



MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ
PRÓ-REITORIA DE GRADUAÇÃO
FACULDADE DE FARMÁCIA, ODONTOLOGIA E ENFERMAGEM
PROGRAMA DE GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

DAIANA RODRIGUES CRUZ LIMA VITAL

**PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO E AUTOFICACIA DE MÃES DE PREMATUROS
INTERNADOS EM UNIDADE NEONATAL**

FORTALEZA

2019

DAIANA RODRIGUES CRUZ LIMA VITAL

**PERFIL SOCIODEMOGRAFICO E AUTOFICACIA DE MÃES DE PREMATUROS
INTERNADOS EM UNIDADE NEONATAL**

Monografia Apresentada Ao Departamento de Enfermagem da Faculdade de Farmácia, Odontologia e Enfermagem da Universidade Federal do Ceará, como Requisito Parcial a Obtenção do título de Bacharel em Enfermagem.

Orientador: Profa. Dra. Fabiane do Amaral Gubert

FORTALEZA

2019

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação
Universidade Federal do Ceará
Biblioteca Universitária

Gerada automaticamente pelo módulo Catalog, mediante os dados fornecidos pelo(a) autor(a)

V82p

Vital, Daiana Rodrigues Cruz Lima.

Perfil Sociodemográfico e Autoeficácia de mães de prematuros internados em Unidade Neonatal /
Daiana Rodrigues Cruz Lima Vital. – 2019.

41 f.

Trabalho de Conclusão de Curso (graduação) – Universidade Federal do Ceará, Faculdade de Farmácia,
Odontologia e Enfermagem, Curso de Enfermagem, Fortaleza, 2019.

Orientação: Prof. Dr. Fabiane do Amaral Gubert.

1. Prematuridade. 2. Autoeficácia. 3. Perfil de Saúde. 4. Enfermagem Pediátrica. 5. Saúde da Criança.
I. Título.

CDD 610.73

DAIANA RODRIGUES CRUZ LIMA VITAL

**PERFIL SOCIODEMOGRAFICO E AUTOFICACIA DE MÃES DE PREMATUROS
INTERNADOS EM UNIDADE NEONATAL**

Monografia Apresentada Ao Departamento de Enfermagem da Faculdade de Farmácia, Odontologia e Enfermagem da Universidade Federal do Ceará, como Requisito Parcial a Obtenção do título de Bacharel em Enfermagem.

Orientador: Profa. Dra. Fabiane do Amaral Gubert

Aprovada em: ___/___/___

BANCA EXAMINADORA

Profa. Dra. Fabiane do Amaral Gubert (Orientador)
Universidade Federal do Ceará – UFC

Enf^a Ms. Sarah Rayssa Cordeiro Sales Pinheiro
(Membro)

Enf^a Ryvanne Paulino Rocha
(Membro)

Dedico à Deus que é o soberano e está acima de tudo. E a minha família que é projeto de Deus que sempre me apoiou e esteve do meu lado.

AGRADECIMENTOS

Primeiramente quero agradecer a **Deus** por sua infinita misericórdia e seu infinito amor que tem me sustentado desde o ventre da minha mãe.

À meus pais **Daniel Pereira Lima** e **Giselia Rodrigues da Cruz Lima** que tanto me apoiam e tanto se esforçaram pra ensinar, educar e me mostrar como ser um ser humano digno que ama a Deus a família e respeita o próximo.

À meus irmãos **Denis Rodrigues da Cruz Lima** e **Deyvison Rodrigues Lima**, por sempre estarem comigo me apoiando e me trazendo tantas alegrias.

À meu esposo **Jefferson Vital Pedrosa**, por tanto me amar e cuidar de mim de 2009 que foi quando começamos a namorar. Por me amar e amar nossa querida filhinha: **Hana Daniele Lima Vital**, hoje razão do meu viver e ter forças pra prosseguir a cada dia, por me trazer a maior felicidade que poderia ter, de ser mãe.

À minha vizinha **Anisia Rodrigues da Cruz** (*in memorian*) por seu amor, cuidados e todos seus ensinamentos que levarei por toda a vida.

A meu vózinho **José Marques da Cruz**, que está lá na Bahia mas ao mesmo tempo aqui dentro de mim.

À minha sogrinha **Maria Selva, Pedro, Diego e Mariana** e **Herlândia** por todo apoio.

À meus tios tias, primos e toda minha família que são mais que importantes pra mim.

Não poderia deixar de agradecer a **CAPES/CNPQ/UFC** por terem me proporcionado bolsa que foram de suma importância pra eu me manter durante a faculdade.

A querida professora Dr^a **Fabiane do Amaral Gubert** que desde que entrei na faculdade tem me ajudado, me ensinado, me apoiado, vejo a sr^a como um exemplo de mulher, mãe esposa enfermeira.

À Enfa, mestre **Sarah Rayssa** por participar da banca e por tudo mesmo, meu braço direito pra construção dessa monografia e muitos outros trabalhos da graduação e quem sabe futuramente pós-graduação

À enfa. mestranda **Ryvanne Paulino** por sua prontidão em participar da banca, muita grata mesmo.

À minhas amigas **Lígia Maria, Joana Maria** e **Alyne Soares** que já se formaram, mas nossa jornada pela graduação que pra mim foi única, foi ótima com a companhia de vocês.

“Não seja sábio aos seus próprios olhos; tema o Senhor e evite o mal. Isso dará a você saúde ao corpo e vigor aos ossos”.

(Provérbios 3:7-8)

RESUMO

A prematuridade é um problema de saúde pública decorrente de diversas circunstâncias e é a principal causa de morte nas primeiras 24 horas de vida do recém-nascido além de ser umas das principais causas de morbidade materna e neonatal. Assim, percebe-se também a importância de conhecer o perfil sociocultural dessas mulheres a fim realizar de um plano de cuidado voltado para a realidade dessas mães. Este estudo teve como objetivo conhecer perfil sociodemográfico e autoeficácia de mães de prematuros internados em unidade neonatal. A metodologia aplicada foi: Estudo epidemiológico do tipo transversal, realizado em maternidade de referência em Fortaleza. A população foi composta por 120 mães de recém-nascidos prematuros em unidade de cuidado neonatal. Foi aplicado um questionário para coleta dos dados sociodemográfico e obstétricos. Foi utilizada a estatística descritiva, através de frequência absoluta, relativa. Os resultados serão apresentados em tabelas e discutidos conforme literatura pertinente ao tema. As recomendações para coletas dos dados estão de acordo com a Resolução nº 466/2012. Obteve como resultado que a maioria das mulheres estavam na faixa etária de 20 a 30 anos, eram provenientes da capital ou região metropolitana, possuía mais de 9 anos de estudo, tinha companheiro, não exerciam atividade remunerada e possuíam renda de 1 a 2 salários mínimos e recebiam benefício social-Bolsa família. Pouco mais da metade das mães era multípara, realizaram pré-natal, porém a maioria não participou de grupo de gestantes. Sabendo a importância de conhecer o perfil sociodemográfico e sua influência na Autoeficácia, seria importante incluir a educação em saúde mais orientada no perfil sociodemográfico dessas mães. Assim, os enfermeiros devem ser encorajados a prestar mais atenção aos próprios recursos das mães e da família, ao planejar e implementar cuidados de enfermagem a fim de ofertar um serviço de qualidade e holístico.

Palavras-chave: Saúde da Criança; Enfermagem Pediátrica; Prematuridade; Perfil de Saúde.

ABSTRACT

Prematurity is a public health problem due to several circumstances and is the main cause of death in the first 24 hours of the newborn's life as well as being one of the main causes of maternal and neonatal morbidity. Thus, the importance of knowing the sociocultural profile of these women in order to carry out a plan of care focused on the reality of these mothers was studied. This study aimed to know the sociodemographic profile and self-efficacy of mothers of premature infants admitted to a neonatal unit. The applied methodology was: Cross-sectional epidemiological study, carried out in reference maternity hospital in Fortaleza. The population was composed of 120 mothers of premature newborns in a neonatal care unit. A questionnaire was used to collect sociodemographic and obstetric data. Descriptive statistics were used, by means of absolute, relative frequency. The results will be presented in tables and discussed according to relevant literature. The recommendations for data collection are in accordance with Resolution 466/2012. As a result, the majority of women were between the ages of 20 and 30, came from the capital or metropolitan region, had more than 9 years of study, had a partner, did not work in paid employment and had income of 1 to 2 minimum wages and received social benefit- Bolsa Familia. A little more than half of the mothers were multiparous, they performed prenatal care, but the majority did not participate in a group of pregnant women. Knowing the importance of knowing the socio-demographic profile and its influence on Self-efficacy, it would be important to include more oriented health education in the sociodemographic profile of these mothers. Thus, nurses should be encouraged to pay more attention to the mothers 'and families' own resources in planning and implementing nursing care in order to offer a quality and holistic service.

