



Escola Anna Nery Revista de Enfermagem
ISSN: 1414-8145
annaneryrevista@gmail.com
Universidade Federal do Rio de Janeiro
Brasil

Batista Santos, Fernanda Lima; Veríssimo de Oliveira, Maria Ivoneide; Andrade Bezerra, Maria Gorete
PREMATURIDADE ENTRE RECÉM-NASCIDOS DE MÃES COM AMNIORREXE PREMATURA
Escola Anna Nery Revista de Enfermagem, vol. 10, núm. 3, diciembre, 2006, pp. 432-438

Universidade Federal do Rio de Janeiro
Rio de Janeiro, Brasil

Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=127715308011>

- Como citar este artigo
- Número completo
- Mais artigos
- Home da revista no Redalyc

PREMATURIDADE ENTRE RECÉM-NASCIDOS DE MÃES COM AMNIORREXE PREMATURA

Prematurity Among New-borns of Mothers with Premature Amniorrexis

Prematuridad Entre Recién Nacidos de Madres com Amniorrexis Prematura

Fernanda Lima Batista Santos

Maria Ivoneide Veríssimo de Oliveira

Maria Gorete Andrade Bezerra

Resumo

Estudo descritivo realizado em maternidade pública de Fortaleza-CE, com objetivo de caracterizar a prematuridade entre recém-nascidos (RNs) internados na Unidade Neonatal em decorrência da amniorrexe prematura. Analisaram-se 37 recém-nascidos e suas mães. Dos RNs, foram analisados: grau de prematuridade, Apgar e necessidade de reanimação. Das mães: idade gestacional, realização de pré-natal, patologias na gestação e tipo de parto. Verificou-se que 35,1% nasceram prematuros e 29,7% com Apgar entre 0 e 6 no 1º minuto de vida, necessitando de reanimação. Quanto à idade gestacional, 35,1% apresentaram ruptura das membranas antes da 37ª semana, 5,4% não realizaram pré-natal, 67,5% compareceram a 2 a 5 consultas e 27,1% referiram 6 ou mais; 16,2% das mães apresentaram doença hipertensiva específica da gestação (DHEG), e 51,3% tiveram parto normal. Conclui-se que a prematuridade foi elevada, podendo representar importante causa de morbimortalidade neonatal, como também acarretar complicações clínicas e obstétricas para a mãe. A DHEG ainda representa um risco para a gravidez. É preciso que novos estudos sobre a temática sejam realizados para se conhecer a verdadeira magnitude do problema.

Palavras-chave: Prematuro. Mães. Gravidez. Idade Gestacional. Trabalho de Parto Prematuro.

Abstract

This is a descriptive study that took place in a public maternity in Fortaleza – Ce, with objective to characterize the prematurity among newly born (RN) interned in the Unidade Neonatal due to the premature amniorrexe. It was analyzed 37 newborns along with their mothers. From the newborns it was analyzed: prematurity degree, Apgar and reanimation need; and from their mothers: gestational age, pre natal care, birth and gestational pathologies. It was found that 35,1% of the babies are premature and 29,7% had a 0-6 Agar during the first minute of life, needing reanimation. As for the gestational age, 35,1% presented membrane ruptures before the 37th week of birth, 5,4% did not go through pre natal care, 67,5% attended from 2 to 5 appointments and 27,1% attended to 6 or more, 16,2% of the mothers presented Gestational Specific Highblood Pressure Disease (GSHPD) and 51,3% of the mothers went through normal delivery. It was concluded that the prematurity was high, being a main cause of newborn morbid/mortality and that it also brings clinical and obstetric complications for the mothers. The GSHPD still represents a risk to pregnancy. More studies on the subject are needed in order to acknowledged the real magnitude of the problem.

