

**VANESSA ANDRÉIA WACHHOLZ**

**RELAÇÃO ENTRE PREMATURIDADE E QUALIDADE PRÉ-NATAL**

**RIO GRANDE**

**2014**



**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE (FURG)**  
**ESCOLA DE ENFERMAGEM**  
**PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM**  
**MESTRADO EM ENFERMAGEM**

**RELAÇÃO ENTRE PREMATURIDADE E QUALIDADE PRÉ-NATAL**

**VANESSA ANDRÉIA WACHHOLZ**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande, como requisito para obtenção do título de Mestre em Enfermagem– Área de Concentração: Enfermagem e Saúde. Linha de Pesquisa Organização do Trabalho da Enfermagem/Saúde.

**ORIENTADORA: Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Nalú Pereira da Costa Kerber**

**RIO GRANDE**

**2014**

W113r Wachholz, Vanessa Andréia.  
Relação entre prematuridade e qualidade pré-natal / Vanessa Andréia  
Wachholz. – 2014.  
69 f.

Dissertação (mestrado) – Universidade Federal do Rio Grande/FURG,  
Programa de Pós-Graduação em Enfermagem.

Orientadora: Dr<sup>a</sup>. Nalú Pereira da Costa Kerber.

1. Enfermagem. 2. Trabalho de parto prematuro. 3. Fatores de risco. 4.  
Cuidado pré-natal. I. Kerber, Nalú Pereira da Costa. II. Título.

CDU 616-083

Catlogação na fonte: Bibliotecária Flávia Reis de Oliveira CRB10/1946

VANESSA ANDRÉIA WACHHOLZ

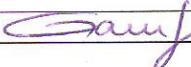
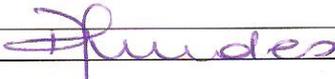
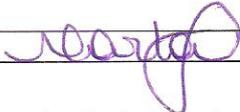
RELAÇÃO ENTRE PREMATURIDADE E PRÉ-NATAL DE QUALIDADE

Esta dissertação foi submetida ao processo de avaliação pela Banca Examinadora para a obtenção do Título de **Mestre em Enfermagem** e aprovada na sua versão final em 16/12/2014, atendendo às normas da legislação vigente da Universidade Federal do Rio Grande, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Área de Concentração Enfermagem e Saúde.

---

Profª Drª Mara Regina Santos da Silva

Coordenador(a) do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem FURG

BANCA EXAMINADORA
 Dra. Nalú Pereira da Costa Kerber – Presidente (FURG)
 Dra. Eliana Pinho de Azambuja – Membro Interno (FURG)
 Dra. Jussara Mendes Lipinski – Membro Externo (UNIPAMPA)
 Dra. Carla Vitola Gonçalves- Membro Interno (FURG)
 Dra. Adriane Maria Netto de Oliveira – Membro interno Suplente (FURG)
 Dra Josefine Busanello – Membro Externo Suplente (UNIPAMPA)

## AGRADECIMENTOS

A **Deus**, por estar sempre ao meu lado me dando sabedoria em todas as decisões.

Aos meus **pais, Ervino e Marlene**, que, com todas as dificuldades nunca deixaram de me apoiar e incentivar a seguir em frente.

Ao meu **noivo Jeferson**, que não mediu esforços para que este sonho se tornasse realidade.

Ao meu **irmão Vagner e a cunhada Fabielle**, pelo carinho e incentivo.

Aos **pais do Jeferson** que sempre me esperavam com um jantarzinho especial.

Aos **meus avós e amigos**, que entenderam a minha ausência.

A todas as **professoras e professores da Escola de Enfermagem**, da FURG, que sempre se dedicaram para a nossa formação.

As minhas **colegas enfermeiras** que sempre se dispuseram a trocar os plantões quando necessitava. Meu sincero agradecimento.

A **Secretaria Municipal de Saúde**, da Prefeitura de Chувиска, que possibilitou minha adequação ao horário de trabalho para que eu pudesse comparecer as aulas.

Ao **Grupo de Pesquisa Viver Mulher**, que me auxiliou em várias etapas do trabalho, contribuindo para que ele chegasse até o final.

A todos os membros da **Banca Examinadora**, pelas contribuições que enriqueceram o trabalho.

E, por fim, em especial, a minha orientadora, **Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Nalú Pereira da Costa Kerber**, que em todo o meu percurso de aprendizagens na graduação e pós-graduação me mostrou que não basta apenas sermos pessoas cultas mas sim pessoas mais humanas. Agradeço por me conduzir a chegar até aqui sempre com grande paciência e dedicação. És simplesmente uma professora exemplar.

*A Educação é a arma mais poderosa que  
você pode usar para mudar o mundo.*

**Nelson Mandela**

## RESUMO

WACHHOLZ, Vanessa Andréia. Relação entre prematuridade e qualidade pré-natal. 2014. 69f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande - FURG, Rio Grande, RS.

Apesar de a assistência pré-natal no sistema público de saúde ser garantida pelo Ministério da Saúde a todas as mulheres, ainda são registrados óbitos decorrentes de complicações na gestação, parto e puerpério. A realização do pré-natal contribui favoravelmente para o conhecimento e precaução de complicações comuns na gestação. Ciente disso, o objetivo deste estudo é estabelecer a relação entre a realização de um pré-natal de qualidade e a ocorrência do parto prematuro. Trata-se de uma pesquisa de abordagem quantitativa, do tipo caso-controle, vinculada à macropesquisa “Parto Prematuro: Estudo dos fatores associados para construção de estratégias de prevenção”. O contexto de estudo refere-se aos dois hospitais gerais do município do Rio Grande, no Rio Grande do Sul, e os sujeitos pesquisados são mulheres que apresentaram partos prematuros representando os casos, e mulheres que tiveram partos a termo em momentos imediatamente posteriores a este, representando os controles, durante os primeiros cinco meses de 2014. A coleta de dados foi desenvolvida por meio de entrevista com as mulheres e análise documental da carteira de gestante, sendo os dados inseridos no programa Epi-Data 3.1. Para análise de dados foi utilizado o pacote estatístico Stata, versão 11.0. Os aspectos éticos do estudo foram respeitados de acordo com a Resolução 466/12. Em relação às mulheres investigadas, observou-se que aquelas que possuíam entre 5 e 8 anos de escolaridade realizaram o pré-natal e iniciaram as consultas ainda no primeiro trimestre gestacional, assim como procuraram atendimento no nível da atenção primária à saúde, seja em unidades tradicionais ou com Estratégia Saúde da Família, apresentaram risco menor de parto pré-termo. Quando se trata das complicações na gestação, as mulheres que relataram ter tido hipertensão durante a gestação e ameaça de trabalho de parto prematuro, também apresentaram mais chances de parto pré-termo. Acredita-se que, embora não tenha aparecido significância estatística entre a prematuridade e todos os componentes que caracterizam o pré-natal de qualidade, já se pode concluir que existe relação entre uma assistência qualificada e a prematuridade.

Descritores: Trabalho de Parto Prematuro. Fatores de Risco. Cuidado Pré-Natal. Enfermagem.

## ABSTRACT

WACHHOLZ, Vanessa Andreia. Relationship between prematurity and prenatal quality. 2014. 69 sheets. Master - Master Course of the Post-graduate degree in Nursing, Federal University of Rio Grande - FURG, Rio Grande, RS.

Although prenatal care in the public health system is guaranteed by the Ministry of Health to all women, there are still registered deaths from complications during pregnancy, childbirth and postpartum. Prenatal care contributes favorably to the knowledge and care of common complications during pregnancy. Considering this fact, the aim of this study is to establish the relationship between the implementation of quality prenatal care and the occurrence of premature birth. This is a quantitative approach to case-control research. It is linked to the macro research "Premature Birth: Study of factors associated with the construction of prevention strategies." The study context refers to two general hospitals in Rio Grande, Rio Grande do Sul, and the subjects are women with preterm labor representing the cases and those who delivered at term immediately thereafter, representing the control group during the first five months of 2014. Data collection was developed through interviews with women and the analysis of their prenatal care card. The data was entered into the Epi-Data 3.1 program. The Stata software, version 11.0 was used for analysis of the data. The ethical aspects of the study in accordance with Resolution 466/12 were respected. It was observed that the women surveyed had less schooling. Those who had prenatal care, began their appointments in the first trimester and sought primary health care treatment, whether in traditional or units with the Family Health Strategy, had a lower risk of preterm childbirth. When it comes to complications during pregnancy, women who reported having hypertension during pregnancy and preterm labor threat also had higher risk of preterm childbirth. It is believed that although a statistical significance wasn't observed between prematurity and all the components that characterize the quality of prenatal care, it appears there is a relationship between a qualified assistance and prematurity.

Descriptors: Preterm labor. Risk factors. Prenatal care. Nursing.

## RESUMEN

WACHHOLZ, Vanessa Andreia. Relación entre prematuridad y calidad prenatal. 2014. 69h. Disertación (Maestría en Enfermería) - Programa de Post-Grado en Enfermería de la Universidad Federal de Río Grande – FURG, Río Grande, RS.