Keywords: Child Health; Pediatric Nursing; Prematurity; Health Profile.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 -	Dados sociodemográficos das mães participantes. Fortaleza, 2019.....	21
Tabela 2 -	Dados obstétricos. Fortaleza, 2019.....	22

LISTAS DE SIGLAS

IHAC	Hospital Amigo da Criança
MEAC	Maternidade Escola Assis Chateaubriand
PMP S-E	Perceived Maternal Parenting Self-Efficacy Scale
PSMI	Programa de Saúde Materno-Infantil
RN	Recém-nascidos
SUS	Sistema Único de Saúde
UCINCa	Unidade de Cuidado Intermediário Neonatal Canguru
UCINCo	Unidade de Cuidado Intermediário Neonatal Convencional
UTI	Unidade de Terapia Intensiva
UTIn	Unidade de Terapia Intensiva Neonatal

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	12
2. OBJETIVO	16
3. METODOLOGIA	17
4. RESULTADOS;	20
5. DISCUSSÃO	23
6. CONCLUSÃO	27
7. REFERENCIAS	28
 APENDICE A	32
 APENDICE B	35
 APENDICE C	37
 ANEXO A	32
 ANEXO B	35
 ANEXO C	37
PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP	39

1. INTRODUÇÃO

A prematuridade é um problema de saúde pública decorrente de diversas circunstâncias e é a principal causa de morte nas primeiras 24 horas de vida do recém-nascido além de ser umas das principais causas de morbidade materna e neonatal. (SOUSA, 2016)

A prematuridade é dividida em três categorias, conforme a idade gestacional: prematuridade limite - compreende o grupo de bebês nascidos entre a 37^a e a 38^a semanas incompletas de gestação; prematuridade moderada - quando o bebê nasce entre 31^a e 36^a semanas; prematuridade extrema - inclui aqueles cuja idade gestacional é menor ou igual a 30 semanas (SPEHAR, 2013) inclui-se também aqui os que nascem com peso inferior a 1.500g. E como já foi mencionado a prematuridade é principal (Zelkowitz,2017; SPEHAR, 2013).

Admite-se que o parto prematuro tenha uma grande variedade de causas e fatores associados, podendo ser classificado como “parto prematuro espontâneo” - decorrente de trabalho de parto prematuro espontâneo isolado ou associado à ruptura prematura de membranas pré-termo – e “parto prematuro induzido” – resultante de indução de parto ou de cesárea antes de 37 semanas completas de gestação, justificado por condições desfavoráveis maternas, fetais ou de ambos, de forma urgente ou eletiva. (LAJES, 2014).

A imaturidade geral pode levar à disfunção em qualquer órgão ou sistema corporal, e o neonato prematuro também pode sofrer comprometimento ou intercorrências ao longo do seu desenvolvimento. (SANTOS, 2018)

Complicações neonatais de nascimento prematuro incluem síndrome do desconforto respiratório, sepse, hemorragia intraventricular, enterocolite necrosante, hipotermia, hipoglicemia, hiperbilirrubinemia, e dificuldades na alimentação e morbidade a longo prazo inclui retinopatia da prematuridade, insuficiência neurodesenvolvimento e paralisia cerebral. (STEPHANIE, 2017).

Estima-se mundialmente que cerca de quinze milhões de recém-nascidos ao ano sejam prematuros e que mais de um milhão de crianças morram a cada ano devido às complicações de um parto prematuro. Muitos dos sobreviventes das complicações da prematuridade enfrentam ao longo de suas vidas uma variedade de sequelas, incluindo

déficits motores e de aprendizagem, problemas de visão e de audição, dentre tantas outras. (LAJES, 2014)

Nos Estados Unidos, cerca de 1 em cada 10 bebês nasce prematuro. Como a principal causa de morbidade e mortalidade neonatal, prematuridade não é apenas uma carga emocional para as famílias, mas também um fardo econômico para a sociedade. O custo social da prematuridade nos Estados Unidos - contabilização dos custos médicos, custos educacionais, e perda de produtividade - tem sido estimada em pelo menos 26,2 bilhões de dólares a cada ano. Comprimento de hospitalização para prematuros média de 13 dias, em comparação com 1,5 dias para os nascidos a termo, e os custos médicos para bebês prematuros no fim do primeiro ano de vida média dez vezes maior do que aqueles para os nascidos a termo. (STEPHANIE, 2017).

Os recém-nascidos de muito baixo peso (RNMBP, <1.500 g), que no Canadá representam cerca de 1% dos nascimentos vivos, podem necessitar de atendimento em unidades de cuidados neonatais intensivos (UCNI) durante aproximadamente três meses. (ZELKOWITZ, 2017)

A realidade brasileira não é diferente. Pesquisa apontou um aumento da prematuridade no Brasil nos últimos 25 anos e apontam uma desigualdade na distribuição dos partos considerados pré-termo entre as regiões do país. (SOUSA, 2016).

Os dados da pesquisa Nascer Brasil 2013 (BRASIL, 2014) também evidenciam um aumento da prematuridade no Brasil nos últimos anos. O Relatório Saúde Brasil 2014 aponta que em 2012 a taxa de prematuridade foi de 12,5%, e que 52,5% dos óbitos, nesse mesmo ano foram de crianças nascidas de parto pré-termo. (SOUSA, 2016).

Para diminuir a mortalidade neonatal e a prevalência das afecções perinatais, é preciso acompanhamento pré-natal adequado das gestantes e reforços nos cuidados com o parto e o pós-parto. Essas medidas podem evitar boa parte dos óbitos infantis que ainda ocorrem no País. (BRASIL, 2018).

A atenção integral à mulher pode ajudar a diminuir consideravelmente o risco de prematuridade. Isso não significa apenas assegurar acompanhamento pré-natal e parto seguro, embora essas sejam medidas necessárias. Envolve também, por exemplo, uma boa assistência ao nascimento e a garantia de condições de amamentação do bebê.

Um exemplo de investimento do Ministério da Saúde na melhoria da saúde de mães e crianças é a Rede Cegonha. (SOUSA, 2016).

A Rede Cegonha é um pacote de ações do Ministério da Saúde para garantir o atendimento de qualidade, seguro e humanizada para todas as mulheres, tendo como objetivo garantir a mulher o direito ao planejamento reprodutivos e atenção humanizada à gravidez ao parto e ao puerpério (28 dias pós-parto), bem como assegurar as crianças (cobrindo até os dois primeiros anos de vida) o direito ao nascimento seguro e ao crescimento e desenvolvimento saudáveis.

Essa estratégia tem a finalidade de estruturar e organizar a atenção à saúde materno-infantil no País e está sendo implantada, gradativamente, em todo o território nacional. (BRASIL, 2018).

A Rede Cegonha é estruturada a partir de quatro componentes: Pré-natal, parto e nascimento, puerpério e atenção integral à saúde da criança e sistema logístico que refere-se ao transporte sanitário e regulação. (MARQUES, 2015).

E traz como diretrizes: O acolhimento com avaliação e classificação de risco e vulnerabilidade, ampliação do acesso e melhoria da qualidade do pré-natal; Vinculação da gestante à unidade de referência para o parto, e ao transporte seguro; Boas práticas e segurança na atenção ao parto e nascimento; Atenção à saúde das crianças de 0 a 24 meses com qualidade e resolutividade; e Acesso às ações de planejamento reprodutivo (BRASIL, 2013).