Resumen

Estudio descriptivo realizado en maternidad pública de Fortaleza-CE, con el objetivo de caracterizar la prematuridad entre recién nacido (RN) internados en la Unidad Neonatal debido al amniorrexis prematuro. Se analizaron 37 recién nacidos y sus madres. De los recién nacidos se analizó: el grado de la prematuridad, apgar y necesidad de reanimación. De las madres: edad gestacional, acompañamiento pré-natal, tipo del parto y patologías de la gestación. Fue verificado que 31,1% nacieron prematuras, 29,7% con Apgar entre 0 y 6 en el primer minuto de vida, necesitando de reanimación. Con respecto a la edad gestacional, 35,1% presentaron las rupturas de la membrana antes de la 37^a. Semana, 5,4% sin acompañamiento pré-natal, 67,5% 2-5 consultas y 27,1% refieren 6 o más, 16,2% de las madres presentaron Dolencia Hipertensiva del Estado Gestacional (DHEG), y 51,3% tuvieron parto normal. Se concluye que la prematuridad fué elevada, representando importante causa de la morbimortalidad neonatal, como también acarretar complicaciones clínicas y obstétricas para la madre. La DHEG aún representa un riesgo para la gestación. Es necesario que nuevos estudios sobre la temática sean realizados para se conocer la verdadera magnitud del problema.

Keywords: Infant, Premature. Mothers. Pregnancy. Gestational Age. Obstetrical Labor. Premature.

Palabras clave: Prematuro. Madres. Embarazo. Edad Gestacional. Trabajo de Parto Prematuro.

INTRODUÇÃO

A amiorrexe prematura é definida como a ruptura das membranas ovulares (RPM) antes do início do trabalho de parto, é condição comum que acomete cerca de 10% das gestações¹.

A RPM é uma das complicações mais comuns da gravidez e tem importante impacto na morbidade e mortalidade neonatal e perinatal. Sua ocorrência é responsável, direta ou indiretamente, por grande número de partos prematuros, tornando a gestação uma situação de risco, incrementando muitas vezes a necessidade de reanimação neonatal na sala de parto².

A incidência da prematuridade é variável e depende de características populacionais. Enquanto na Finlândia, França e Dinamarca representa 5% dos nascimentos, na Alemanha, Canadá, Japão e EUA é mais elevada, podendo estar presente em até 12,5%. No Brasil, as informações sobre os nascimentos prematuros são mais escassas e menos confiáveis³. Apesar dos avanços tecnológico e científico, a prematuridade, ainda hoje, é um grande problema na Obstetrícia e na Neonatologia, constituindo-se em uma das causas de morbidade e mortalidade neonatal. Dados de 2003 do Ministério da Saúde apontam prevalência de 6,4% de recém-nascidos (RNs) prematuros em nosso país, com alguma variação dependendo da região⁴.

Entende-se por recém-nascido prematuro a criança nascida após a 27^a semana de gestação e antes do termo desta e que tem, arbitrariamente, como limite de peso ao nascer, 1.000 g a menos de 2.500 g (o limite superior pode diminuir para 2.250 g, dependendo do tamanho normal dos adultos da comunidade a que pertence o pré-maturo⁵.

Quanto menores a idade gestacional e o peso ao nascer, maior o risco para a prematuridade e, consequentemente, maiores os riscos na adaptação à vida extra-uterina, em virtude da imaturidade dos órgãos e sistemas⁶. A prematuridade é a principal causa de morbimortalidade neonatal e perinatal em todo o mundo, principalmente em países de condições socioeconômicas desfavoráveis, com precária assistência médica pré-natal⁷.

As variações na ocorrência de óbitos neonatais são amplamente detectadas nas diferentes regiões mundiais. Embora seguindo trajetórias diferentes, com intervenções mais abrangentes na perspectiva do cuidado obstétrico e neonatal, ou mais limitadas ao cuidado neonatal intensivo, os países ricos atingiram índices de mortalidade neonatal muito inferiores aos dos países pobres asiáticos e africanos, nos quais a mortalidade neonatal chega a ser oito vezes maior.

Na América Latina, a identificação de taxas de mortalidade neonatal de 25 óbitos por 1.000 nascidos vivos representa uma diferença de quatro vezes em relação aos países norte-americanos e europeus. A persistência de índice tão elevado é ainda mais desafiadora num contexto no qual a completa ausência de estrutura para assistência perinatal não é uma realidade. Pelo contrário, na maior parte dos países latino-americanos, a grande maioria dos nascimentos ocorre em unidades hospitalares, sendo importante destacar que, mesmo em alguns países nos quais a proporção de nascimentos em serviços de saúde é superior a 95%, a mortalidade neonatal alcança taxas em torno de 22 por 1.000 nascidos vivos⁸.