Aunque la atención prenatal en el sistema público de salud está garantizada por el Ministerio de Salud para todas las mujeres, aún siguen siendo registradas muertes por complicaciones durante el embarazo, el parto y el posparto. La realización de prenatal, contribuye favorablemente al conocimiento y la precaución de complicaciones comunes durante el embarazo. Consciente de ello, el objetivo de este estudio es establecer la relación entre la aplicación de una atención prenatal de calidad y la aparición de un parto prematuro. Se trata de una investigación con enfoque cuantitativo, de tipo casos y controles. Está vinculada a macropesquisa "Nacimiento Prematuro: Estudio de los factores asociados con la construcción de estrategias de prevención." El contexto del estudio se refiere a dos hospitales generales en Río Grande, Río Grande del Sur, y los sujetos son mujeres con trabajo de parto prematuro representando los casos y las que dieron a luz a término en inmediatamente después de esto, representando los controles, durante los primeros cinco meses de 2014. La recolección de datos se desarrolló a través de entrevistas con las mujeres y el análisis de documentos de tarjeta de atención prenatal, y los datos introducidos en el programa Epi-datos 3.1. Se utilizó el Software Stata, versión 11.0 para el análisis de los datos. Se respetaron los aspectos éticos del estudio de acuerdo con la Resolución 466/12. De las mujeres encuestadas señalaron las que tenían de 5 a 8 años de escolaridad, las que hicieron el prenatal y han iniciado las consultas en el primer trimestre y buscaron tratamiento en el ámbito de la atención primaria de la salud, ya sea en unidades tradicionales o con la Estrategia Salud de la Familia, presentaron un menor riesgo de parto prematuro. Cuando se trata de complicaciones durante el embarazo, las mujeres que reportaron tener hipertensión durante el embarazo y amenaza de trabajo de parto prematuro durante lo mismo, también tuvieron mayores probabilidades de parto prematuro. Se cree que aunque no se ha demostrado la significación estadística entre prematuridad y todos los componentes que caracterizan el prenatal de calidad, ya se puede concluir que hay una relación entre una asistencia cualificada y la prematuridad.

Descriptores: Trabajo de parto prematuro. Factores de riesgo. El cuidado prenatal. Enfermería.

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO</b> .....	<b>9</b>
<b>2 REVISÃO DE LITERATURA</b> .....	<b>13</b>
2.1 A PREMATURIDADE .....	13
2.2 A ASSISTÊNCIA PRÉ-NATAL .....	16
2.3 FATORES ASSOCIADOS AO PARTO PREMATURO E O PRÉ-NATAL: ESTADO DA ARTE .....	21
2.3.1 Fatores de risco para o parto prematuro .....	22
2.3.2 Preditores da prematuridade.....	25
2.3.3 Assistência pré-natal e o parto prematuro .....	28
<b>3 METODOLOGIA</b> .....	<b>30</b>
3.1 TIPO DE ESTUDO .....	30
3.2 LOCAL DO ESTUDO .....	30
3.3 PARTICIPANTES DO ESTUDO .....	31
3.4 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO.....	31
3.5 CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO.....	32
3.6 COLETA DE DADOS .....	32
3.7 ANÁLISE DOS DADOS .....	32
3.8 ASPECTOS ÉTICOS .....	34
<b>4 RESULTADOS</b> .....	<b>35</b>
<b>5 DISCUSSÃO</b> .....	<b>39</b>
<b>6 CONSIDERAÇÕES FINAIS</b> .....	<b>46</b>
<b>REFERÊNCIAS</b> .....	<b>48</b>
<b>ANEXO A</b> – Instrumento de coleta de dados .....	<b>57</b>
<b>ANEXO B</b> – Parecer do comitê de ética do CEPAS/FURG.....	<b>66</b>
<b>ANEXO C</b> – Parecer do comitê de ética da ACSC .....	<b>67</b>
<b>ANEXO D</b> - Termo de consentimento livre e esclarecido do participante da pesquisa. ....	<b>68</b>
<b>ANEXO E</b> - Carta de autorização da coordenadora do projeto .....	<b>69</b>

## 1 INTRODUÇÃO

A gestação é um processo fisiológico considerado normal, porém, ela acarreta mudanças físicas, sociais e emocionais e, em alguns casos, podem ocorrer complicações que a fazem ser considerada como uma gestação de alto risco. Dentre estas complicações encontra-se o trabalho de parto prematuro (BRASIL, 2010).

O parto prematuro ou pré-termo é considerado quando ocorre antes ou igual a 36 semanas e seis dias de gestação, ou seja, menos do que 259 dias, e possui riscos para o recém-nascido de problemas como Síndrome de Angústia Respiratória (SAR), enterocolite necrotizante, hemorragia intraventricular, doença pulmonar crônica e até paralisia cerebral. Embora isso ocorra em aproximadamente 10% de todas as gestações, ele é responsável por 70% da mortalidade perinatal nos Estados Unidos, sendo um dos maiores causadores de preocupações com a saúde pública. (MONTENEGRO; REZENDE FILHO, 2008).

Todos os anos ocorrem cerca de 15 milhões de nascimentos prematuros, sendo que a cada 10 crianças nascidas ao redor do mundo, pelo menos uma é prematura. Os recém-nascidos necessitam de cuidados especiais pela vulnerabilidade que apresentam, porém, os prematuros precisam de maior atenção para alcançar a sobrevivência, pois, a prematuridade é a maior causa mundial de morte neonatal, e a segunda causa em todas as crianças, ficando atrás somente da pneumonia. (SILVEIRA et al., 2008; ZANINI et al., 2011; WHO, 2012).

No Brasil, a prematuridade também é um fator preocupante quando se fala em saúde pública, pois a cada 100 mil nascidos vivos, 9,8% nascem pré-termo. No Rio Grande do Sul, o índice é maior (12,5%) e no município do Rio Grande, apesar dos últimos dados terem sido divulgados em 2008, o índice está abaixo do País e do Estado, apresentando 6,7% de nascimentos prematuros (BRASIL, 2008; 2013).

O processo da prematuridade é advindo de diversos fatores, e pode permear diferentes classes sociais e territórios ocasionando repercussões financeiras e psicológicas familiares, exigindo maiores recursos de serviços de saúde, tais como equipamentos e profissionais preparados. Além disso, a assistência prestada durante o ciclo gravídico puerperal representa um grande influenciador para um resultado positivo na gestação, de forma que sejam identificados, tratados e monitorados os fatores que poderão levar ao parto prematuro (RAMOS; CUMAN, 2009).

Silveira et al. (2010), ao realizarem um estudo na cidade de Pelotas, no Sul do Brasil, identificaram que entre os fatores de risco existentes para a prematuridade apresentaram-se:

gestantes que tinham baixa escolaridade; idade jovem; primiparidade; parto pré-termo anterior; e não realização do pré-natal adequado.

Da mesma maneira, Almeida et al. (2012), em estudo realizado com puérperas em uma maternidade do Maranhão, identificaram alguns fatores de risco existentes e relacionados estatisticamente com a prematuridade, como renda mensal inferior, estresse na gestação, primiparidade, intercorrências clínicas na gestação (Doença Hipertensiva Específica da Gestação e sangramentos vaginais) e também o pré-natal inadequado, aumentando cinco vezes o risco de um parto prematuro.

É de extrema relevância a avaliação e identificação dos fatores que predisõem o desfecho do parto prematuro e para detectar precocemente as possíveis complicações e impedir os desfechos desfavoráveis na gestação, como o parto prematuro, é indispensável o acompanhamento pré-natal, de modo que seja realizada uma avaliação geral das situações de risco e assim tomar as devidas providências. Esta assistência oferecida no pré-natal deverá ser eficiente e de qualidade, reduzindo as chances de não ser identificado e devidamente encaminhado às gestantes consideradas de risco (BRASIL, 2010).

Para que esta assistência de qualidade aconteça é necessário que sejam previstos todos os riscos para a prematuridade durante a gestação, sendo possível planejar e executar medidas preventivas concretas e bem sucedidas, evitando tantos agravos na vida do recém-nascido e da própria família (RAMOS; CUMAN, 2009).

Em vista disso, essa temática permanece sempre atual e carente de investigações. Esse pressuposto está fundamentado na questão de que embora tenham sido desenvolvidos muitos avanços e tecnologias nos últimos tempos, a prematuridade permanece sendo o ponto fraco para a saúde, visto que os índices ainda permanecem elevados e apresentando-se como um desafio para os gestores e profissionais que atuam para desenvolver uma assistência adequada (SALGE et al., 2009).

Em um estudo realizado no Rio de Janeiro, foi identificado que o nascimento prematuro tem relação direta com a assistência prestada durante a gestação. A assistência pré-natal é o meio mais adequado para a detecção e tratamento precoce de complicações impedindo assim a evolução para o parto prematuro, além do que os profissionais que prestam esta assistência devem interpretar todo o contexto social e através disso oferecer um serviço de qualidade (GUIMARÃES; MELO, 2011).

