas.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os resultados do estudo serão apresentados por meio das seguintes seções: Relatos de casos; Relação entre idade gestacional e peso ao nascer; Qualidade do pré-natal e o nível de conhecimento das puérperas sobre a referência hospitalar.

Relatos de casos

Puérpera A1, cor parda, 19 anos, ensino fundamental I incompleto, diagnóstico da admissão de trabalho de parto prematuro e oligodrâmnia, idade gestacional de 33 semanas e 2 dias, prematuridade moderada. Tipo de parto cesáreo, RN com baixo peso ao nascer de 2040g. Relata ter feito 6 consultas de pré-natal e não ter conseguido realizar os exames solicitados pelo Sistema Único de Saúde (SUS).

Puérpera A2, cor parda, 24 anos, ensino fundamental completo, diagnóstico da admissão de trabalho de parto prematuro e amniorrexe prematura, idade gestacional de 33 semanas, prematuridade moderada. Tipo de parto cesáreo, RN com baixo peso ao nascer de 1885g, total de 6 consultas de pré-natal e não realizou os exames solicitados pelo SUS.

Puérpera A3, cor parda, 24 anos, ensino superior incompleto, diagnóstico da admissão de trabalho de parto prematuro e placenta prévia, idade gestacional de 31 semanas enquadrando-se como muito prematuro. Tipo de parto cesáreo, RN com baixo peso ao nascer de 1500g, interno na UTIN em decorrência da prematuridade. Relata ter feito 10 consultas de pré-natal e ter conseguido realizar os exames solicitados pelo SUS.

Puérpera A4, cor negra, 24 anos, ensino fundamental I incompleto, diagnóstico da admissão de trabalho de parto prematuro, idade gestacional de 32 semanas, prematuro moderado. Tipo de parto cesáreo, RN com baixo peso ao nascer de 1675g, apresentando complicações decorrentes do parto: hematoma em membro superior direito, edema em membros inferiores e superiores e sepse. Relata ter comparecido a 3 consultas de pré-natal e não ter conseguido realizar os exames solicitados pelo SUS.

Após a compilação dos dados da variável mediadores pessoais de todas as puéperas traça-se um perfil predominante de mulheres pardas, com idade de 24 anos e ensino fundamental incompleto.

A baixa escolaridade encontrada é considerada um fator de risco obstétrico, pois prejudica o alcance de entendimento das ações em saúde realizadas durante o pré-natal, ressaltando que essas orientações são de grande valia para o cuidado do binômio mãe-bebê⁹

Relação entre Idade Gestacional e Peso ao Nascer

Através da observação das variáveis do histórico obstétrico e das causas admissionais dos RN's na UTIN houve um predomínio de mulheres com idade gestacional de 31 semanas até 33 semanas e 2 dias, RN's com baixo peso ao nascer de 1500g até 2040g, dados considerados como fatores de risco para mortalidade neonatal.

A classificação do recém-nascido por peso e idade gestacional indica o grau de risco ao nascer. A morbidade e a mortali-

dade neonatal são inversamente proporcionais ao peso e a idade gestacional, assim sendo, quanto menor o peso e idade gestacional, maior será a morbimortalidade associada¹⁰.

A análise dos componentes do histórico obstétrico, relata que todas as mulheres foram admitidas com diagnóstico de trabalho de parto prematuro (TPP) e tiveram parto cesáreo. Estando a idade gestacional diretamente relacionada às possíveis causas de internação dos RN's na UTIN, permite que a equipe esteja preparada para posições complicações durante o parto, bem como durante o pré-natal no rastreamento de possíveis causas que levem a um trabalho de parto prematuro¹¹.

Qualidade do pré-natal e o nível de conhecimento das puéperas sobre a referência hospitalar

No nosso estudo foi possível identificar que as puéperas A1, A2 e A3, realizaram o número mínimo de 6 consultas preconizadas pelo Ministério da Saúde. Quando se avalia as orientações sobre a referência

hospitalar somente A3 e A4 tinham entendimento prévio da maternidade de referência. Quanto aos exames de rotina, apenas a puérpera A3 conseguiu realizá-los pelo SUS. Da mesma maneira ocorreu em estudo similar, onde foi observado que as orientações durante a gestação foram escassas, prejudicando assim a qualidade da assistência, fato este que pode contribuir para morbimortalidade materna e neonatal¹².