Apesar de haver uma grande preocupação com a mortalidade neonatal e perinatal, a incidência de seqüelas neurológicas em crianças prematuras têm diminuído, dados os avanços da perinatologia⁹. Na instituição local do estudo, a mortalidade perinatal e neonatal também diminui a cada ano, em especial entre os pequenos prematuros, tendo como um dos marcos a instalação de modernas unidades neonatais, equipadas com recursos humanos e tecnologias complexas e especializadas, além da melhoria do sistema de transporte do recém-nascido para os centros de referência terciária, inseridos na rede regionalizada e hierarquizada por nível de complexidade crescente de cuidado.

Nos países subdesenvolvidos e em desenvolvimento, os serviços especializados são escassos e carentes de tecnologias mais complexas, de apoio ao diagnóstico e terapêutica, comprometendo a qualidade da assistência, aumentando, assim, a preocupação com os fatores de risco perinatais e neonatais relacionados aos cuidados à saúde⁶.

Mesmo com a diminuição das taxas de mortalidade, estas ainda continuam sendo uma das principais características do período neonatal, pelo fato de ser uma fase de grande fragilidade do ser humano e de alta propensão à ocorrência de seqüelas muitas vezes incapacitantes e de longa duração. Para que essas taxas diminuam e haja a recuperação de alguma patologia que venha ocorrer neste período, sem que haja seqüelas, é indicado o encaminhamento para a Unidade de Tratamento Intensivo Neonatal (UTIN). Portanto, a assistência a um RN exige vigilância constante de pessoal competente, bem treinado, dadas as características de emergência, freqüentemente oligossintomática, da intercorrência neonatal¹⁰.

O período neonatal é a fase em que se fortalece o vínculo afetivo entre mãe e filho, mas, quando a criança precisa ser encaminhada para uma Unidade de Terapia

Intensiva Neonatal, logo após o parto, esta ligação fica prejudicada. A enfermeira deve ajudar os pais a começarem a estabelecer vínculo com seu filho durante a internação na UTIN. Assim, é necessário explicar os procedimentos realizados e o tratamento, bem como reforçar continuamente as informações passadas pelo médico, em relação a sua evolução clínica e prognóstico. A equipe de Enfermagem constitui, portanto, a fonte de apoio para os pais.

A prematuridade traz riscos para o recém-nascido e problemas para a mãe e toda a família, tais como: a angústia pelo período de internação do bebê, condutas invasivas que aumentam o risco de infecção e a própria distância da mãe e da família. Atualmente, os profissionais de Enfermagem da Unidade de Neonatologia, se preocupam com a assistência destinada aos pais, buscando a participação deles nos cuidados desses neonatos. Muitas vezes, observa-se que há necessidade de orientação para as mães acerca dos cuidados domiciliares após a alta hospitalar. As orientações são necessárias para que a mãe contribua na recuperação da saúde da criança.

Neste sentido, a amniorrexe prematura, por ser importante causa de mortalidade neonatal e perinatal, associada, sobretudo, à prematuridade e à infecção, torna-se um campo vasto para que o enfermeiro desenvolva ações pertinentes de prevenção e possa atender a cliente e sua família, dando orientações e diminuindo, desta forma, os problemas provocados por essas intercorrências.

Considerando o exposto, o estudo tem como objetivo caracterizar a prematuridade entre recém-nascidos (RNs) internados na Unidade Neonatal, em decorrência da amniorrexe prematura.

METODOLOGIA

Estudo descritivo com abordagem quantitativa realizado em uma maternidade pública, classificada pelo Ministério da Saúde como nível terciário, considerada como centro de referência para todo Estado do Ceará e que atende a toda Região Metropolitana de Fortaleza. Apresenta uma média anual de 8.000 partos e nascimentos.

A amostra foi constituída por 37 recém-nascidos prematuros internados na Unidade de Neonatal em decorrência da amniorrexe prematura. Porém, as mães foram selecionadas de modo aleatório, observando os critérios de inclusão: o diagnóstico médico considerando perda de líquido amniótico através do orifício externo do colo uterino e a idade gestacional determinada a partir da data da última menstruação ou por meio de dados de ultra-

sonografia. Com relação à estimativa da idade gestacional dos recém-nascidos, utilizou-se o método de Capurro, realizado mediante assistência prestada pelo neonatologista no Centro Obstétrico, antes que o RN fosse encaminhado para a Unidade de Neonatologia.