Ela traz também como objetivos: Promover a implementação de novo modelo de atenção à saúde da mulher e à saúde da criança com foco na atenção ao parto, ao nascimento, ao crescimento e ao desenvolvimento da criança; Organizar a Rede de Atenção à Saúde Materna e Infantil para que esta garanta acesso, acolhimento e resolutividade; e Reduzir a mortalidade materna e infantil com ênfase no componente neonatal. (BRASIL, 2013).

Entre as ações da Rede Cegonha está a implantação de Centros de Parto Normal (CPN), onde a mulher é acompanhada por uma enfermeira obstetra ou obstetrix, num ambiente preparado para que possa exercer as suas escolhas, como se movimentar livremente, ter acesso a métodos não farmacológicos de alívio da dor. (BRASIL, 2017).

Todas as políticas voltadas para a redução da mortalidade infantil têm de levado em consideração o papel fundamental da mãe na promoção da saúde da criança, como podemos observar através da Norma de Atenção Humanizada ao Recém-Nascido de Baixo Peso – Método Canguru que foi instituído com o objetivo de levar a atenção humanizada para dentro do ambiente da Unidade de Cuidados Neonatais (UCN). (BRASIL, 2011).

O MC é dividido em três etapas: A primeira na UTI OU UCINCO, quando o recém-nascido está impossibilitado de ficar junto à mãe, inicia-se o contato direto pele a pele entre a mãe e o bebê, progredindo até a colocação do bebê sobre o tórax da mãe ou do pai. Na segunda fase, a saúde do recém-nascido está estabilizada e ele pode contar com o acompanhamento contínuo da mãe. Na terceira etapa, o bebê já recebeu alta hospitalar, mas ainda necessita de acompanhamento ambulatorial para avaliações de seu desenvolvimento físico e psicológico pela equipe multidisciplinar. (BRASIL, 2017).

É importante ressaltar que durante a internação do RN na UTI a mulher passa por vários estresses e fragilidades emocionais, o que pode baixar a crença da dela sobre sua habilidade no que tange aos cuidados ao recém-nascido, influenciando a saúde da criança. (BANDURA, 1997, SPEHAR, 2013).

Assim, percebe-se também a importância de conhecer o perfil sociocultural dessas mulheres a fim de realizar de um plano de cuidado voltado para a realidade dessas mães. O estudo torna-se relevante para a atuação do enfermeiro como agente realizador dos cuidados, ao identificar áreas nas quais as mães necessitam de mais apoio e, assim, implementar ações de cuidado e com caráter educativo, sistemáticas e individualizadas.

Dessa forma, as mães poderão fortalecer seus conhecimentos, melhorar a concepção sobre suas habilidades, aumentando sua autoeficácia nos cuidados com o seu recém-nascido.

Após observar todo esse contexto faz-se necessário realizar a seguinte pergunta: Qual o perfil sociodemográfico e obstétricos de mães de recém-nascidos prematuros internados em unidade de cuidados neonatal?

2. OBJETIVO

GERAL

- ✓ Conhecer o perfil sociodemográfico e obstétrico de mães de prematuros internados em Unidade Neonatal

3. METODOLOGIA

3.1 Tipo de Estudo

Estudo epidemiológico, transversal. Os estudos transversais são utilizados quando se deseja estimar a frequência com que um determinado evento se manifesta em uma população específica, além dos fatores associados com o mesmo. A coleta de dados envolve um recorte único no tempo, sendo que os dados sobre a exposição e o desfecho são coletados simultaneamente na pesquisa (PEREIRA, 1995; POLIT; BECK, 2011).

Na abordagem quantitativa, o investigador identifica variáveis de interesse, desenvolve definições operacionais dessas variáveis e, depois, coleta dados relevantes dos sujeitos. São usados instrumentos formais para coletar as informações que são reunidas de forma quantitativa, isto é, informação numérica que resulta de mensuração formal e que é analisada com procedimentos estatísticos (POLIT; BECK; HUNGLER, 2011).

Esse trabalho faz parte de um estudo maior intitulado: Autoeficácia e apoio social de mães de recém-nascidos prematuros em Unidade de Cuidado Neonatal.

3.2 Local do estudo

O estudo será realizado em Fortaleza, capital do Estado do Ceará, localizado na Região Nordeste do Brasil, a qual abrange uma área de 336 km sendo considerada a quinta maior cidade do País, com população estimada pelo Instituto Brasileiro de Estatística e Geografia (IBGE) em mais 2,6 milhões de habitantes em 2017.

A instituição utilizada para coleta de informações será a maternidade escola Assis Chateaubriand (MEAC) de Fortaleza-CE, a qual é tida como referência no Estado do Ceará. Caracteriza-se por ser um hospital universitário de grande porte, de nível terciário, federal. Realiza de acordo com a Gerência de Atenção A Saúde- GAS-MEAC, cerca de 4853 partos e 4.929 nascidos vivos no ano de 2017, e localiza-se no bairro Rodolfo Teófilo, pertencente à secretaria executiva regional III, do Sistema de Saúde de Fortaleza.

A escolha da maternidade se dá por ser um hospital que segue as recomendações da política nacional de assistência ao recém-nascido prematuro, credenciado pelo Ministério da Saúde e por ter recebido o título de Hospital Amigo da Criança-IHAC com referência em aleitamento materno cujo foco é tratar à mulher e o RN dando apoio à família. A instituição segue os valores da perspectiva de assistência humanizada de

acordo com a proposta da Rede Cegonha, a qual foi implementada com o objetivo de reduzir óbitos maternos e neonatais, incentivando nas maternidades, as boas práticas de assistência ao parto e nascimento. (BRASIL, 2011).

Em 2011, a MEAC aderiu a proposta do governo e implantou gradativamente, as diretrizes sugeridas pelo Ministério da Saúde devendo prestar assistência integral à saúde da mulher e ao recém-nascido com referência para atendimento de gestantes de alto risco oriundas da Atenção Primária da capital e do restante do Estado.

O Serviço de Neonatologia é constituído por 21 leitos de UTI, 30 de UCINCo e 5 leitos de UCINCa. A pesquisa ocorrerá nas UTI e UCINCo.

3.3 População e Amostra

A população do estudo foi composta por 120 puérperas que estivessem com recém-nascido prematuro internado na Unidade de Internação Neonatal do referido hospital. A amostra foi construída por conveniência, a partir da admissão contínua dos binômios durante o período de coleta de dados.

Os critérios de inclusão foram mães de neonatos prematuros internados, que estejam de alta hospitalar e tiverem condições para participar do estudo. Os critérios de exclusão foram mães possuírem histórico psiquiátrico que possa prejudicar a coleta de dados e RN que tivessem internados e não fossem prematuros.

Inicialmente foi calculado o tamanho da amostra de 120 mulheres com nível de significância de 5% e erro amostral de 4%. Ao final do estudo foi calculado o poder da amostra, a posterior e, por meio do programa G*Power 3.1.9.2, para o desfecho da correlação de Autoeficácia e Apoio Social no valor de 99%.

$$n = \frac{Z\alpha^2 \times S^2}{e^2}$$

Onde:

- $Z\alpha = 1,96$;
- $S = 12,7$
- $e = 4\%$

3.4 Coleta de Dados

As mães foram contatadas durante a hospitalização do recém-nascido em Unidade de Cuidados Neonatais, no período de Junho à Setembro de 2018, no momento

da visita as mães. As visitas da pesquisadora a unidade neonatal ocorreram com periodicidade diária com intuito de captar as mães que ingressavam no serviço. O preenchimento dos instrumentos demorou cerca de 20 minutos e ocorreu em uma sala reservada que oferecia privacidade para as mães.

Foim aplicado um questionário elaborado pelo próprio pesquisador, com apoio em outro estudo já realizado (FEITOSA, 2017), com dados sociodemográficos, tais como: nome, idade, escolaridade, situação conjugal, situação ocupacional/profissional, renda. Além de dados obstétricos, como: paridade, idade gestacional, dia de internação, realização de pré-natal, quantas consultas participou, se recebeu orientação sobre os cuidados com RN, participação em grupo de gestantes, se terá apoio para realizar os cuidados com o RN e quem dará este apoio, onde busca informação sobre os cuidados com o prematuro e se recebeu orientação sobre amamentação durante o pré-natal (APÊNDICE D).