Santana et al. (2011) ressaltam a importância dos setores públicos de saúde, Estratégia de Saúde da Família (ESF) e principalmente profissionais enfermeiros atentarem-se para o atendimento qualificado à gestante, realizando sua busca ativa no primeiro trimestre da

gravidez, tendo um acompanhamento eficaz com detecção precoce de riscos e possíveis complicações, evitando assim o parto prematuro.

Entre as principais complicações que podem ocorrer na gestação, encontram-se as Síndromes Hipertensivas da Gravidez (SHG), que por sua vez, aumentam significativamente a chance de parto pré-termo e, conseqüentemente, a internação do recém-nascido em Unidades de Terapia Intensiva (UTIs) Neonatais. Tais situações resultam em sofrimento e angústia tanto para a mãe como para todo o seio familiar. (SOUZA; ARAÚJO; COSTA, 2011).

Além do sofrimento causado à mãe e à família, a prematuridade também é responsável por grandes transtornos, mudança na rotina de vida e adaptação à nova situação, que não estava planejada, principalmente quando o recém-nascido fica internado na UTI neonatal (VIERA et al., 2010).

Um estudo desenvolvido em Londrina, Paraná, com o objetivo de identificar fatores que determinaram o óbito neonatal neste município comprovou que uma das principais causas da mortalidade é a prematuridade e apresenta uma ligação direta com o número insuficiente de consultas no pré-natal como fator determinante. Tais resultados são pontos de partida para que seja dada mais atenção à prevenção do parto prematuro e à qualidade da assistência pré-natal. (FERRARI et al., 2013).

Apesar de a assistência pré-natal no sistema público de saúde ser garantida pelo Ministério da Saúde a todas as mulheres, ainda são registrados óbitos decorrentes de complicações na gestação, parto e puerpério. Por exemplo, em 2011, no Brasil, havia um índice de mortalidade materna considerável, com 64,8 mortes maternas para cada 100.000 nascidos vivos. No Rio Grande do Sul esse número é de 48,7 e no município do Rio Grande, no ano de 2008 foi registrado um óbito materno (BRASIL, 2008).

Os óbitos registrados podem ser decorrentes de situações como hipertensão na gestação, hemorragias, infecção puerperal, aborto e complicações durante o parto por falta de uma assistência de qualidade tanto no pré-natal, como também ocorre no parto e puerpério, onde tais situações poderiam ser facilmente identificadas e tratadas corretamente (BRASIL, 2011).

Com o passar dos anos e com o incentivo das políticas públicas, o número de consultas e a adesão ao pré-natal vem aumentando, porém, o que ainda preocupa é o não cumprimento da rotina mínima preconizada pelo Ministério da Saúde, deixando em dúvida a qualidade da assistência oferecida às gestantes (CHRESTANI et al., 2008; GONÇALVES; CESAR; MENDOZA-SASSI, 2009; MALTA et al., 2010).

Os estudos mostrados acima indicam que através do pré-natal é possível reduzir os números de nascimentos prematuros, porém o que se vê é que o pré-natal oferecido não está sendo de qualidade e os índices de prematuridade não estão diminuindo.

Portanto, essa temática é extremamente atual e necessária de estudos e discussões, no sentido de entender se o ponto de partida para a redução da prematuridade encontra-se na melhoria da assistência pré-natal. Desta forma, o presente estudo buscou responder a seguinte questão: qual a relação entre a realização de um pré-natal de qualidade e o parto prematuro?

A partir dos resultados da pesquisa, órgãos públicos de saúde poderão planejar e realizar estratégias de trabalho almejando, de forma concreta, a redução significativa dos índices de prematuridade. De modo a alcançar as respostas à questão investigativa, o objetivo deste estudo é estabelecer a relação entre a realização de um pré-natal de qualidade e a ocorrência do parto prematuro.

## 2 REVISÃO DE LITERATURA

A revisão de literatura a seguir traz uma visão geral acerca do parto prematuro, da assistência pré-natal, das políticas elaboradas pelo Ministério da Saúde na área da saúde da mulher, e apresenta o estado da arte para mostrar o que tem sido produzido nos últimos cinco anos em relação a esta temática.

### 2.1 A PREMATURIDADE

O trabalho de parto prematuro é considerado quando se iniciam as contrações uterinas regulares, causando modificações cervicais entre a 20<sup>a</sup> e 37<sup>a</sup> semanas de gestação. Já o nascimento prematuro é quando ocorre o parto antes do final das 37 semanas de gestação (PIOTROWSKI, 2012).

Os sinais e sintomas do trabalho de parto prematuro constituem-se em contrações uterinas frequentes a cada 10 minutos por um período de 1 hora ou mais de, dolorosa ou não, cólica abdominal baixa. Pode ocorrer diarreia, dor lombar baixa intermitente, peso ou pressão pélvica, micção frequente, mudanças na quantidade e nas características do fluido vaginal, ficando mais espesso ou mais fino, sanguinolento, marrom ou incolor e com odor, também a ruptura das membranas amnióticas (LOWDERMILK, 2012).

De modo geral, o parto pré-termo pode ser espontâneo em 50% dos casos, com rotura prematura das membranas em 30%, e parto pré-termo induzido em 20% dos casos, devido a possíveis complicações maternas, fetais ou iatrogenia. O parto pré-termo espontâneo pode ocorrer devido a diversas causas, sendo elas: infecção intrauterina, vaginose bacteriana, prenhez gemelar, polidramnia, patologia uterina, insuficiência placentária, síndrome hemorrágica, entre outras (MONTENEGRO; REZENDE FILHO, 2008).

As causas do trabalho de parto prematuro não estão bem claras, mas existem alguns fatores de risco através dos quais os profissionais de saúde podem identificar e prestar cuidados necessários diminuindo as chances para o parto prematuro. De acordo com Orshan (2010), os principais fatores de risco são: gestação na adolescência, ser afro-americana, uso de álcool, drogas, principalmente cocaína, anemia, vaginose bacteriana, insuficiência cervical, corioamnionite, tabagismo, gestações próximas, diabetes melitus, violência doméstica, história de parto pré-termo anterior, hidrocefalia, hipertensão, situação socioeconômica baixa,

nutrição inadequada, gestação múltipla, doença periodontal, problemas placentários, doenças sexualmente transmissíveis, estresse, infecções do trato urinário e anormalidades uterinas.

O trabalho de parto e parto prematuros são causas consideráveis na morbimortalidade perinatais, pois embora a tecnologia tenha aumentado os recursos para os cuidados com recém-nascidos pequenos, os níveis de baixo peso ao nascer permaneceram sem melhorias. Além disso, mesmo com o passar dos anos, o parto prematuro ainda é um problema de grande preocupação para a prática obstétrica moderna (LOWDERMILK, 2012).

Outro fator que vem contribuindo para o aumento nos índices de prematuridade é a gravidez na adolescência, pois se observa que a maioria destas gestantes tem uma baixa adesão às consultas de pré-natal, apresentando um número abaixo do esperado. Neste caso, é indispensável uma equipe multiprofissional qualificada para fazer a busca destas gestantes e oferecer uma assistência adequada impedindo esta fatalidade (MARTINS et al., 2011).

De acordo com o Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (SINASC), em 2011 houve aumento significativo dos índices de prematuridade em todas as regiões brasileiras, fato ocorrido possivelmente pela melhor qualidade de abastecimento de informações deste dado. Anteriormente a 2010, os dados notificados quanto à prematuridade eram subestimados, mostrando um baixo número de nascimentos prematuros. No Brasil, o percentual de nascimentos prematuros é de 9,8% (BRASIL, 2013).

Contrapondo os dados do SINASC, o qual apontou um pequeno aumento no percentual de prematuridade, de 6,8% para 7,2% entre 2000 e 2010, um estudo desenvolvido pelo Programa de Pós-graduação em Epidemiologia, da Universidade Federal de Pelotas, apoiado pelo Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF) e Ministério da Saúde, mostra que em 2010 a prevalência de nascimentos prematuros foi de 11,7% em relação aos partos que foram realizados no Brasil, colocando o país no mesmo patamar dos países de baixa renda, além disso, as regiões Sul e Sudeste foram as que lideraram, com os percentuais de 12% e 12,5% respectivamente (UNICEF, 2013).

Segundo relatório divulgado pela Organização Mundial da Saúde (OMS), a cada ano, cerca de 15 milhões de recém-nascidos nascem prematuros no mundo, sendo que o Brasil encontra-se na 10ª posição com 279,3 mil partos prematuros ao ano, e quando considerada a taxa de nascidos prematuros para 100 mil nascimentos, o país apresenta um percentual de 9,2 de prematuros. Na relação com outros países, o Brasil encontra-se igual à Alemanha e abaixo dos Estados Unidos, que tem 12% de recém-nascidos prematuros (BRASIL, 2012).

O Rio Grande do Sul, por sua vez, apresenta uma taxa de 12,5% de nascimentos prematuros, ficando atrás do Distrito Federal (13%), Minas Gerais (12,9%), São Paulo

(12,7%) e igual ao Rio de Janeiro, que também apresenta o índice de 12,5%. Este dado mostra que a média de prematuridade no estado encontra-se maior que a média nacional (BRASIL, 2013). Já no município do Rio Grande o percentual de nascimentos prematuros, de acordo com o último registro no DATASUS em 2008, é de 6,7% (BRASIL, 2008).