Para a coleta de dados, foi aplicado um formulário com questões preestabelecidas, contemplando as seguintes variáveis: da mãe, idade gestacional, número de consultas, tipo de parto e complicações obstétricas. Em relação ao RN, idade gestacional (Capurro), Apgar no 1º e 5º minutos e necessidade de manobras de reanimação respiratória. Essas variáveis foram extraídas do prontuário da mãe e do RN durante o período de internação.

O método de Capurro utiliza critérios somáticos para a determinação da idade gestacional (IG). Tais sinais são avaliados durante o primeiro dia de vida e lhes são atribuídos pontos. Um valor cumulativo correlaciona-se com a IG e essa correlação geralmente é precisa, com margem de erro de duas semanas⁹.

Os dados foram organizados segundo a freqüência das ocorrências e posteriormente reorganizados em tabelas, analisados com a literatura pertinente ao tema.

Quanto aos aspectos éticos, foram obedecidas todas as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa com seres humanos, contidas na Resolução 196/96, do Conselho Nacional de Saúde. O projeto de pesquisa foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Complexo Hospitalar da Universidade de Fortaleza. Todas as pacientes foram devidamente informadas sobre os objetivos da pesquisa e concordaram em participar do estudo, assinando o termo de consentimento livre e esclarecido.

Ao responsável ou fiel depositário das informações, na instituição que abrigou o estudo, foram esclarecidos: a relevância da pesquisa, os objetivos, a metodologia e como se faria a disseminação dos resultados. Também ficou assegurado que as informações obtidas durante a coleta de dados somente seriam utilizadas para os objetivos da pesquisa.

APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Foram selecionados 37 recém-nascidos e suas mães com diagnóstico de amniorrexe prematura. Nesta amostra, conforme dados da Tabela 1, observa-se que 13 (35,1%) dos nascimentos foram de recém-nascidos prematuros. No Hospital Universitário (HU) da Universidade de São Paulo (USP), em estudo realizado no período de 1995 a 2002 sobre prevalência e fatores associados à prematuridade, os autores encontraram um número maior de partos prematuros representando 66,3% do total de gestantes atendidas no Centro Obstétrico⁴.

Tabela 1:
Distribuição da prematuridade entre os recém-nascidos.
Fortaleza-Ce, de 1º de agosto a 30 de outubro de 2004.

Recém-nascidos Prematuros	f	%
Sim	13	35,1
Não	24	64,9
Total	37	100,0

Fonte: SAME da MEAC-UFC

Em estudo realizado no Rio Grande do Sul sobre mortalidade de recém-nascidos internados na UTI neonatal, os autores citam que a incidência de partos prematuros, que durante muitos anos permaneceu entre 8 e 10% na maioria dos países desenvolvidos, nos últimos anos vem aumentando gradativamente em decorrência do aumento no número de gestações múltiplas causadas por tratamentos de infertilidade. Nos Estados Unidos a porcentagem de nascimentos prematuros aumentou de 9,4%, em 1981, para 12%, em 2002. Entretanto, em países em desenvolvimento, como o Brasil, predominam, ainda, os partos prematuros e de crianças com baixo peso ao nascer, desencadeados por más condições sociais e econômicas, infecções e um deficiente atendimento pré-natal. Além do baixo peso de nascimento e da prematuridade, são fatores importantes de óbito, nesses países, as causas preveníveis e relacionadas com a qualidade de atenção perinatal, como a anoxia e as infecções neonatais, diferentemente dos países desenvolvidos, onde predominam as malformações congênitas¹¹.

Através dos dados da Tabela 2 constata-se que 29,7% dos recém-nascidos que nasceram com o Apgar entre 0 e 6 no 1º minuto de vida precisaram de assistência pediátrica com manobras de reanimação respiratória. Em contrapartida, 51,4% dos RNs cujo Apgar foi acima de 6 não necessitaram de reanimação neonatal. Uma reanimação neonatal rápida e efetiva poderá reduzir a ocorrência de seqüelas neurológicas, que acarretam prejuízos para a qualidade de vida da criança.