3.5 Análise dos dados

Após a coleta, os dados foram compilados no Microsoft Office Excel e analisados Statistical Package for the Social Sciences (SPSS), versão 22.0 para Windows e apresentados em tabelas, sintetizando os principais pontos a serem discutidos, conforme a literatura pertinente. Foi utilizada a estatística descritiva, através de frequência absoluta, relativa. Os resultados serão apresentados em tabelas e discutidos conforme literatura pertinente ao tema.

3.6 Aspectos éticos

As recomendações para coletas dos dados estão de acordo com a Resolução nº 466/2012, do Conselho Nacional de Saúde (CNS), que trata dos aspectos éticos da pesquisa envolvendo seres humanos, e foi aprovado pelo Comitê de ética da Maternidade Escola sob número de parecer 2.683.635. (ANEXO C).

Foi utilizado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE (APÊNDICE A) em duas vias, caso a mãe concorde em participar (BRASIL, 2013b) e o Termo de Assentimento para puérperas adolescentes menores de 18 anos. (APÊNDICE B).

4. RESULTADOS

4.1 Caracterização dos binômios participantes do estudo

A idade das mães variou entre 14 a 46 anos com média de 25,7 anos, (43.3%) das mulheres estão na faixa etária entre 20 e 30 anos. A maioria das mulheres (65%) eram provenientes da capital ou região metropolitana. Quanto à escolaridade, a maioria (64,2%) possuía mais de 9 anos de estudo. Quanto ao estado civil, (75%) das mães possuíam companheiro. Das 120 mulheres, 73 (60,8%) não exerciam atividade remunerada. Quanto a renda familiar, (60,8%) das mães possuíam renda de 1 a 2 salários. Quanto ao apoio financeiro governamental, 73 (60,8%) recebiam bolsa família. Conforme se observa na Tabela

Tabela 1- Dados sociodemográficos das mães participantes. Fortaleza, 2019.

VARIÁVEIS SOCIODEMOGRÁFICAS	N(%)
Idade	
< 19 anos	32(26.6%)
> 20 e < 30 anos	52(43.3%)
> 31 anos	36(30%)
Procedência	
Capital/Região Metropolitana	78(65.0%)
Interior	42(35.0%)
Anos de estudos	
Até 8 anos	43(35.8%)
Mais de 9 anos	77(64.2%)
Estado civil	
Com companheiro	90(75.0%)
Sem companheiro	30(25.0%)
Atividade remunerada	
Não	73(60.8%)
Sim	47(39.2%)
Renda familiar	
< 1 salário	24(20.0%)
1 a 2 salários	73(60.8%)
> 3 salários	23(19.2%)
Bolsa família	
Não	73(60.8%)
Sim	47(39.2%)

Fonte: Dados da Pesquisa

Quanto aos dados sobre gravidez e puerpério, pouco mais da metade das mães era múltiparas (53.3%) e maioria dos binômios estavam com menos sete dias de internação na Unidade Neonatal (49,3%). No que se refere a idade gestacional ao nascer, (45,8%) podia ser classificado como prematuro limítrofe ($IG \geq 31$ e < 34 semanas).

A maioria das puérperas (98,3%) realizaram pré-natal, sendo que (40%) realizaram 6 ou mais consultas. Cerca de (52,5%) relatou ter recebido orientações sobre os cuidados com o bebê durante o pré-natal e 60 (50%) acerca da amamentação. Quanto à participação em grupo/roda de gestantes, (84,2%) comentou não ter participado de grupo/roda de gestante no pré-natal.

A maioria das mães (89,2%) afirmou que teriam apoio para realizar os cuidados com o bebê. Quanto a fonte onde buscam informações sobre os cuidados com o bebê, (43,3%) disseram buscar informações com os profissionais de saúde, (26,7%) com familiares e (25,8%) buscavam informações na internet/redes sociais.

Conforme observa-se na Tabela 2.

Tabela 2 - Dados obstétricos. Fortaleza, 2019.

VARIÁVEIS	N(%)
Paridade	
Múltipara	64(53,3%)
Primípara	56(46.6%)
Idade Gestacional	
Prematuro extremo ($IG < 30$ semanas)	35(29.2%)
Prematuro limítrofe ($IG \geq 31$ e < 34 semanas),	55(45.8%)
Prematuro moderado ($IG \geq 35$ e < 36 semanas)	30(25.0%)
Dias de internação	
< 7 dias	58(48,3%)
> 15 dias	22(18.3%)
> 7 dias < 15 dias	40(33.3%)
Fez Pré-Natal	
Não	2(1.7%)
Sim	118(98.3%)
Quantidade de consultas realizadas	
1 a 3 consultas	23(19.2%)
4 a 6 consultas	49(40.8%)
Mais que 6 consultas	48(40.0%)
Orientação sobre cuidados com bebê	
Não	57(47.5%)
Sim	63(52.5%)
Participação em grupo de gestante	
Não	101(84.2%)

Sim	19(15.8%)
Apoio para realizar os cuidados com o RN	
Não	13(10.8%)
Sim	107(89.2%)
Fonte de informações sobre os cuidados com o bebê	
Familiares	37(30.9.7%)
Internet/Redes sociais	36(30.0%)
Posto de saúde/Profissional de saúde	52(43.3%)
Recebeu orientações sobre amamentação no pré-natal	
Não	60(50.0%)
Sim	60(50.0%)

Fonte: Dados da Pesquisa

5. DISCUSSÃO

5.1 Perfil do binômio mãe-filho

A idade das mães variou entre 14 e 46 anos com média de 25,7 anos sendo a maioria (43,3%) entre 20 e 30 anos indo de encontro com os achados de Ferraresi (2016), onde foi observada que a maior frequência na faixa etária era de 26 a 30 anos (28,0%) e de 21 a 25 anos (22,9%), sendo que os extremos de idade (< que 17 anos e > de 35 anos 8,8%) foram pouco prevalentes em seu estudo realizado em uma unidade neonatal situado no Distrito Federal.

Já nos achados de Pereira (2018) em seu estudo realizado na em uma maternidade pública de referência para alta complexidade no atendimento à saúde da mulher no estado do Piauí o cenário foi diferente, pois a maioria das mães aqui se encontravam na faixa etária de 14 a 29 anos.

Sabe-se que a idade da mãe é importante fator na questão da prematuridade pois os extremos de idade (>17 e <35 anos) traz consigo diversos fatores físicos e socioemocionais envolvidos a favor da prematuridade pois gravidez na adolescência está em associada a início tardio e menor número de consultas no pré-natal, uso de abortivo no início da gestação, baixa escolaridade, ausência de companheiro, baixo peso ao nascer, maior incidência de desproporção céfalo-pélvica e pré-eclâmpsia assim como nas mulheres que engravidam após os 35 anos sendo essas mães um público alvo mais favorável a ter RNs prematuros admitidos na UTI neonatal. (SANTOS, 2009; FERRARESI 2016, PEREIRA, 2018).

Percebe-se então a necessidade de conhecer a idade dessas mulheres pois as de extremos de idade são as de maior incidência na UTI neonatal, sendo assim um público a se ter um cuidado e atenção diferenciada afim de mudar esse cenário e de alguma forma prevenir esses partos prematuros que como já dito anteriormente traz consigo diversas consequências para o RN bem como para sua família. (PEREIRA, 2018).

A maioria das mulheres (65%) eram provenientes da capital ou região metropolitana, corroborando com o estudo de Feitosa (2016) que foi realizado em Fortaleza, com mães internadas na Unidade Canguru e diferentemente dos achados de Pereira (2018), onde a maioria das mulheres (57,00%) eram provenientes da zona rural do estado do Piauí.

Nos centros urbanos concentram uma maior quantidade e qualidade nos serviços de saúde, nas zonas rurais o acesso a esses bens e serviços é mais restrito. Pode-se

perceber assim a diferença em cada região com suas particularidades, sendo necessário conhecer a proveniência dessas mulheres afim de organizar melhor o serviço pois tanto as mulheres da capital como as da zona rural têm o mesmo direito de acesso aos serviços de saúde garantindo assim o princípio da equidade do SUS, pois apesar de todas as pessoas possuírem direito aos serviços, as pessoas não são iguais e, por isso, têm necessidades distintas (MATTOS,2009; BARROS, 2016; PEREIRA, 2018).