Um estudo mais recente, desenvolvido no município do Rio Grande, mostra que a taxa de prematuridade apresentou-se maior quando a assistência pré-natal e o parto eram realizados em serviços públicos com 12,1%, enquanto que no setor privado a taxa de prematuridade foi de 9,8% (CESAR et.al., 2011).

Relacionado ao aumento dos nascimentos prematuros, a OMS afirma fortes evidências relacionadas às mulheres estarem engravidando mais tardiamente, tratamentos para fertilidade, ocasionando gravidez múltipla, cesáreas antes do tempo, sendo que em países com menores condições financeiras as causas podem ser por infecções, gravidez na adolescência, malária e infecção pelo HIV (BRASIL, 2012).

O trabalho de parto prematuro tem sido responsável por 75% dos nascimentos antes da 37ª semana de gestação. Com isso, de modo a realizar uma transferência segura da gestante para locais que contém recursos necessários para o atendimento a prematuros, é utilizado a tocólise, embora esta não evite o parto prematuro, retarda, permitindo a utilização de corticoterapia antenatal, o que pode evitar possíveis complicações (BITTAR; ZUGAIB, 2009).

O tratamento realizado para abolir as contrações por algum período é feito através dos uterolíticos, sendo eles: agonistas beta-adrenérgicos, bloqueadores do canal de cálcio, antagonistas de receptor da ocitocina, e com eficácia discutível encontram-se o sulfato de magnésio, inibidores de prostaglandinas e doadores de óxido nítrico, que devem ser utilizadas com maior cautela (BITTAR; ZUGAIB, 2009).

Quando há uma suspeita de que a gestante pode estar entrando em trabalho de parto prematuro, existem alguns cuidados específicos que podem auxiliar na tentativa de evitá-lo, como uma dieta regular, sinais vitais a cada 4 horas, observar contrações uterinas, observar diminuição dos movimentos fetais, comunicar um profissional de saúde se a temperatura estiver  $>37,8^{\circ}$ , pulso materno  $>100$ , leucócitos  $>15.000$ , BCF  $>160$  entre outros (BRASIL, 2010).

Em muitos casos, a sobrevivência do recém-nascido prematuro ocorre devido a tratamentos intensivos e de alta tecnologia oferecidos em UTIs neonatais. Entretanto, tal tratamento apresenta um alto custo financeiro para as instituições de saúde e consequentemente para o Estado, além disso, ainda são necessárias pessoas capacitadas para

desempenhar os cuidados, gerando também um custo elevado com recursos humanos (RAMOS; CUMAN 2009).

Dados norte-americanos demonstram que o custo médio para a assistência a um recém-nascido prematuro de 24 a 31 semanas é de R\$ 5.393,00 enquanto que para um recém-nascido a termo o custo é de apenas R\$ 725,00 (CLEMENTS et al., 2007).

## 2.2 A ASSISTÊNCIA PRÉ-NATAL

O cuidado com a gestante e o recém-nascido sempre foi motivo para grande preocupação e empenho por parte dos governantes, visto que, todas as políticas que antecederam o Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PAISM), em 1984, se direcionavam exclusivamente ao ciclo gravídico-puerperal, dando ênfase à procriação. Entretanto, mesmo assim a assistência era deficiente (BRASIL, 2009).

Com a implementação do PAISM, embora tenha havido um direcionamento diferenciado para a saúde da mulher, como por exemplo, com ações voltadas para o planejamento familiar, prevenção do câncer de colo de útero e mama e prevenção de doenças sexualmente transmissíveis, a assistência pré-natal, parto e puerpério ainda tinham maior ênfase. O programa preconiza a busca ativa das gestantes, garantia das consultas em espaço físico adequado, ações educativas e medicamentos e exames laboratoriais disponíveis (BRASIL, 1984).

Mesmo com todas as ações direcionadas para a atenção às mulheres no ciclo gravídico-puerperal, no ano de 2000, se observavam altos níveis de mortalidade materno-infantil, também uma precariedade nos serviços de saúde, principalmente relacionados ao acesso das mulheres ao pré-natal, parto e puerpério. Com isso, o Ministério da Saúde elabora a Portaria/GM nº 569, a qual instituiu o Programa de Humanização ao Pré-natal e Nascimento (PHPN) (BRASIL, 2000).

O PHPN tem como objetivos diminuir a mortalidade materna e infantil no Brasil, melhorar o acesso aos serviços de saúde, atingir um território mais amplo, melhorar a qualidade no atendimento de pré-natal, parto e puerpério, sendo que a proposta tem como fundamento a humanização da assistência, devendo as unidades se responsabilizarem por um acolhimento respeitoso e digno na chegada da mulher, além de criar um ambiente receptivo e mudar as rotinas tradicionais, diminuindo, assim, os riscos causados por procedimentos utilizados desnecessariamente (BRASIL, 2002).

Quando se refere ao atendimento qualificado à gestante, à parturiente e à puérpera, de acordo com o PHPN, significa realizar toda a rotina mínima, a qual inclui a realização da primeira consulta de pré-natal até o 4º mês de gestação, garantia da realização de no mínimo seis consultas de acompanhamento pré-natal, sendo de preferência uma consulta no primeiro trimestre de gestação, duas no segundo e três no terceiro, uma consulta de puerpério até fechar quarenta e dois dias após o nascimento do bebê (BRASIL, 2002).

Quanto aos exames laboratoriais, na primeira consulta de pré-natal devem ser solicitados o grupo sanguíneo e fator Rh (ABO-Rh), sorologia para sífilis (VDRL), urina tipo I, glicemia de jejum, hemoglobina e hematócrito (HB/Ht) e sorologia anti-HIV. Já na trigésima semana gestacional ou próximo a ela, devem ser repetidos o VDRL, urina tipo I, glicemia de jejum, e incluído a sorologia para hepatite B (HBsAg). A sorologia para toxoplasmose (IgM) deverá ser solicitada na primeira consulta quando houver disponibilidade para realização (BRASIL, 2005).

Além disso, deve ser feita a imunização antitetânica, e proporcionar atividades educativas. A classificação de risco deve ser realizada tanto na primeira consulta quanto nas posteriores, e, assim, garantir às gestantes classificadas o acesso ao atendimento em unidades de referência. De acordo com o resultado dos exames, existem condutas específicas no manual em questão (BRASIL, 2002).

Dando seguimento à proposta de humanização, em 2004, o Ministério da Saúde elaborou o documento da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM), com o objetivo de ampliar o acesso das mulheres aos serviços que desenvolveriam a promoção, proteção e recuperação da saúde, bem como a prevenção de doenças. Também visava melhorias na atenção obstétrica, como por exemplo, durante o pré-natal, parto e puerpério, e defendia a liberdade de escolha das mulheres em ter ou não filhos (BRASIL, 2004).

Também no ano de 2004, foi assinado pela Presidente da República e outros órgãos afins, o Pacto Nacional pela Redução da Mortalidade Materna e Neonatal, tendo como ênfase a mobilização de pessoas que atuam no meio social para melhorar a qualidade de vida de crianças e mulheres, reduzindo as taxas de mortalidade materna e neonatal, visto que, em 2005 foram registrados 1.620 óbitos de mulheres e 34.382 de recém-nascidos, devido complicações na gestação, parto, puerpério e aborto (BRASIL, 2007).

De modo a nortear a prática profissional, o Ministério da Saúde criou em 2005 e 2006 um manual técnico de referência para todos os serviços que prestam assistência durante o pré-natal, parto e puerpério, tornando desta forma um atendimento igualitário, humanizado e com

qualidade, sendo este manual um complemento da rotina já instituída pelo PHPN, em 2000 (BRASIL, 2005; 2006).

Ainda como forma de orientar os profissionais que atuam na prática assistencial, o Ministério da Saúde elaborou o Manual Técnico de Gestação de Alto Risco para auxiliar no diagnóstico e tratamento de doenas que possam ocorrer durante a gestação, assim como tornar as condutas uniformes e oferecer uma assistência com qualidade (BRASIL, 2010).

Após todo o empenho com a criação de manuais, programas e política, visando à melhoria na qualidade da assistência pré-natal, parto e puerpério, o  ndice de morbimortalidade materna e infantil permanecia elevado. Com isso, em 2011, foi lanado o Programa Rede Cegonha, que preconiza vários cuidados com as mulheres, dentre eles, o “direito ao planejamento reprodutivo, ateno humanizada à gravidez, parto, abortamento e puerpério, e as crianas, direito ao nascimento seguro, crescimento e desenvolvimento saudável” (BRASIL, 2011).

A assistência pré-natal significa garantir a toda gestante e ao recém-nascido o bem estar e a saúde tanto no período gestacional como no parto e puerpério, assim como a forma de identificar precocemente as situações adversas que possam oferecer risco, prevenindo-as e tratando-as adequadamente (AMORIM; MELO, 2009).