Tabela 2
Distribuição dos recém-nascidos segundo Apgar e necessidade
manobras de reanimação respiratória.
Fortaleza-CE, 1º de agosto a 30 de outubro de 2004.

Apgar 1º e 5º Minutos	Necessidade de Manobras de Reanimação Respiratória n = 37			
		Sim %	Não %	
0 a 6	11	29,7	03	8,1
Acima de 6	04	10,8	19	51,4
Total	15	40,5	22	59,5

Fonte: SAME da MEAC-UFC

O Apgar é usado para descrever o vigor do recém-nascido. O índice de Apgar combina os resultados de cinco avaliações específicas: frequência cardíaca, respiração, tônus muscular, irritabilidade reflexa e cor. O recém-nascido é avaliado pelo profissional de saúde que realiza o parto no primeiro e no quinto minuto após o nascimento, somam-se valores atribuídos para cada tipo de avaliação para se obter o índice de Apgar total. O índice mais alto possível é 10 e o menor é 0. Esse índice pode indicar a necessidade de realizar intervenções adicionais, confirmar a ocorrência de um traumatismo durante o parto e sugerir a existência de uma anomalia congênita, entre outras coisas¹².

Ao avaliar o número de consultas realizadas entre as mulheres do estudo, verifica-se, através da Tabela 3, que 2 (5,4%) das mães não haviam realizado nenhuma consulta de pré-natal. Deve-se considerar que, no prontuário, muitas vezes não são registrados dados referentes ao número de consultas de pré-natal.

Tabela 3
Distribuição do Número de Consultas de Pré-natal.
Fortaleza-CE, de 1º de agosto a 30 de outubro de 2004.

Número de Consultas de Pré-natal	f	%
Nenhuma	02	5,4
2 - 5	25	67,5
6 ou mais	10	27,1
Total	37	100,0

Fonte: MEAC-UFC

Entre as mães que realizaram pré-natal, 25 (67,5%) realizaram de 2 a 5 consultas, e 10 (27,1%), de seis consultas ou mais. Com esses resultados, percebemos que a maioria está comparecendo para receber assistência, porém é preciso haver uma conscientização com relação à rotina das consultas, pois são necessárias, no mínimo, seis consultas para garantir uma gestação saudável e um parto seguro para mãe e filho¹³. O pré-natal é o atendimento multidisciplinar que objetiva alcançar e manter a integralidade das condições de saúde materna e fetal e cujos resultados devem ser avaliados em longo prazo, com a formação de pessoas físicas e intelectualmente úteis à comunidade e produtivas para o País¹⁴.

Na Tabela 4, verifica-se que 35,1% das gestantes tiveram a ruptura prematura das membranas amnióticas antes da 37ª semana gestacional, havendo total concordância com alguns autores¹⁵ que, em 2003, afirmaram que nas gestações abaixo de 37 semanas pode ocorrer ruptura pré-termo das membranas ovulares. Segundo os autores, a ruptura prematura das membranas é responsável por mais ou menos 30% de todos os recém-nascidos pré-

termo e constitui, sem dúvidas, o principal fator causal da prematuridade espontânea.

Tabela 4

Número e percentual de mulheres segundo características obstétricas. Fortaleza-CE, de 1º de agosto a 30 de outubro de 2004.

Características obstétricas	Participantes n =37	
	f	%
Ruptura das membranas		
Antes da 37ª semana de gestação	13	35,1
Entre 37 e 42 semanas de gestação	24	64,9
Tipo de Parto		
Normal	19	51,3
Cesariano	18	48,7
Complicações durante a gestação		
DHEG	03	8,1
DHEG + Infecção	03	8,1
Hiperêmese	01	2,7
Nenhuma	30	81,1

Fonte: SAME da MEAC-UFC

Em estudo realizado no Hospital Regional de Cascavel, no Estado do Paraná, com 35 pacientes, para identificar o diagnóstico de enfermagem em mães com o filho prematuro hospitalizado em UTI neonatal, a ruptura precoce das membranas ovulares ocorreu em 10 puérperas (28,57%). A idade gestacional das mulheres estudadas variou de 26 a 36 semanas¹⁶.