Quanto à escolaridade, a maioria (64,2%) possuía mais de 9 anos de estudo, indo de encontro aos achados de Vieira (2018) onde as mães de RN internados em UTIn tinham ensino médio completo 54,3%.

As mães que possuem pouca escolaridade geralmente estão em condições mais vulneráveis a situações de risco, pois esta situação pode afetar a assimilação das instruções e cuidados a serem realizados a seus RNs as quais podem afetar de maneira negativa a saúde do recém-nascido. (COSTA, 2014).

Dessa forma um maior grau de instrução das mães é positivo pois elas conseguem assimilar com mais facilidade as instruções de cuidados realizados pelos profissionais de saúde a serem realizados com seu RN. (OLIVEIRA, 2017).

Quanto ao estado civil, (75%) das mães possuíam companheiro corroborando com o estudo de Bugs (2018) com mães de prematuros hospitalizados realizado em um hospital universitário da região Oeste do Paraná, onde a maioria das participantes, 11 (64,71%) mães, era casada ou vivia em união estável.

Como a maioria das mulheres referiram ser casadas ou serem em união estável vê-se aqui um fator importante a ser ressaltado para que seja inclusa a paternidade em todo o ciclo gravídico puerperal desde as consultas de pré-natal sendo eles convidados a participarem ativamente, visando aos benefícios que a participação dos homens traz quando se mostra afetivo, aumentando a segurança da mulher e vínculo familiar consistente. (TEIXEIRA, 2018)

Das 120 mulheres, 73 (60,8%) não exerciam atividade remunerada e 73 (60,8%) recebiam benefício do Programa Social do Governo Federal, o Bolsa Família, assim como em outros estudos realizados na região nordeste, caracterizando uma questão social que pode influenciar a morbimortalidade materna e infantil (FEITOSA, 2016; LIMA 2017).

Percebe-se a renda familiar como relevante determinante social de saúde e que este repercute sobre o estado de saúde dos indivíduos e corroborando com esses fatos, um estudo realizado na zona rural da Tanzânia, África, revelou que crianças advindas de

famílias com maior renda eram menos propensas a receberem cuidado domiciliar e sim em um estabelecimento de saúde em comparação com crianças que viviam com famílias mais pobres. (KANTÉ, 2015; OLIVEIRA, 2017).

Dessa forma é importante conhecer o contexto econômico dessas mães pois pode favorecer a realização de cuidados que valorizam os determinantes e condicionantes de saúde, a partir de cada contexto familiar.

Mais da metade das mães era multíparas (53.3%), corroborando com estudo nacional semelhante de Guimarães (2015). No caso de mães que tem outros filhos, é comum que elas se refiram com preocupação sobre as crianças que permanecem em casa e das quais elas precisam se distanciar fisicamente enquanto permanecem nas instalações do hospital (FONSECA, 2016).

Esse é um fato que pode gerar estresse e culpa para as mães com RN internados, interferindo na eficácia parental dessas mulheres. Dessa forma, a equipe de saúde deve se manter atenta e proporcionar formas de trazer toda a rede de apoio dessas mães.

Embora tenham sido partos prematuros, a maioria podia ser classificado como prematuro limítrofe, sendo assim, se captadas precocemente, essas mulheres deveriam ter feito de 6 a 8 consultas de pré-natal. Embora a maioria das mães tenha realizado o pré-natal, somente 40% realizaram mais do que 6 consultas. Conforme o Ministério há a necessidade de no mínimo 06 consultas de pré-natal para promover uma gestação saudável sem complicações para mãe e para o filho (BRASIL, 2012).

A maioria das puérperas realizaram pré-natal, sendo que a maioria realizou de 4 a 6 consultas contrastando assim com o estudo de Carvalho (2019) em seu estudo realizado com gestantes atendidas em dois hospitais de referência para gravidez de alto risco do Sistema Único de Saúde, na cidade de Recife onde (38,0%) das mulheres iniciaram o pré-natal ainda no primeiro trimestre e realizaram seis ou mais consultas.

O Ministério da saúde recomenda o mínimo de 6 consultas de pré-natal para promover uma gestação saudável sem complicações para mãe e para o filho. O pré-natal com início tardio (após o terceiro trimestre) e frequência insatisfatória (menos de 6 consultas), constituem riscos para o nascimento pré-termo e internação em uma UTIn. (BRASIL, 2012, CARVALHO, 2018).

A maioria cerca de (52,5%) relatou ter recebido orientações sobre os cuidados com o bebê durante o pré-natal e 60 (50%) acerca da amamentação diferentemente dos achados de Bugs (2018) onde maioria das mães 58,82%), afirmou

não ter recebido orientações acerca dos cuidados com o bebê prematuro provenientes dos profissionais atuantes no setor de internação do filho.

Sabe que a educação em saúde, direcionada para mães de prematuros, desvela-se importante para integrar a mãe nos cuidados com o filho e participar das decisões relacionadas ao tratamento do bebê.

Quanto à participação em grupo/roda de gestantes, (84,2%) comentou não ter participado de grupo/roda de gestante no pré-natal. O enfermeiro atua de diferentes formas no pré-natal, geralmente é esta profissional que faz a captação e cadastro e monitoramento da gestante no SISPRENATAL. É também a enfermeira que em quase todas as unidades realiza o grupo de gestantes para orientar e prepará-las para o parto e os cuidados com o bebê. (ANDRADE, 2013).

Desta forma é evidente a importância de realizar grupos de gestante e o papel do enfermeiro como educador no auxílio a esse público para proporcionar um ambiente de interação entre o profissional e a gestante bem como troca de experiências entre as participantes do grupo, aumentando assim a o conhecimento e melhorando a autoeficácia dessas mães para cuidar de si e de seu futuro RN.

A maioria das mães (89,2%) afirmou que teriam apoio para realizar os cuidados com o bebê. O apoio de familiares e demais pessoas da rede social da mulher é considerado como fator importante para o início e a continuidade de cuidados com bebê e amamentação. O apoio pode deixar a mulher mais confiante e segura, aumentando assim sua autoeficácia materna. (GUIMARÃES, 2018).

Quanto a fonte onde buscam informações sobre os cuidados com o bebê, a maioria disse buscar informações com os profissionais de saúde.

Sabe que os profissionais de enfermagem têm se mostrado fonte de aquisição de conhecimento para muitas mães com bebês internado na UTIn, devido ao contato contínuo com essas mulheres e seus recém-nascidos, diferindo de outros profissionais que possuem menos contato (SHOREY, 2014). Vale salientar que a pesquisa foi realizada dentro da Unidade Neonatal, o que pode ter influenciado as mães a procurarem mais informações advindas de profissionais da saúde.

6. CONCLUSÃO

A maioria das mulheres estavam na faixa etária entre 20 e 30 anos, eram provenientes da capital ou região metropolitana, possuía mais de 9 anos de estudo, possuíam renda de 1 a 2 salários e recebiam bolsa família. Quanto aos dados obstétricos, pouco mais da metade das mães era multípara. A maioria dos binômios estava com menos sete dias de internação e foram classificados como prematuro limítrofe, realizaram pré-natais, porém poucas participaram de grupos de gestantes.

Dessa forma, o enfermeiro deve buscar formas de valorizar tanto a rede de apoio dessas mães quanto o conhecimento prévio, por meio de atividades educativas nas quais as mães possam compartilhar suas experiências e sucessos com as mulheres primíparas e com sua rede de apoio, através de experiências de domínio, experiências vicárias, persuasão verbal e também apoio emocional as mudanças físicas e psicológicas que essas mulheres passam, ajudando assim a melhorar a transição parental.

Sabendo a importância de conhecer o perfil sociodemográfico e sua influência na Autoeficácia, seria importante incluir a educação em saúde mais orientada no perfil sociodemográfico dessas mães. Assim, os enfermeiros devem ser encorajados a prestar mais atenção aos próprios recursos das mães e da família, ao planejar e implementar cuidados de enfermagem.