Quanto ao número de consultas do pré-natal o Ministério da saúde estabelece que devem ser realizadas um número mínimo de seis consultas alternadas entre o profissional médico e enfermeiro, porém a suficiência do pré-natal não pode ser determinada apenas pelas consultas, mas sim, pelo conjunto de outras recomendações como, a captação precoce, a realização dos exames de rotina no primeiro, segundo e terceiro trimestres e o exame clínico-obstétrico em todas as consultas⁹.

É de responsabilidade dos municípios identificar os laboratórios e garantir a realização dos exames básicos e de seguimento do pré-natal, no nosso estudo a falta da

Quadro 1. Análise das variáveis aplicadas a puéperas internadas em uma Maternidade de Alto risco da rede pública de Maceió, Alagoas. 2018

PUERPERA	A1	A2	A3	A4
Mediadores pessoais				
Escolaridade	Fundamental Incompleto	Fundamental Completo	Fundamental Incompleto	Fundamental Incompleto
Etnia	Parda	Parda	Negra	Parda
Faixa Etária	19 anos	24 anos	24 anos	24 anos
Histórico Obstétrico				
Idade Gestacional	33s2d	33s	33s	32s
Diagnóstico de admissão	TPP, Oligodrâmnia	TPP e Aminiorrexe prematura	TPP e Placenta prévia	Trabalho de parto
Tipo de parto	Cesáreo	Cesáreo	Cesáreo	Cesáreo
Nº de consultas de Pré-natal	6	6	10	3
Conhecimento da maternidade de referência	Não	Não	Sim	Sim
Realizou os exames solicitados pelo SUS?	Não	Não	Sim	Não
Causas admissionais na UTIN				
Peso ao nascer	2040g	1885g	1500g	1675g
Motivos de internação na UTIN	Prematuridade	Prematuridade	Prematuridade	Prematuridade
Complicações	Não há registro	Não há registro	Não há registro	Não há registro

Fonte: Dados da pesquisa 2018.

realização dos exames pelo SUS pode indicar uma deficiência na pactuação dos laboratórios de referência para a unidade de saúde onde esse pré-natal foi realizado¹³.

Quando interrogadas sobre o conhecimento da maternidade de referência para o parto, denota-se que esse entendimento não é igual para todas as mulheres. Das quatro puérperas entrevistadas, duas afirmaram ter conhecimento prévio da maternidade que iriam parir e as outras duas relataram não ter essa ciência. Conforme Costa et. al, 2016, estas informações são passadas durante o pré-natal, entretanto a precariedade das informações deu-se no pré-natal, podendo esta falha ser incumbida ao profissional de saúde que realizou o mesmo, ou atrelar a dificuldade ao acesso e entendimento por parte das mulheres em decorrência do baixo nível de escolaridade.

Toda mulher tem o direito do conhe-

cimento e a vinculação prévia à maternidade de referência para parir e das intercorrências associadas a gestação, devendo ser o profissional de saúde o responsável pela garantia da informação, que deve ser compartilhada logo no início do pré-natal a partir do momento que esta mulher é cadastrada no SISPRENATAL, isto implica diretamente na segurança da assistência a ser prestada no período parturitivo⁴.

CONCLUSÃO

De acordo com os objetivos e resultados desse estudo, conclui-se que a assistência ao pré-natal tem sido insuficiente na assistência prestada ao binômio mãe - bebê, gerando problemas que perpassam toda a gestação e acarretam em impactos negativos durante o parto e o nascimento do recém-nascido.

Por meio da análise dos prontuários percebe-se que muitas mulheres apresentam dúvidas que são comuns as gestante e é justamente no pré-natal em que essas questões devem ser discutidas e esclarecidas. A peregrinação associa-se a falta do conhecimento e das orientações que deveriam ter sido realizadas, afinal de contas o caminhar por maternidades diferentes até parir, demonstram a ausência de orientações corretas no direcionamento da mulher. Consequentemente esta falha leva estas mulheres a passarem por caminhos desnecessários, ocasionando um desgaste físico, emocional e agravo aos RN's.