Dos tipos de parto investigados, o parto normal (parto por via baixa) foi o predominante, acometendo 51,3% das clientes. Segundo pesquisa realizada na mesma instituição com 29 pacientes com diagnóstico de ruptura prematura de membranas ovulares, internadas na Enfermaria de Patologia Obstétrica no período de janeiro de 1994 a dezembro de 1999, ocorreram 22 (75,8%) partos espontâneos².

No estudo realizado na USP sobre prevalência e fatores associados à prematuridade, já citado anteriormente, dos partos prematuros, 76 (69,1%) foram por via vaginal e 34 (30,9%) via abdominal⁴.

Vários autores¹ já referiram as indiscutíveis vantagens, do ponto de vista materno, do parto por via baixa, pelo menor risco de endometrite e outras complicações freqüentes na cesariana. Na amiorrexe prematura, no entanto, a progressão para um quadro infecioso pode comprometer seriamente o conceito. Assim, devem-se pesar os riscos e benefícios, tanto maternos quanto fetais.

A passagem da criança pelo canal do parto tem uma função importante. Seu estreitamento ajuda o

bebê no processo de instalação da respiração pulmonar¹⁷. A cesariana, entretanto, é a melhor opção nos partos em que o sofrimento fetal (a falta de oxigenação adequada) põe em risco a vida da criança ou quando existem problemas obstétricos, tais como a desproporção céfalo-pélvica. Com relação ao estudo, observa-se que o número de cesarianas foi consideravelmente elevado, conforme é comprovado em 48,7% das gestantes¹⁸.

A cesariana representa, quando adequadamente indicada, grande aquisição da obstetrícia porque proporciona redução da anoxia e do trauma obstétrico, conduzindo à acentuada diminuição da mortalidade fetal e materna¹⁹. A indicação de parto cesariano é valiosa quando esta é realizada com a finalidade de salvar vidas e prevenir seqüelas neonatais anteriormente comuns, provocadas principalmente por partos vaginais distóxicos²⁰.

Dentre as pacientes que apresentaram alguma complicação, foi observado pelas pesquisadoras que as complicações obstétricas/clínicas de maior incidência neste estudo foram a doença hipertensiva específica da gestação (DHEG), ocorrendo em 3 puérperas (8,1%), e DHEG mais infecção, ocorrendo também em 3 puérperas (8,1%), e a hiperêmese, em 1 puérpera (2,7%) dentre o total estudado).

Com um percentual somado de 16,2%, incluindo a DHEG associada também à infecção, a DHEG ainda representa um risco para a gravidez. Para alguns autores, seguramente a DHEG ainda é a principal causa de morte materna e perinatal ocorrida entre nós²¹.

No estudo realizado em Cascavel, no Paraná, com 35 pacientes, a complicação por doença hipertensiva específica da gestação representou 14,28% das puérperas pesquisadas¹⁶.

A hipertensão arterial na gestação é doença de alta prevalência, acarretando repercussões importantes na morbimortalidade materna e perinatal. As síndromes hipertensivas, principalmente nas suas formas graves, como a eclâmpsia, determinam significativo aumento da morbidade e mortalidade perinatais. É ainda importante causa de mortalidade materna e prematuridade, sendo alvo principal do interesse de inúmeros pesquisadores. Sua ocorrência ainda não pode ser adequadamente prevenida, mas sua evolução para as formas mais graves pode ser reduzida por uma boa assistência pré-natal²².

A DHEG associada à infecção representou 8,1% entre as mulheres. Tal achado se contrapõe aos dados encontrados na pesquisa realizada com 29 mulheres na mesma instituição, em que seis parturientes (20,6%) apresentaram sinais de infecção anterior ao parto².

Para alguns autores,⁵ entre as repercussões maternas da ruptura prematura das membranas, cita-

se a infecção como a mais importante, representada em sua maior parte pela corioamnionite, com incidência de 9%. Esse tipo de infecção varia de acordo com o nível socioeconômico da paciente, a duração do período de latência e a via de parto, levando em conta o fato de que estas pacientes são submetidas à cesariana mais freqüentemente, por sofrimento fetal decorrente do oligoâmnio grave ou ainda por distocias de progressão do trabalho de parto. A agravante da corioamnionite é que na maioria das vezes possui etiologia polimicrobiana, com presença de anaeróbios, exigindo cobertura múltipla de antibióticos.