A qualidade na assistência significa oferecer um atendimento com condutas acolhedoras, dispensando intervenções desnecessárias obtendo um acesso facilitado aos servios de saúde que sejam integrados às a es de promoo, preveno e assistência às gestantes e aos recém-nascidos, tanto em nível de ateno básica quanto em nível hospitalar, cumprindo a rotina mínima preconizada pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2005).

Por meio das consultas de pré-natal   oportunizado um momento para o esclarecimento de d vidas quanto às mudanas que podem ocorrer durante o período gestacional, como por exemplo, sobre sexualidade, alimentao, parto, exercícios físicos, cuidados com o recém-nascido, entre outros. Esta relao e interao que se cria através da conversa aberta, sem julgamentos, durante as consultas, favorece a autoconfiana da gestante, proporcionando uma gestação e nascimento da criana com tranquilidade (BRASIL, 2000).

Embora se observe o empenho do Ministério da Saúde em criar manuais técnicos para direcionar o atendimento às mulheres durante o pré-natal, parto e puerpério, com o intuito de oferecer uma assistência qualificada, ainda existem falhas no processo. Um estudo realizado em uma cidade no sul do estado do RS identificou que a interpretao feita por profissionais médicos e enfermeiros dos resultados dos exames básicos do PHPN, solicitados durante a

consulta de pré-natal, ainda apresentou uma fragilidade na assistência, deixando assim a qualidade um tanto duvidosa (GONÇALVES et al., 2013).

Da mesma maneira, outro estudo também mostra que a qualidade do pré-natal está aquém do esperado, pois, embora a média da cobertura de pré-natal no município do Rio Grande seja alta (96%) e a grande maioria das gestantes (73,5%) inicia as consultas ainda no primeiro trimestre, realizando em média 7,4 consultas, a execução dos exames laboratoriais, exames clínicos gineco-obstétrico, a imunização completa contra o tétano, a suplementação com ferro e o exame ginecológico e de mamas encontram-se em patamares abaixo do esperado, totalizando apenas 26,8% dos pré-natais classificados como adequados (GONÇALVES; CESAR; MENDOZA-SASSI, 2009).

Apesar da importância da realização dos exames preconizados pelo MS através da rotina do PHPN, como uma forma de identificar, prevenir e tratar as intercorrências que possam ocorrer e afetar a gestante e o feto, há estudos que mostram que ainda é baixo o percentual de gestantes que realizam os exames necessários durante o pré-natal. Este é o caso da pesquisa desenvolvida em Santa Maria/RS, a qual mostra que em relação aos exames, apenas 7% dos pré-natais em UBS foram considerados adequados e em Unidades Básicas de Saúde com Estratégia de Saúde da Família - 10%, deixando clara a necessidade de aprimoramento na assistência para obter a qualidade (ANVERSA et al., 2012).

A realização dos exames é extremamente importante para garantir a continuidade de uma gestação saudável. Um exemplo é o exame de urina, que não é realizado por muitas gestantes e, de acordo com Silveira et al. (2008), serve como um indicador de qualidade do atendimento pré-natal. Entre os fatores contribuintes para isso, está a baixa escolaridade, renda baixa, solteiras e a realização de menos de 6 consultas de pré-natal. A ausência deste fator imprescindível para um bom pré-natal faz com que se questione a qualidade do mesmo, e desta forma, aumentando ainda mais o risco para a prematuridade.

Outro exame que também é de extrema relevância é o VDRL, indicador da existência de sífilis, doença que pode ser facilmente identificada e tratada impedindo, acima de tudo, a transmissibilidade ao feto. Ao apresentar esta doença e não tratar adequadamente pode ocorrer o aborto, a natimortalidade e parto prematuro. Em um estudo foi observado que o não recebimento de um pré-natal adequado pelas gestantes, aumentou as chances de sífilis congênita (CAMPOS et al., 2010).

O fator primordial para se obter um pré-natal eficaz e de qualidade é o cumprimento da rotina mínima preconizada pelo MS por meio do PHPN. Porém, nem sempre é o que ocorre, e desta forma de nada adianta ter apenas livre acesso aos serviços de saúde se o

mesmo oferecer uma assistência precária por falta de recursos para o cumprimento do mesmo (MALTA et al., 2010).

A ausência ou a inadequação da qualidade em uma assistência pré-natal, seja pela não realização do número indicado de consultas, seja pela falta dos exames laboratoriais, pode levar a várias situações, mas principalmente pode influenciar diretamente na morbimortalidade infantil através do aumento nos índices de prematuridade (SILVA et al., 2009; AMORIM; MELO, 2009).

Ainda cabe ressaltar a importância da orientação nutricional e realização do controle das medidas antropométricas durante o pré-natal, como o peso e a altura da gestante, evitando a possível ocorrência de diabetes gestacional através do ganho de peso excessivo e a restrição de crescimento intrauterino pelo ganho de peso insuficiente, pois, ambas as complicações podem levar ao parto prematuro e até mortalidade perinatal (BELARMINO et al., 2009).

Um estudo realizado no sul do Brasil com o objetivo de avaliar o impacto do índice de massa corporal (IMC) no início da gestação e do ganho de peso no desfecho gestacional, mostra que o ganho ponderal de peso tem associação com a prematuridade, e para isso, mostra-se como sugestão o monitoramento do IMC e do ganho ponderal durante a gestação para impedir estas ocorrências indesejáveis (GONÇALVES et al., 2012).

Da mesma maneira, o uso de álcool e drogas durante o período gestacional além de promover o parto prematuro, pode levar a efeitos deletérios para o feto, e o pré-natal é a oportunidade para detecção precoce de usuárias destas substâncias e intervenção eficaz, além de orientações quanto aos efeitos prejudiciais materno-fetais e estimulação para a interrupção do uso (FREIRE; PADILHA; SAUNDERS, 2009).

De acordo com Spindola e Silva (2009), a falta de planejamento numa gravidez entre gestantes adolescentes gera diversas repercussões, dentre elas o aumento de responsabilidade, imbricando em sobrecarga física e psíquica. Portanto, a assistência pré-natal é indispensável e deve ser uma atenção qualificada, de modo a atender às necessidades e possíveis contratempos causados pela gravidez nesta faixa etária.

As doenças hipertensivas específicas da gestação são consideradas a maior causa dos índices elevados de mortalidade materna, além de prematuridade e baixo peso do recém-nascido, fato ocorrido possivelmente pela ausência ou inadequação de uma assistência pré-natal decorrente de condutas falhas por parte de profissionais. Sendo assim, a educação continuada destes profissionais que atuam em serviços públicos e que oferecem este tipo de assistência deve ser promovida e estimulada por parte dos serviços de saúde e seus gestores (VETTORE et al., 2011).

Como destacados acima, diversos fatores de risco para o parto prematuro como a hipertensão arterial, diabetes gestacional, infecção do trato urinário, o uso de substâncias como o álcool e drogas entre outros, podem ser devidamente identificados durante as consultas de pré-natal e através de uma atenção qualificada e realizado o manejo adequadamente, impedindo complicações mais graves. Entretanto, para que o atendimento seja de qualidade é essencial o acesso facilitado aos serviços de saúde, uma estrutura com equipamentos e materiais necessários e, ainda, profissionais qualificados que saibam acolher as mulheres grávidas e seguir toda a rotina mínima preconizada durante este período tão especial em suas vidas.

### 2.3 FATORES ASSOCIADOS AO PARTO PREMATURO E O PRÉ-NATAL: ESTADO DA ARTE

Neste momento apresenta-se o resultado de uma revisão de literatura efetuada no sentido de conhecer o que existe de produção científica relacionada ao objeto de estudo que é o trabalho de parto prematuro. Primeiramente, para iniciar a busca foi utilizado o descritor trabalho de parto prematuro na Biblioteca Virtual em Saúde, surgindo 14.536 estudos, no período de março a junho de 2014.

Quando se tentou mesclar os descritores, como por exemplo, trabalho de parto prematuro e assistência pré-natal, resultaram somente quatro (4) estudos, os quais já estavam presentes quando utilizado apenas o primeiro descritor. Ao cruzar o descritor trabalho de parto prematuro e enfermagem, o resultado despontava como zero (0) estudos, portanto, foi necessário realizar a busca dos artigos somente com o descritor trabalho de parto prematuro.

De modo a direcionar a busca foi utilizado a ferramenta filtrar, sendo selecionados apenas aqueles estudos que se apresentavam na forma de trabalho completo e que estavam disponíveis *online*, tendo os seguintes critérios: o trabalho de parto prematuro como assunto principal; relato de caso, ensaio clínico controlado, estudo de casos e controles e estudo de coorte como tipo de estudo; as palavras ‘humano’ e ‘feminino’ como limite; inglês, espanhol e português como idiomas; os anos de publicação entre os últimos cinco anos (2009, 2010, 2011, 2012 e 2013) e utilizando apenas artigos como tipo de documento.