O presente estudo contribuiu para conhecer o perfil sociodemográfico e obstétricos de mães de prematuros internados em Unidade de Cuidados Neonatais. Porém, a generalização dos resultados é limitado já que as participantes foram recrutadas por conveniência em um único hospital. Pesquisas futuras devem ser feitas com população maiores, recrutamento aleatório e com análises longitudinais, visando conhecer melhor as necessidades das mães para melhorar a eficácia materna.

REFERÊNCIAS

- ANDRADE, Manuela Uânia De, 2013. **O Acompanhamento De Pré-Natal: Uma Revisão De Literatura**. Disponível em:
<<https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/4022.pdf>>
- BANDURA, A. Self-Efficacy: toward a unifying theory of behavioral change. *Psychological Review*, v. 84, n. 2 p. 191-215, 1977.
- BRASIL, 2013, conheça a Rede Cegonha. Disponível em:
<http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/folder/rede_cegonha.pdf>. [acesso em 28 de maio de 2019].
- BRASIL, 2017. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Atenção humanizada ao recém-nascido: Método Canguru: manual técnico / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – 3. ed. – Brasília: Ministério da Saúde, 2017.340 p.:il
- Brasil, 2017. O Panorama da Rede Cegonha, MS. Disponível em:
<<http://portalms.saude.gov.br/acoes-e-programas/rede-cegonha/panorama>>
- BRASIL, 2018, MS, Rede Cegonha. Disponível em:
<<http://portalms.saude.gov.br/acoes-e-programas/rede-cegonha>>. [acesso em 28 de maio de 2019]
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção a Saúde. Departamento de ações Programáticas Estratégicas. Atenção humanizada ao recém-nascido de baixo peso: Método Canguru. – 2. ed.-Brasília : Editora do Ministério da Saúde, 2011.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos Não Transmissíveis e Promoção da Saúde. Saúde Brasil 2015/2016 : Uma análise da situação de saúde e da epidemia pelo vírus Zika e por outras doenças transmitidas pelo *Aedes aegypti* [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos Não Transmissíveis e Promoção da Saúde. – Brasília : Ministério da Saúde, 2017.
- BRASIL: implementação, correlação intraclasse e fatores associados à prematuridade espontânea / Giuliane Jesus Lajes. - Campinas,SP : [s .n.], 2014.
- BUGS BM, Viera CS, Rodrigues RM, et al. Atividade Educativa para Mães de Bebês Prematuros como Suporte Para o Cuidado. 2018;8: e2725. [Access 18 de junho de 2019]; Available in <http://seer.ufsj.edu.br/index.php/recom/article/view/2725/1976>. DOI: <http://dx.doi.org/10.19175/recom.v8i0.2725>
- CARLO WA, Travers CP. Maternal and neonatal mortality: time to act. *JPediatr (RioJ)*. 2016;92:543-5. Disponível em:
<http://www.scielo.br/pdf/jped/v92n6/pt_0021-7557-jped-92-06-0543.pdf>
- CARVALHO, Valéria Conceição Passos de; ARAUJO, Thália Velho Barreto de. 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.**, Recife , v. 7, n. 3, p. 309-317, Sept. 2007 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1519-38292007000300010&lng=en&nrm=iso>. access on 18 June 2019. <http://dx.doi.org/10.1590/S1519-38292007000300010>. cogitare enferm. (23)1: e51409, 2018, Disponível em: <<https://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/51409/pdf>>

COSTA, Ana Lucia do Rego Rodrigues et al . Fatores de risco materno associados a necessidade de unidade de terapia intensiva neonatal. **Rev. Bras. Ginecol. Obstet.** Rio de Janeiro , v. 36, n. 1, p. 29-34, Jan. 2014 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-72032014000100029&lng=en&nrm=iso>. access on 18 June 2019. <http://dx.doi.org/10.1590/S0100-72032014000100007>

FEITOSA, Marielle Ribeiro et al. Primary Health Care Follow-Up Visits: Investigation Of Care Continuity Of Preterm Newborns From A Kangaroo-Mother Care Unit. **International Archives Of Medicine**, [s.l.], v. 10, p.327-332, 22 fev. 2017. Disponível em: <<http://imedicalsociety.org/ojs/index.php/iam/article/view/2356>>. Acesso em: 02 Nov 2018

FERRARESI, Mariana Fanstone; ARRAIS, Alessandra da Rocha. Epidemiological profile of newborns' mothers admitted to a public neonatal unit. **Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste**, [s.l.], v. 17, n. 6, p.1-8, 13 jun. 2017. Disponível em: <http://periodicos.ufc.br/rene/article/view/6453>
GUIMARÃES, 2018 A Autoeficácia Na Amamentação E A Prática Profissional Do Enfermeiro, Rev Enferm Ufpe On Line., Recife, 12(4):1085-90, Abr., 2018.

KANTÉ AM, Gutierrez HR, Larsen AM, Jackson EF, Helleringer S, Exavery A, et al. Childhood Illness Prevalence and Health Seeking Behavior Patterns in Rural Tanzania. **BCM Public Health [Internet]**. 2015. Disponível em: <https://bmcpublikealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12889-015-2264-6>

LAJES, Giuliane Jesus, 197 4- Estudo multicêntrico de investigação em prematuridade no Brasil: implementação, correlação intraclasse e fatores associados à prematuridade espontânea / Giuliane Jesus Lajes. - Campinas, SP : (s .n.), 2014.

MAIA, Livia Teixeira de Souza; SOUZA, Wayner Vieira de; MENDES, Antonio da Cruz Gouveia. Diferenciais nos fatores de risco para a mortalidade infantil em cinco cidades brasileiras: um estudo de caso-controle com base no SIM e no SINASC. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro , v. 28, n. 11, p. 2163-2176, Nov. 2012 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2012001100016&lng=en&nrm=iso>. access on 18 June 2019.

MARQUES, Consuelo Penha Castro Marques. Universidade Federal do Maranhão. UNA-SUS/UFMA. Redes de atenção à saúde: a Rede Cegonha - São Luís, 2016. Disponível em: http://www.unasus.ufma.br/site/files/livros_isbn/isbn_redes02.pdf

MATTOS, Ruben Araujo de. Princípios do Sistema Único de Saúde (SUS) e a humanização das práticas de saúde. **Interface (Botucatu)**, Botucatu , v. 13, supl. 1, p. 771-780, 2009 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832009000500028&lng=en&nrm=iso>. access on 21 June 2019. <http://dx.doi.org/10.1590/S1414-32832009000500028>.

OLIVEIRA, Rhaiany Kelly Lopes de et al . Influência de condições socioeconômicas e conhecimentos maternos na autoeficácia para prevenção da diarreia infantil. **Esc. Anna Nery**, Rio de Janeiro , v. 21, n. 4, e20160361, 2017 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452017000400208&lng=en&nrm=iso>. access on 18 June 2019. Epub Aug 07, 2017. <http://dx.doi.org/10.1590/2177-9465-ean-2016-0361>.

PEREIRA, 2018. Perfil de Gestantes Acometidas de Parto Prematuro em uma Maternidade Pública, disponível em : http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/viewFile/6194/pdf_1

RAMOS, Helena Ângela de Camargo and CUMAN, Roberto Kenji Nakamura. Fatores de risco para prematuridade: pesquisa documental. *Esc. Anna Nery*[online]. 2009, vol.13, n.2, pp.297-304. ISSN 1414-8145. <http://dx.doi.org/10.1590/S1414-81452009000200009>.

SANTOS, 2009. Impacto da idade materna sobre os resultados perinatais e via de parto, santos, 2009, disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbgo/v31n7/v31n7a02.pdf>

SANTOS, DANIELE GONÇALVES DOS SANTOS. **ANÁLISE SOBRE A RELAÇÃO ENTRE AUSÊNCIA DO PRÉ-NATAL E PREMATURIDADE À LUZ DOS PROGRAMAS DE ATENÇÃO MATERNO-INFANTIL**. 2018. Dissertação- Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória – EMESCAM, Vitória, 2018. Disponível em: http://www.emescam.br/arquivos/pos/stricto/dissertacoes/130_DANIELE_GONCALVES_DOS_SANTOS.pdf. Acesso em: 14 jun. 2019.