CONCLUSÃO

Constata-se que a prematuridade entre as mulheres foi considerada elevada, o que pode representar importante causa de morbimortalidade neonatal, bem como acarretar complicações clínicas e obstétricas para a mãe.

Comparando os resultados encontrados na pesquisa, estes foram semelhantes aos descritos na literatura. Torna-se preocupante constatar que 5,4% da amostra não realizaram pré-natal e que 67,5% não completaram o mínimo de 6 consultas. De acordo com o Ministério da Saúde, preconiza-se no mínimo 6 consultas para um pré-natal de qualidade.

Acredita-se que o aumento da cobertura da realização do pré-natal poderia proporcionar resultados imediatos para a redução da prevalência de baixo peso e/ou pré-termo. Um pré-natal adequado muitas vezes permite o diagnóstico e tratamento de inúmeras complicações durante a gestação.

Considera-se elevado o número dos recém-nascidos que nasceram com o Apgar entre 0 e 6 no 1º minuto de vida o que demandou manobras de reanimação respiratória. É, portanto, uma conduta que pode desencadear sérias complicações. Apesar

dos avanços tecnológico e científico, a prematuridade, ainda hoje, é um grande problema na Obstetrícia e na Neonatologia, constituindo-se em uma das causas de morbidade e mortalidade neonatal.

O número de indicação de cesariana entre as mulheres pesquisadas continua elevado. A doença hipertensiva específica da gestação foi uma das complicações existentes entre as mães e ainda representa significativo incremento para morbidade e mortalidade perinatal.

O acesso oportuno a um conjunto de intervenções obstétricas e neonatais adequadas poderá reduzir a incidência de alguns agravos e uma maior sobrevida de recém-nascidos de risco prematuros.

A instituição tem tentado, através de tecnologia, uma assistência de qualidade a esses recém-nascidos e, através dos profissionais, garantir prática de atenção obstétrica e neonatal resgatando a humanização do parto e nascimento. As mulheres, seus bebês e suas famílias são elementos centrais neste movimento.

Considera-se que a nossa experiência tem favorecido o estabelecimento do vínculo e apego mãe-filho e família, observando-se maior interação da família com o bebê, em especial da mãe, com satisfação pela assistência recebida.

A experiência de se ter um filho prematuro e hospitalizado em uma UTI neonatal é um momento de crise para a família envolvida nessa situação, em especial para a mãe em seu pós-parto.

Sugere-se a realização de estudos futuros sobre a temática, os quais são de extrema importância para o conhecimento da verdadeira magnitude do problema, para que se amplie a visibilidade desse grupo com o objetivo de melhorar as condições de sobrevida das gestantes portadoras de amiorraxe prematura e de seus futuros bebês. É preciso enfatizar também o fato de que a qualidade do cuidado e de vida da clientela constitui direito de cidadania assegurado pelas leis brasileiras.

Referências

1. Santos LC, Amorin MMR. Amiorraxe Prematura-diagnóstico e conduta. Rev Femina 2002 jan/fev; 30 (1): 21-28.
2. Pierre AM M, Bastos GZG, Oquendo R, Alencar Júnior CA. Repercussões maternas e perinatais da ruptura prematura das membranas até a 26ª semana gestacional. Rev Bras Ginecol Obstet 2003 mar; 25 (2): 109-13.
3. Rades É, Bittar RE, Zugaib M. Determinantes diretos do parto prematuro eletivo e os resultados neonatais. Rev Bras Ginecol Obstet 2004 set; 26 (8): 655-66.
4. BezerraLC, Oliveira SMV, Latorre MRDO. Prevalência e fatores associados à prematuridade entre gestantes submetidas à inibição de trabalho de parto prematuro. Rev. Bras. Saude Mater. Infant. 2006 abr/jun; 6.(2): 223-29.
5. Santos LS, Carvalho MA, Azevedo EB, Barreto FDP, Ferraz MAC. Amiorraxe Prematura. Rev Ginecol. Obstet. Atual 2000; 1(2): 10-19.