Realizados estes passos restaram 101 estudos científicos, os quais foram selecionados através da leitura do título e resumo, ficando a pesquisadora a par do assunto de cada estudo e separando de acordo com a sua aproximação com o objeto de pesquisa.

Após a leitura e a avaliação da relevância dos estudos, restaram 38 artigos científicos, dos quais 33 do idioma inglês, três (3) em espanhol e dois (2) em português. Para melhor compreensão, os artigos foram organizados conforme o assunto abordado, sendo criadas três categorias com as seguintes nomeações: fatores de risco para o parto prematuro, prevenção ao parto prematuro e assistência pré-natal e parto prematuro.

### 2.3.1 Fatores de risco para o parto prematuro

Esta categoria abrangeu 21 estudos, mostrando diferentes fatores de risco existentes ao parto prematuro, assim como estudos afirmando a não existência de risco a determinada complicação.

A idade materna, principalmente das gestantes com 35 anos ou mais, apresenta-se como um fator de risco acentuado de trabalho de parto prematuro espontâneo, tanto em gestantes consideradas de baixo risco, sem doenças crônicas ou complicações recorrentes na gestação, como naquelas de alto risco, ou seja, que desenvolvem alguma complicação no período da gestação (MCLNTYRE et al., 2009).

Uma hipótese levantada acerca de fatores relacionados ao parto prematuro inclui a genética. Porém, em um estudo desenvolvido no intuito de investigar a ocorrência da prematuridade com o polimorfismo do gene trombofilica na gestante, ficou evidente a não relação entre estes parâmetros analisados, não sendo considerado risco para o parto prematuro (UVUZ et al., 2009).

Os estressores psicossociais e familiares, tais como, ter um doente na família, violência, agressão psicológica e qualquer outro evento estressante que possa ocorrer em um grupo familiar, têm se apresentado desfavoravelmente na gestação em grávidas adolescentes. Seu principal desfecho é a Síndrome Hipertensiva Específica da Gestação e o parto prematuro, sendo o apoio familiar um protetor destas complicações (MUNÕZ; OLIVA, 2009).

A doença periodontal, causada principalmente por maus hábitos de higiene bucal e o hábito de fumar, é considerada um fator de risco para as gestantes, pois pode contribuir para um parto prematuro. Após um estudo de caso-controle foi visto que as gestantes que apresentaram esta patologia têm três vezes mais chance de parto prematuro que as gestantes sem a doença periodontal. Desta forma, é indispensável que durante a atenção pré-natal seja feita a promoção e a educação para uma boa saúde bucal (SARABIA, 2009; GIANNELLA et al., 2011).

Considerar este fator de risco citado para o parto prematuro gera controvérsias, pois, segundo Moimaz et al. (2009) as gestantes que apresentam a doença periodontal não correm o risco para parto prematuro, nem para peso baixo do recém-nascido.

Um fator que tem sido demonstrado como relevante para o desfecho de uma gestação, é o Índice de massa corporal (IMC), pois, quando há um aumento do IMC materno apresenta-se o risco de doenças hipertensivas, macrosomia fetal e internação do recém-nascido em Unidade de Terapia Neonatal. Já quando o IMC está diminuído em relação aos parâmetros normais, o risco é de parto prematuro e baixo peso do RN (KALK et al., 2009). Além do IMC, a própria estatura da gestante, principalmente a baixa estatura, apresenta-se como um risco para a prematuridade, o que foi constatado entre mulheres chinesas (CHAN; LAO, 2009).

Este mesmo dado também pode ser visto entre mulheres tailandesas, pois, foi observado que os extremos de idade materna, o IMC anterior à gravidez, história prévia de parto prematuro e a não realização do pré-natal são fatores de risco relevantes para a ocorrência do parto prematuro (IP et al., 2010).

Os fatores de risco para doenças cardiovasculares como, por exemplo, a pressão arterial elevada, níveis aumentados de triglicérides, colesterol, lipoproteína de alta densidade – colesterol e glicose, quando estão presentes na mulher durante o período pré-gestacional, concorrem para o risco aumentado das mulheres apresentarem um desfecho desfavorável durante a gestação, principalmente de uma gestação mais curta e de parto prematuro (MAGNUSSEN et al., 2011).

Outro fator analisado pelos estudos é a fumaça oriunda dos produtos do tabaco. Um estudo desenvolvido no Canadá com o objetivo de avaliar os efeitos da fumaça ambiental do tabaco (FAT) sobre os resultados perinatais, obteve como resultado que as mulheres não fumantes que entraram em contato com esta substância, apresentaram associação com complicações como maior tendência ao parto prematuro, além de menor peso ao nascer, perímetro cefálico e comprimento menor, e até morte fetal (CRANE et al., 2011).

Ainda que pouco conhecida, a gravidez angular, na qual o saco gestacional é implantado no ângulo lateral da cavidade uterina, é um fator relevante, principalmente quando se trata de trabalho de parto prematuro. Em estudo que analisou dois casos nos quais as gestações eram angulares, uma delas evoluiu para o descolamento de placenta e a outra para o parto prematuro e, posteriormente, endometrite pós-parto, sendo que a primeira foi diagnosticada através de ultrassonografia e a segunda não teve identificação prévia. Diante disso, os autores ressaltam a importância do diagnóstico precoce para evitar tais

complicações, principalmente o parto prematuro e seus resultados adversos (KWON et al., 2011).

Outro fator de risco associado ao parto prematuro, encontrado por meio da realização de um estudo em uma maternidade universitária de referência em Campinas, no Brasil, foi a presença de interleucina – 6 e interleucina – 8 no fluido cervico-vaginal e qualquer tipo de infecção vaginal. Tais constatações foram feitas após estudo de caso-controle com mulheres já em trabalho de parto prematuro e outras gestantes a termo (DISCACCIATI et al., 2011).

A doença do hipertireoidismo, quando presente em gestantes, também desponta como uma causa para preocupações, pois esta pode apresentar-se como grande risco para complicações tais como parto prematuro, restrição do crescimento fetal, baixo peso fetal numa proporção de 1:3, 1:3 e 1:4 respectivamente relacionados com gestantes consideradas normais, ou seja, sem o hipertireoidismo. Além destas complicações, este grupo de risco ainda pode ter maior chance de apresentar Hipertensão Induzida pela Gravidez (LUEWAN; CHAKKABUT; TONGSONG, 2011).

A infecção pelo vírus da imunodeficiência humana (HIV) em gestantes também é indicada como um fator de risco tanto para o parto prematuro espontâneo como para o parto prematuro iatrogênico. Porém, o uso de antirretrovirais na segunda metade da gestação não está associado ao parto prematuro espontâneo, apenas com o iatrogênico (LOPEZ et al., 2012).

Outro fator de grande relevância no surgimento de complicações com o trabalho de parto e parto prematuro é o prolapso uterino na gestação, apesar deste caso ser raro. Neste caso, destaca-se como fundamental o repouso e a utilização de um pessário<sup>1</sup> chamado gellhorn, para minimizar alguns sintomas e impedir que tais complicações possam ocorrer (MOHAMED-SUPHAN; NG, 2012).

Além dos fatores de risco para o parto prematuro já citado acima, foi encontrado, também, o uso de antidepressivos pela gestante. A sua utilização durante o segundo trimestre de gestação está associado ao possível parto prematuro e se o uso permanecer até o terceiro trimestre o risco pode ser bem maior e estar associado a convulsões infantis. (HAYES et al., 2012).

O uso de algumas bebidas durante a gestação também foi associado a complicações. De acordo com um estudo prospectivo realizado com 60.761 mulheres norueguesas, foi

---

<sup>1</sup> Pessário de gellhorn: é um dispositivo inserido na vagina, com o objetivo de segurar o prolapso e proporcionar o alívio dos sintomas causados. (MASCARENHAS, 2009).

comprovado que a alta ingestão de bebidas carbonatadas e não carbonatadas, assim como bebidas adoçadas artificialmente e adoçadas com açúcar pelas mulheres durante a gravidez apresenta-se como um alto risco para o parto prematuro (ENGLUND-OGGE et al., 2012).

Além disso, outro fator de risco para o parto prematuro em mulheres grávidas é a presença de anticorpos de tireóide peroxidase (anti-TPO), ao contrário do anticorpo tireoglobulina (TG-Ab) que não parece oferecer ameaças quando presente (HE et al., 2012).

Após um estudo recentemente desenvolvido com o objetivo de buscar estimar a associação entre transtorno de apreensão materna e resultados adversos na gravidez, os autores afirmam que gestantes que sofrem de epilepsia não apresentam risco aumentado para parto prematuro, restrição do crescimento intrauterino, morte fetal ou pré-eclâmpsia (MCPHERSON et al., 2013).

Nos últimos tempos, tem aparecido mais frequentemente o diagnóstico da doença de colestase intra-hepática (ICP) em gestantes suecas, apesar da hipótese de que a doença apenas ficou mais conhecida entre esta população. Porém, com este diagnóstico há uma preocupação, pois, esta doença aumenta o risco de parto prematuro e não descarta a possibilidade de aparecimento de diabetes gestacional e pré-eclâmpsia (WIKSTRÖM et al., 2013).