SOUSA, F. J. **Fatores associados à prematuridade no município de sobral, Ceará**. 2016. 106 f. Dissertação (Mestrado em Saúde da Família) - Universidade Federal do Ceará, Programa de Pós Graduação em Saúde da Família, Sobral, 2016.

SPEHAR, M.C; SEIDL, E.M.F., Percepções Maternas No Método Canguru: Contato Pele A Pele, Amamentação E Autoeficácia, *Psicologia em Estudo*, Maringá, v. 18, n. 4, p. 647-656, out./dez. Universidade de Brasília, Brasília-DF, Brasil, 2013, disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/pe/v18n4/07.pdf>

SPEHAR, Mariana Costa. Mães de bebês prematuros no Método Canguru: aspectos psicossociais, enfrentamento e autoeficácia. 2013. xii, 114 f., il. Dissertação (Mestrado em Processos do Desenvolvimento Humano e Saúde)—Universidade de Brasília, Brasília, 2013.

TEIXEIRA, 2018, **perfil de mães e o desfecho do nascimento prematuro ou a termo**, Tremblay RE, Boivin M, Peters RDeV, eds. Enciclopédia sobre o Desenvolvimento na Primeira Infância [on-line]. <http://www.encyclopedia->

crianca.com/sites/default/files/dossiers-complets/pt-pt/prematuridade.pdf. Atualizada: Julho 2017. Consultado: 28/05/2019.

TRISTAO, Rosana Maria et al. Validação da escala percepção de autoeficácia da parentalidade materna em amostra brasileira. **J. Hum. Growth Dev.**, São Paulo, v. 25, n. 3, p. 277-286, 2015. Disponível em <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12822015000300005&lng=pt&nrm=iso>. acessos em 18 jun. 2019. <http://dx.doi.org/10.7322/jhgd.96759>.

VIEIRA, Carolina Santiago; Ajustamento familiar ao nascimento prematuro durante a internação na unidade de terapia intensiva neonatal. Belo Horizonte; s.n; 2018. 85 p. graf, tab, ilus.

APÊNDICE A

Termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE)

Você está sendo convidada pela pesquisadora Sarah Rayssa Cordeiro Sales Pinheiro como participante da pesquisa intitulada **“Autoeficácia e apoio social de mães de recém-nascidos prematuros em unidade de cuidados neonatais”**, de forma voluntária, porém, você não deve concordar contra a sua vontade. Antes de concordar em participar e responder as questões, é importante que você compreenda as informações contidas neste documento. Os pesquisadores deverão responder todas as suas dúvidas antes de você decidir participar. Você tem o direito de desistir de participar da pesquisa a qualquer momento, sem nenhuma penalidade e sem perder os benefícios aos quais tenha direito no atendimento hospitalar.

Local da coleta de dados: Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN) e Unidade de Cuidados Intermediários Convencionais (UCINCo) - Maternidade Escola Assis Chateaubriand (MEAC).

O objetivo desse estudo é analisar o nível de autoeficácia materna percebida e sua relação com o apoio social de mães de recém-nascidos prematuros internados em Unidade de Terapia Intensiva de um hospital universitário.

Caso aceite participar do estudo, serão utilizados dois instrumentos: um questionário de caracterização sócio demográfica, contendo a sua identificação (nome, idade, sexo, endereço, escolaridade, estado civil, profissão, quantidade de pessoas residindo na casa e renda mensal familiar), uma escala intitulada de Escala de Autoeficácia Materna Percebida para analisar o nível de autoeficácia materna e o terceiro instrumento será a Escala de Apoio Social – MOSS com objetivo de avaliar o seu apoio social.

O estudo será importante, pois permitirá avaliar a autoeficácia, conhecendo quais aspectos dos cuidados ao recém-nascido a mãe mais necessita de apoio e identificará o nível apoio social percebido dessas mães desse contexto, fornecendo informações que possibilitem realizar um plano de cuidados que envolvam o componente educativo e promotor da saúde direcionados as reais necessidades, diminuindo gastos e minimizando intercorrências futuras.

Os riscos e desconfortos serão mínimos, podem surgir no momento de leitura do questionário, podendo causar constrangimento ao passo que você poderá não ter a intenção de responder as perguntas.

Garanto-lhe que as informações fornecidas por você terão sua privacidade garantida e sua identidade ficará protegida, na medida em que os dados coletados servirão apenas para alcançar os objetivos desta pesquisa. Vale ressaltar que você tem o direito de desistir de participar da pesquisa a qualquer momento, sem nenhuma penalidade, bem como a sua participação não o trará nenhum custo.

Este Termo de Consentimento Livre e Esclarecido será assinado em duas vias, sendo que uma ficará comigo (pesquisadora) e a outra, com o senhor (a) (entrevistado).

Endereço d(os, as) responsável(is) pela pesquisa:

Nome: Sarah Rayssa Cordeiro Sales Pinheiro

Instituição: Departamento de Enfermagem da Universidade Federal do Ceará

Endereço: Rua Alexandre Baraúna, 1115

Telefones para contato: (85) 3366-8448

ATENÇÃO: Se você tiver alguma consideração ou dúvida, sobre a sua participação na pesquisa, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da MEAC/NESAR – Rua Coronel Nunes de Melo, S/n - Rodolfo Teófilo, Fortaleza - CE, 60430-270

O abaixo assinado _____, _____anos, RG: _____, declara que é de livre e espontânea vontade que está como participante de uma pesquisa. Eu declaro que li cuidadosamente este Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e que, após sua leitura, tive a oportunidade de fazer perguntas sobre o seu conteúdo, como também sobre a pesquisa, e recebi explicações que responderam por completo minhas dúvidas. E declaro, ainda, estar recebendo uma via assinada deste termo.

Fortaleza, ____/____/____

Assinatura participante da pesquisa

Assinatura do pesquisador

Assinatura do profissional do profissional que aplicou o TCLE

APÊNDICE B

Termo de assentimento para adolescentes (T.A.)

Prezada, adolescente, convidamos você a participar deste pesquisa intitulada “AUTOEFICÁCIA E APOIO SOCIAL DE MÃES DE RECÉM-NASCIDOS PREMATUROS EM UNIDADE DE CUIDADO NEONATAL” de forma voluntária, porém, você não deve concordar contra a sua vontade. Antes de concordar em participar e responder as questões, é importante que você compreenda as informações contidas neste documento. Os pesquisadores deverão responder todas as suas dúvidas antes de você decidir participar. Você tem o direito de desistir de participar da pesquisa a qualquer momento, sem nenhuma penalidade e sem perder os benefícios aos quais tenha direito no atendimento hospitalar.

Local da coleta de dados: Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN) Unidade de Cuidados Intermediários Convencionais (UCINCo) - Maternidade Escola Assis Chateaubriand (MEAC).

O objetivo desse estudo é analisar o nível de autoeficácia materna percebida e sua relação com o apoio social de mães de recém-nascidos prematuros internados em Unidade de Terapia Intensiva de um hospital universitário.

Caso aceite participar do estudo, será utilizado dois instrumentos: um questionário de caracterização sócio-demográfica, contendo a sua identificação (nome, idade, sexo, endereço, escolaridade, estado civil, profissão, quantidade de pessoas residindo na casa e renda mensal familiar), uma escala intitulada de *Escala de Autoeficácia Materna Percebida* para analisar o nível de autoeficácia materna e o terceiro instrumento será a Escala de Apoio Social com objetivo de avaliar o seu apoio social.

O estudo será importante, pois permitirá avaliar a autoeficácia, conhecendo quais aspectos dos cuidados ao recém-nascido a mãe mais necessita de apoio e identificará o nível apoio social percebido dessas mães desse contexto, fornecendo informações que possibilitem realizar um plano de cuidados que envolvam o componente educativo e promotor da saúde direcionados as reais necessidades, diminuindo gastos e minimizando intercorrências futuras.

Os riscos e desconfortos serão mínimos, podem surgir no momento de leitura do questionário, podendo causar constrangimento ao passo que você poderá não ter a intenção de responder as perguntas.

Garanto-lhe que as informações fornecidas por você terão sua privacidade garantida e sua identidade ficará protegida, na medida em que os dados coletados servirão apenas para alcançar os objetivos desta pesquisa. Vale ressaltar que você tem o direito de desistir de participar da pesquisa a qualquer momento, sem nenhuma penalidade, bem como a sua participação não o trará nenhum custo.