6. Scuchi CGS, Kokuday MLP, Riul MJS, Rossanez LSS, Fonseca LMM, Leite AM. Incentivando o vínculo mãe-filho em situação de prematuridade: as intervenções de enfermagem no Hospital das Clínicas de Ribeirão Preto. Rev Latino-Am Enfermagem 2003 jul/ago; 11(4): 539-43.
7. Martins MG, Barros RAP, Taborda W, Bertini AM. Infecções e prematuridade. Rev Femina 2000; 28(7): 377-79.
8. Carvalho M, Gomes MAS. A mortalidade do prematuro extremo em nosso meio: realidade e desafios. J. Pediatr 2005 mar; 81(1): 111-18.
9. Egewarth C, Pires FDA, Guardiola A. Avaliação da idade gestacional de recém-nascido pré-termo através do exame neurológico a das escalas Neonatais e Obstétricas. Rev Arq Neuro-Psiquiatr. [periódico on line] 2002 set; [citado em 12 de dezembro de 2005]; 60 (3B): [aprox 11 telas]. Disponível: <http://www.scielo.br>.
10. Almeida JS. UTI Neonatal. Universidade de Campinas, 1997. Disponível: <http://www.hospvirt.org.br/enfermagem/port/uteneo1.html>. Acesso em 16 jun 2004.
11. Araújo BF, Tanaka ACA, Madi JM, Zatti Helen.. Estudo da mortalidade de recém-nascidos internados na UTI neonatal do Hospital Geral de Caxias. Rev Bras Saude Mater Infant 2005 out/dez; 5(4): 463-69
12. Branden PS. Enfermagem Materno-Infantil. Rio de Janeiro (RJ): Reichmann & Affonso Editores; 2000.
13. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Políticas de Saúde. Área técnica da Saúde da Mulher. Parto, aborto, puerpério: assistência humanizada a mulher. Brasília (DF); 2001.
14. Tedesco JJA. A grávida: suas indagações e as dúvidas do obstetra. São Paulo (SP); Atheneu; 2002.
15. Camano L, Sousa E, Silva N, Mattar R. Guias de Medicina Ambulatorial da UNIFESP/EPM: Obstetrícia. 1ª edição. São Paulo (SP); 2003.
16. Vieira CS, Rossi LA. Os Diagnósticos de Enfermagem da Taxonomia da Nanda Em Mulheres com O Filho Prematuro Hospitalizado e o Sistema Conceitual de King. Rev Latino-Am. Enfermagem [periódico on line] 2000 dez; [citado 20 de janeiro de 2005]; 8 (6): [aprox 8 telas]. Disponível: <http://www.scielo.br>.
17. Neves N. Brasil cesáreas no mundo. Informe Benfam São Luis (MA) 1993 (131): 3-4.
18. Bouer J. Brasileiras ignoram as vantagens do parto normal. Informe Benfam São Luiz (MA) 1993 (131): 4-6.
19. Junior JE, Camano LA. Cesariana na Amiorrexe Prematura (Particularidades Adotadas no Departamento de Obstetrícia da Universidade Federal de São Paulo-Escola Paulista de Medicina). Rev Femina 2002 jun; 30 (5): 279-81.
20. Silveira I P, Oliveira M I V, Fernandes A F C. Perfil obstétrico de adolescentes de uma maternidade pública no Ceará. Esc Anna Nery Rev Enferm 2004 agost; 8(2): 206-09.
21. Montenegro CAB, Filho JR. Profilaxia do parto prematuro. Rev Femina 2002 set; 30 (8): 503-05.
22. Oliveira MIV. Mortalidade Materna decorrente da Doença Hipertensiva Específica da Gestação [dissertação de mestrado]. Fortaleza (CE): Departamento de Saúde Comunitária-Faculdade de Medicina/UFC; 1999.

Sobre os Autores

Fernanda Lima Batista Santos

Enfermeira

Maria Ivoneide Veríssimo de Oliveira

Mestre em Saúde Pública, Enfermeira da Maternidade Escola Assis Chateaubriand/UFC

Maria Gorete Andrade Bezerra

Mestre em Enfermagem, Enfermeira da Maternidade Escola Assis Chateaubriand/UFC