Assim, percebe-se que são inúmeros os fatores de risco comumente associados à prematuridade, apesar de que o assunto merece mais estudo e aprofundamento, em vista do caráter pouco conclusivo das pesquisas.

### 2.3.2 Preditores da prematuridade

Na especificidade desta temática, houve a abordagem em 13 artigos que mostram alguns métodos existentes ou recém testados como preditores para o parto prematuro, sendo que estes podem servir como base para ações que minimizem a ocorrência do parto prematuro. Todos os métodos discriminados a seguir foram estudados para auxiliar no diagnóstico, já que este nem sempre é efetuado facilmente. Porém, devem ser analisados cautelosamente os custos e eficácia de cada um.

Várias mulheres internadas em centros hospitalares com ameaça de trabalho de parto prematuro ainda são submetidas ao tratamento com tocolíticos e corticosteróides para retardar este acontecimento. Porém, este uso parece ser desnecessário em alguns casos. Um estudo de coorte prospectiva em mulheres com ameaça de trabalho de parto prematuro entre 24 e 34 semanas avaliou o custo-efetividade do teste de fibronectina, como medidor para o trabalho de parto prematuro. Além de prever o parto prematuro a fibronectina também é um método

seguro e com menor custo, dispensando desta maneira o uso desnecessário das medicações citadas. (VIS et al., 2009).

Os níveis séricos de citocinas pró-inflamatórias como a interleucina-8, também podem servir como um marcador bioquímico não invasivo de infecções durante a gestação, assim como também pode indicar um parto prematuro (BOGAVAC; BRKIC, 2009).

Foi realizado um estudo para determinar as concentrações de alguns peptídeos como as defensinas humanas beta 2 (HBD2) e 3 (HBD3) no líquido amniótico no segundo trimestre de gestação. Foram medidos no ato da amniocentese genética de modo a ser um marcador para prever o trabalho de parto prematuro. Porém, ao concluir o estudo, foi observado que este método não serve como marcador para o trabalho de parto prematuro, apenas para a ruptura prematura de membranas (LAVAZZO et al., 2010).

Um método analisado também como forma de prever o parto prematuro em mulheres grávidas de baixo risco foi a avaliação do pH vaginal e a medição do comprimento cervical. Embora ambos sejam bons marcadores, a avaliação do alto pH vaginal apresenta melhor precisão para prever o risco para o início do trabalho de parto prematuro com menos de 34 semanas de gestação. A utilização deste método seria um avanço na atenção primária e secundária, reduzindo desta forma o alto índice de prematuridade, que se mantêm mesmo com o uso de corticóides, tocolíticos e antibióticos (MATIJEVIC; GRGIC; KNEZEVIC, 2010).

No ano de 2011, foi realizado um estudo com o objetivo de avaliar a capacidade de DNA fetal livre no plasma materno (ffDNA) para aumentar a precisão na prevenção do parto prematuro através do comprimento do colo uterino e ainda explorar mecanismos de doenças que estão associadas a esta patologia. Os autores perceberam que o ffDNA não serve como um indicador de colo curto entre 22 e 24 semanas de gestação, portanto não serve para prever o parto prematuro (ILLANES et al., 2011).

Para prever o parto prematuro através do comprimento cervical, também foi utilizado o método por ultrassonografia, pois ele é eficaz tanto para descartar alarmes falsos de parto prematuro, quanto para identificar mulheres que já estão com comprimento cervical menor que 15 mm e estarão com risco de entrar em trabalho de parto dentro de 7 dias (DEMIRCI et al., 2011).

Como forma de reduzir o risco de parto prematuro espontâneo, foi realizado um estudo que analisou a relação entre esta complicação causada por microorganismos patogênicos e a ingestão de alimentos probióticos. Como resultado da pesquisa, houve a afirmação de que as mulheres que ingeriram habitualmente produtos lácteos probióticos apresentaram menor risco para o parto prematuro (MYHRE et al., 2011).

Foi determinada, ainda, a quantidade de DNA fetal livre de células (cffDNA), de acordo com a determinação da rotina fetal genotipagem RHD em uma gestação de 25 semanas como uma forma de prever o parto prematuro. Como resultado foi observado que quando há altos níveis de cffDNA em gestantes com essa idade gestacional, há grande associação com risco aumentado para o parto prematuro espontâneo (JACOBSEN et al., 2012).

Outra maneira de prever o parto prematuro foi analisada em um estudo que objetivou esclarecer o papel de moléculas apoptóticas no líquido amniótico (TNF – alfa, o citocromo C e morte celular) em nucleossomas midtrimester. Com a pesquisa foi constatado que os níveis de nucleossomas com morte celular no líquido amniótico no segundo trimestre servem como base para previsão de marcadores para o parto prematuro (PUCHNER et al., 2012).

Em estudo realizado em dois hospitais na Irlanda, onde em um deles era utilizado medicamentos tocolíticos para retardar o parto prematuro, e no outro não, foi observado, embora com algumas limitações no estudo, que na população onde foi utilizado rotineiramente tocolíticos, não houve alteração das taxas de parto prematuro precoce ou tardio, pondo em discussão, desta forma, a prática de tratamento da tocolise (HEHIR et al., 2012).

Além dos tocolíticos, um novo método para impedir o parto prematuro que vem sendo estudado, através do manejo de infecções e inflamações, é a poliquimioterapia com Sivelestat. Esta medicação é administrada intravenosa, tendo como efeito a diminuição de interleucina 6 e 8 no fluido amniótico, podendo prolongar assim a gestação até mais de uma semana, impedindo a prematuridade e favorecendo o parto a termo (NAKAJIMA; MASAOKA, 2012).

Outra substância analisada para fins preventivos do parto prematuro é o Atosiban, o qual atua como um antagonista do receptor da ocitocina reduzindo, desta forma, os níveis de atividade elétrica em mulheres com contrações prematuras. Este se apresenta como um método diferenciado e com objetivo de impedir o trabalho de parto prematuro e suas possíveis consequências (HADAR et al., 2013).

Também com o mesmo objetivo de prever o trabalho de parto prematuro em mulheres com sinais característicos e, posteriormente, encaminhá-las para unidades hospitalares adequadas, foi realizado um teste entre mulheres grávidas com idade gestacional de 28 a 36 semanas. Através do sangue foi avaliada a concentração do soro urocortin, que poderia ser um indicador para prever o parto prematuro. Porém, depois de realizado um estudo foi detectado que este teste não é adequado para este fim, pois não houve diferença estatística significativa

nos níveis de urocortin em mulheres com parto pré-termo em relação as que tiveram parto a termo (KASHANIAN et al., 2013).

Com isso, percebe-se a tentativa por parte dos pesquisadores em descobrir uma forma de prevenir que o parto ocorra de forma prematura, mostrando algumas investigações que já alcançaram algum nível de sucesso nesse sentido.

### 2.3.3 Assistência pré-natal e o parto prematuro

Esta categoria foi composta de quatro (4) artigos, os quais mostram a importância de uma assistência pré-natal adequada para detectar precocemente os riscos para o parto prematuro e desta forma evitá-lo diminuindo os índices de mortalidade materno-infantil.

Um estudo realizado com mulheres de 14 a 29 anos na região noroeste da Inglaterra, demonstra que a gravidez na adolescência é um fator relevante para a ocorrência de um parto prematuro, principalmente quando esta se apresenta na segunda gestação. Portanto, é ressaltada a importância da realização de um pré-natal adequado, sendo este momento a oportunidade dos profissionais de saúde desenvolver a educação em saúde, inclusive para tratar da contracepção pós-natal com estas jovens, evitando outra gestação na adolescência e, conseqüentemente, um parto prematuro (KHASHAN; BAKER; KENNY, 2010).

Embora se conheça a importância de uma assistência pré-natal adequada e completa, o que tem sido demonstrado é que adolescentes que apresentam partos pré-termo geralmente não tiveram uma assistência pré-natal suficiente, pois, o número de consultas foram reduzidas, fato ocorrido possivelmente pelo tempo gestacional menor. Entretanto, 3,13% das adolescentes não tiveram nenhuma consulta de pré-natal, fato preocupante, pois, além do parto prematuro, poderiam ter apresentado outras complicações em decorrência do não acompanhamento adequado (NADER; COSME, 2010).

A falta ou a redução do apoio social é caracterizada como um fator de grande relevância para a suscetibilidade ao parto prematuro, uma vez que um nascimento prematuro provoca ansiedade e aumenta as chances de depressão pós-parto. Devido a isso, as mulheres que apresentam fatores de risco para o parto prematuro devem ser alvo de uma atenção mais específica e qualificada durante o pré-natal, tanto para a identificação de todos os fatores de risco que a envolvem, quanto para estabelecer um vínculo com a equipe de saúde que após o parto poderá oferecer maior apoio a esta puérpera (GUNGOR; OSKAY; BEJI, 2011).