Este Termo de Consentimento Livre e Esclarecido será assinado em duas vias, sendo que uma ficará comigo (pesquisadora) e a outra, com o senhor (a) (entrevistado).

Endereço d(os, as) responsável(is) pela pesquisa:

Nome: Sarah Rayssa Cordeiro Sales Pinheiro

Instituição: Departamento de Enfermagem da Universidade Federal do Ceará

Endereço: Rua Alexandre Baraúna, 1115

Telefones para contato: (85) 3366-8448

ATENÇÃO: Se você tiver alguma consideração ou dúvida, sobre a sua participação na pesquisa, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da MEAC/NESAR – Rua Coronel Nunes de Melo, S/n - Rodolfo Teófilo, Fortaleza - CE, 60430-270

O abaixo assinado _____, _____anos, RG: _____, declara que é de livre e espontânea vontade que está como participante de uma pesquisa. Eu declaro que li cuidadosamente este Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e que, após sua leitura, tive a oportunidade de fazer perguntas sobre o seu conteúdo, como também sobre a pesquisa, e recebi explicações que responderam por completo minhas dúvidas. E declaro, ainda, estar recebendo uma via assinada deste termo.

Fortaleza, ____/____/____

Assinatura participante da pesquisa

Assinatura do pesquisador

Assinatura do profissional do profissional que aplicou o TCLE

APÊNDICE C

INSTRUMENTO SOCIODEMOGRÁFICO



UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO

Pesquisa: AUTOEFICÁCIA E APOIO SOCIAL DE MÃES DE RECÉM-NASCIDOS
PREMATUROS EM UNIDADE DE CUIDADO NEONATAL

Data da coleta:

IDENTIFICAÇÃO	
1. Nome da Mãe:	
2. Data de nascimento da mãe:	
SOCIODEMOGRÁFICOS	
3. Idade da mãe:	3.
4. Procedência: 1. Capital 2. Interior	4.
5. Escolaridade da mãe/ anos de estudos: 0. Nunca foi a escola. 1 . 1-4 anos 2. 4-8 anos 2. 4 a 8 anos 3. Maior ou igual a 9	5.

6. Estado civil: 1. Com companheiro 2. Sem companheiro	6.
7. Exerce atividade remunerada? 1. Sim. 2. Não	7.
8. Renda familiar: 1. 1 a 2 salários 2. 2 a 3 salários 3. 4 a 5 salários 5. mais que 6 salários mínimos	8.
9. Recebe bolsa família? 1. Sim 2. Não	9.
VARIÁVEIS SOBRE GRAVIDEZ, PARTO E PUERPÉRIO	
10. Idade gestacional ao nascer: 1. Prematuro extremo (IG < 30 semanas), 2. Prematuro Moderado (IG ≥ 31 e < 34 semanas), 3. Prematuro Limítrofe (IG ≥ 35 e < 36 semanas)	11.
11. Dia de internação do RN na unidade neonatal:	12.
12. Paridade:	14.
13. Pré-Natal: 1. Sim 2. Não	18.
14. Quantas consultas realizou? 0. Não realizou pré-natal. 1. 1 a 3 consultas. 2. 4 a 6 consultas 2. Mais que 6 consultas	20.
15. Você recebeu orientação sobre cuidados com bebê durante o pré-natal? 1. Sim. 2. Não	21.
16. Participou de grupo de gestante? 1. Sim 2. Não	22.
17. Onde você busca informações sobre os cuidados com o bebê? 1. Posto de saúde/Profissionais de saúde. 3. Televisão 4. ACS 5. Familiares 6. Amigos 6. Internet/Redes sociais: especificar: _____ 7. Outros	23.
18. Você terá apoio de alguém para realizar os cuidados com o RN? 1. Sim 2. Não	24.
19. Recebeu orientações sobre amamentação no pré-natal? 1. Sim 2. Não	32.

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: AUTOEFICÁCIA E APOIO SOCIAL DE MÃES DE RECÉM-NASCIDOS PREMATUROS EM UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA: ESTUDO TRANSVERSAL

Pesquisador: SARAH RAYSSA CORDEIRO SALES PINHEIRO **Área Temática:**

Versão: 1

CAAE: 89651418.0.0000.5050

Instituição Proponente: Maternidade Escola Assis Chateaubriand / MEAC/ UFC

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 2.683.635

Apresentação do Projeto:

PROJETO TRAZ RELEVÂNCIA CIENTÍFICA E ÉTICA PARA INTERVENÇÕES EM SAÚDE JUNTO AO BINÔMIO NAS UNIDADES NEONATAIS.

Objetivo da Pesquisa:

Analisar a autoeficácia parental materna percebida e o apoio social de mães de recém-nascidos prematuros em unidade de internação neonatal.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

RISCOS E BENEFÍCIOS SÃO DESCRITOS PELA AUTORA COM COERÊNCIA: Os riscos e desconfortos serão mínimos, podem surgir no momento de leitura do questionário, podendo causar constrangimento. A pesquisa será suspensa caso a pesquisadora perceba algum risco ou dano à saúde do sujeito participante da pesquisa não previsto no termo de consentimento.

Benefícios: O estudo será importante, pois permitirá avaliar a autoeficácia, conhecendo quais aspectos dos cuidados ao recém-nascido a mãe mais necessita de apoio, e analisar apoio social percebido dessas mães desse contexto, fornecendo informações que possibilitem realizar um plano de cuidados que envolvam o componente educativo e promotor da saúde direcionados as reais necessidades, diminuindo gastos e minimizando intercorrências futuras.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

PROJETO COM BOA FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA, METODOLÓGICA E ÉTICA.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

APRESENTOU TERMOS DE EXIGÊNCIA DO CEP.

Recomendações:

NÃO HÁ.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1079453.pdf	07/05/2018 14:17:10		Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projetodepesquisa.docx	07/05/2018 14:15:25	SARAH RAYSSA CORDEIRO SALES PINHEIRO	Aceito
Outros	EscaladeApoioSocial.docx	07/05/2018 14:09:44	SARAH RAYSSA CORDEIRO SALES PINHEIRO	Aceito
Outros	Escala_de_Autoeficacia_Materna_Parental_Percebida.docx	07/05/2018 14:09:25	SARAH RAYSSA CORDEIRO SALES PINHEIRO	Aceito
Outros	InstrumentoSociodemografico.docx	07/05/2018 14:08:57	SARAH RAYSSA CORDEIRO SALES PINHEIRO	Aceito
Outros	Declaracao_de_anuencia.pdf	07/05/2018 13:52:37	SARAH RAYSSA CORDEIRO SALES PINHEIRO	Aceito
Outros	Carta_de_encaminhamento.pdf	07/05/2018 13:51:40	SARAH RAYSSA CORDEIRO SALES PINHEIRO	Aceito
Brochura Pesquisa	RESUMO.docx	07/05/2018 13:50:23	SARAH RAYSSA CORDEIRO SALES PINHEIRO	Aceito

TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	APENDICE_A_TAA.docx	07/05/2018 13:46:49	SARAH RAYSSA CORDEIRO SALES PINHEIRO	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	Apendice_B_TCLE.docx	07/05/2018 13:46:30	SARAH RAYSSA CORDEIRO SALES PINHEIRO	Aceito
Orçamento	Orcamento.docx	07/05/2018 13:44:51	SARAH RAYSSA CORDEIRO SALES PINHEIRO	Aceito
Declaração de Pesquisadores	Declaraaaao_de_concordancia.pdf	07/05/2018 13:44:03	SARAH RAYSSA CORDEIRO SALES PINHEIRO	Aceito
Cronograma	Cronograma.docx	07/05/2018 13:42:24	SARAH RAYSSA CORDEIRO SALES PINHEIRO	Aceito
Folha de Rosto	Folha_de_rostro.pdf	07/05/2018 13:35:28	SARAH RAYSSA CORDEIRO SALES PINHEIRO	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

FORTALEZA, 29 de Maio de 2018

Assinado por:**Maria Sidneuma Melo Ventura
(Coordenador)**