Desta maneira infere-se que a peregrinação materna está ligada a uma assistência inadequada do pré-natal fazendo-se necessário que estratégias sejam realizadas com os profissionais que prestam essa assistência, de modo que o cenário encontrado seja modificado. ■

REFERÊNCIAS

1. Nunes JT, Gomes KRO, Rodrigues MTP, Mascarenhas MDM. Qualidade da assistência pré-natal no Brasil: revisão de artigos publicados de 2005 a 2015. *Cad. Saúde Colet.*, 2016; (2): 252-261.
2. Cortez VL. Fatores pré-natais e prematuridade: coorte retrospectiva com análise secundária de dados da pesquisa nascer no Brasil-Região Sudeste [tese de Doutorado]. Universidade de São Paulo. 2017.
3. Sociedade Brasileira de Pediatria. Prevenção da prematuridade-uma intervenção da gestão e assistência. São Paulo. 2017.
4. Brasil. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº1.459 de 24 de junho de 2011(BR). Institui no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS - a Rede Cegonha. *Diário Oficial da União* [Internet], Brasília (DF): 24 de junho de 2011. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1459_24_06_2011.html.
5. Brasil. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para assuntos jurídicos. Lei nº 11.634 de 27 de dezembro de 2007. Dispõe sobre o direito da gestante ao conhecimento e a vinculação à maternidade onde receberá assistência no âmbito do Sistema Único de Saúde. *Diário Oficial da União* [periódico na internet], Brasília (DF): 27 dez 2007. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2007-2010/2007/Lei/L11634.htm
6. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Atenção à Saúde do recém-nascido: guia para os profissionais da saúde. Brasília. 2014. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/atencao_saude_recem_nascido_v1.pdf
7. Ferrari RAP, Bertolozzi MR, Dalmas JC, Giroto E. Fatores determinantes da mortalidade neonatal em um município da Região Sul do Brasil. *Rev Esc Enferm USP.* 2013. 47(3): 531-8. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/reeusp/v47n3/0080-6234-reeusp-47-3-00531.pdf>
8. Wachholz, VA. Relação entre prematuridade e qualidade pré-natal [dissertação mestrado]. Universidade Federal Rio Grande. 2014.
9. Barbosa EM, Oliveira ASS, Galiza DDF, Barros VL, Aguiar VF, Marques MB. Perfil sociodemográfico e obstétrico de parturientes de um hospital público. *Rev Rene* [Internet]. 2017 mar-abr; 18(2):227-33. Disponível em: <http://periodicos.ufc.br/rene/article/view/19254/29971>.
10. Brasil. Ministério da Saúde. Manual AIDPI neonatal [Internet] – 5a. ed. – Brasília: Ministério da Saúde, 2014. Disponível em: <http://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br/wp-content/uploads/2017/10/Manual-Aidpi-corrigido-.pdf>.
11. Lima EFA, Sousa AI, Melo ECP, Primo CC, Leite FMC. Perfil de nascimentos de um município: um estudo de coorte. *Revista Brasileira de Pesquisa em Saúde* [Internet] 2012; 14(1): 12-18. Disponível em: <http://periodicos.ufes.br/RBPS/article/view/3404/2665>.
12. Gonçalves MF, Teixeira EMB, Silva MAS, Corsi NM, Ferrari RAP, Pelloso SM et al. Pré-natal: preparo para o parto na atenção primária à saúde no sul do Brasil. *Revista Gaúcha de Enfermagem* [Internet], v. 38, n. 3, 2017. Disponível em: <http://www.seer.ufrgs.br/RevistaGauchadeEnfermagem/article/view/78044>.
13. Brasil. Ministério da Saúde. Atenção ao pré-natal de baixo risco. *Caderno de Atenção Básica*, n. 32, 2012. Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/caderno_32.pdf