Também se mostram importantes a atenção pré-natal no sentido de detecção e posterior tratamento de infecções das vias urinárias, vaginais durante a gestação, as quais

podem apresentar risco significativo para a evolução de um parto prematuro, principalmente quando se trata de gestantes adolescentes. Desta forma há possibilidade de evitar complicações futuras, dentre elas, o parto prematuro (UGALDE-VALENCIA et al., 2012).

Embora tenham sido encontrados nesta busca poucos estudos relacionando o parto prematuro e a realização do pré-natal, cabe ressaltar a importância da realização de uma assistência pré-natal adequada, ou seja, de acordo com o que o Ministério da Saúde preconiza através da rotina mínima. Ela é importante para detectar e tratar precocemente determinadas complicações que levam, entre outros desfechos indesejáveis, ao parto prematuro, um dos grandes responsáveis pelo alto índice de morbimortalidade materno-infantil.

### 3 METODOLOGIA

#### 3.1 TIPO DE ESTUDO

Este trabalho foi realizado a partir do recorte da macropesquisa intitulada “Parto Prematuro: Estudo dos fatores associados para construção de Estratégias de prevenção”.<sup>2</sup>

Caracteriza-se como uma pesquisa de abordagem quantitativa, do tipo caso-controle. O método quantitativo “está atribuído à qualidade da alta confiabilidade/reprodutibilidade dos resultados que foram obtidos buscando a explicação do comportamento das coisas” (TURATO, 2005, p. 511).

O caso-controle consiste em um estudo epidemiológico, investigando retrospectivamente a possível causa ou fator de risco de um determinado fenômeno que já ocorreu entre a população. Também executa a comparação entre um grupo de pessoas com o desfecho em estudo (caso) e outro grupo sem o desfecho, escolhido aleatoriamente (controle) (ARAGÃO, 2011).

#### 3.2 LOCAL DO ESTUDO

O local de estudo é o município do Rio Grande, no Rio Grande do Sul, o qual abrange uma população de aproximadamente 206.161 habitantes (IBGE, 2013). Encontra-se localizado no sul do estado do Rio Grande do Sul, e atualmente é referenciado por sua economia, contendo um polo naval, indústria petroquímica e de fertilizantes, sendo fatores de grande relevância para o aumento da renda municipal.

Quando se refere ao setor saúde, o município está inserido em um Sistema de Saúde, tendo dois hospitais gerais e um específico para cardiologia, totalizando 600 leitos reservados ao Sistema Único de Saúde (SUS). Também possui 22 Unidades Básicas de Saúde (UBS) com Estratégia de Saúde da Família (ESF), nas quais estão distribuídas 35 equipes, seis (6) UBS tradicionais, duas (2) UBS com pronto atendimento 24 horas e uma (1) UBS no presídio local, além de um ambulatório de obstetrícia que oferece assistência tanto de baixo quanto de

---

<sup>2</sup> Estudo multicêntrico, desenvolvido nos Estados do Rio Grande do Sul, Paraná, Rio Grande do Norte e Bahia, coordenado pela Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Nalú Pereira da Costa Kerber, financiado pelo CNPq – Edital Universal 14/2013 – Processo 478047/2013-4, e FAPERGS, Programa Pesquisador Gaúcho - Edital 001/2013, que apresenta o objetivo geral de realizar um diagnóstico da situação de prematuridade em municípios do norte e sul do Brasil.

alto risco, localizado no Hospital Universitário Dr Miguel Riet Corrêa Junior (HU) vinculado à Universidade Federal do Rio Grande (FURG).

O cenário deste estudo foram as duas maternidades do município do Rio Grande, presentes nos hospitais gerais, locais onde ocorre o acolhimento e atendimento às gestantes em trabalho de parto. No centro obstétrico do HU ocorrem, em média, 180 partos por mês, chegando a aproximadamente 66% dos partos que ocorrem no município - sendo este hospital 100% SUS. Ele é credenciado como Hospital Amigo da Criança desde 2002 e oferece atendimento às gestantes de alto risco de toda a micro região sul e possui a única Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN) do município.

A maternidade do hospital filantrópico Associação de Caridade Santa Casa acolhe pacientes tanto por meio de convênios ou pelo SUS, e são realizados cerca de noventa partos mensais. Este hospital não possui UTIN, e deve assim encaminhar os recém-nascidos com necessidade de cuidados especiais para o HU.

### 3.3 PARTICIPANTES DO ESTUDO

Os participantes do estudo foram 139 mulheres que tiveram parto prematuro no período de janeiro a maio de 2014. O parto prematuro é considerado quando ocorre anterior às 37 semanas de gestação, baseando-se na idade gestacional (IG) calculada pela data da última menstruação (DUM), considerado quando este dado for concreto, ou através do exame de ecografia realizado até as 20 semanas ou pelo método de capurro no recém-nascido, seguindo essa respectiva ordem. A IG por DUM somente foi considerada quando a mulher tinha certeza da data e seu ciclo menstrual era regular. Para o grupo controle, foi selecionada a gestante que teve parto a termo em momento imediatamente posterior a ocorrência de um parto prematuro (caso).

### 3.4 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO

Foram incluídas no estudo puérperas que tiveram o parto no período de 20 a 36 semanas e seis (6) dias de gestação e que o recém-nascido obteve o peso maior que 500 gramas e a próxima mulher que teve o parto a termo, sendo mais de 37 semanas de gestação, durante o período de cinco (5) meses.

### 3.5 CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO

Mulheres que não apresentaram condições de responder às perguntas, devido alterações psíquicas.

### 3.6 COLETA DE DADOS

A coleta de dados foi feita por integrantes do Grupo de Pesquisa Viver Mulher, da Universidade Federal do Rio Grande (FURG), previamente treinados. Foram realizadas visitas diárias às maternidades dos hospitais para a identificação de puérperas a serem incluídas na pesquisa, e que, após explicado o objetivo do estudo e convite à participação, assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido, autorizando a realização da entrevista.

A entrevista foi realizada após as primeiras 24 horas do pós-parto, por meio de um questionário que investiga questões acerca do pré-natal, como é possível visualizar no ANEXO A. Ao final da entrevista foi realizada a conferência da carteira de pré-natal para confirmar os dados respondidos referentes ao cumprimento das rotinas preconizadas pelo Ministério da Saúde.

Os dados coletados foram inseridos no programa Epi-Data 3.1 para posterior análise.

### 3.7 ANÁLISE DOS DADOS

Após o término do trabalho de campo foi realizada a codificação dos dados, seguida de sua digitação no programa Epi-data 3.1. Para a análise estatística foram utilizadas as ferramentas do aplicativo Stata 11.0, a análise bruta e ajustada, razão de prevalência, intervalos de confiança e p-valor. A análise multivariada foi realizada através de regressão de Poisson, no programa Stata, com um modelo hierarquizado de análise, sendo que ingressaram as variáveis com teste no valor de até 0,20 na análise bruta. No primeiro nível, foram as variáveis demográficas, socioeconômicas e comportamentais. No segundo, as variáveis que representam o histórico gestacional. No terceiro nível, as características relacionadas ao risco gestacional de trabalho de parto prematuro. Em cada nível foram consideradas estatisticamente significativas as variáveis com  $p > 0,05$ .

Para a discussão dos dados foi utilizada a revisão de literatura realizada, assim como, outros estudos atualizados referentes a esta temática.

Abaixo, seguem as variáveis como o perfil socioeconômico, o histórico gestacional e as características relacionadas ao risco gestacional.

<b>Perfil socioeconômico</b>	<b>Histórico gestacional</b>	<b>Características relacionadas ao risco gestacional</b>
Idade Materna ≥ 30 anos De 20 a 29 anos ≤ 19 anos	Planejou a gestação Sim Não	Fez EQU Sim Não
Cor da pele Não Branca Branca	Nº de gestações Multípara Primípara	Quantidade de EQU 2 ou mais 1 ou menos
Companheiro Sim Não	Fez pré-natal (PN) Não Sim	Teve ITU Não Sim
Escolaridade 9 anos ou mais 5-8 anos 0-4 anos	Início do PN Outro trimestre Primeiro trimestre	Teve HAS Não Sim
Renda por SM ≥ 1 SM < 1 SM	Nº de consultas PN 6 ou mais 5 ou menos	Teve Diabetes Não Sim
Tipo de internação Particular/convênios SUS	Local do PN Convênio/Particular UB sem ESF UB com ESF	Tratou corrimento Não Sim
		Teve ameaça de TPP Não Sim
		Teve outra infecção Não Sim
		Teve doença bucal Não Sim
		Teve TPP anterior Não Sim
		Fumou na gestação Não Sim
		Ingeriu álcool Não Sim

### 3.8 ASPECTOS ÉTICOS

Foram respeitados os princípios éticos da pesquisa envolvendo seres humanos, de acordo com a Resolução 466/12. A macropesquisa foi submetida ao Comitê de Ética em Pesquisa na Área da Saúde – CEPAS, da FURG, sendo aprovado com o parecer de número 134/2013 (ANEXO B) e ao Comitê da Associação de Caridade Santa Casa com o parecer 005/2013 (ANEXO C).

Todos os sujeitos assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido – TCLE (ANEXO D), onde está discriminado o objetivo do estudo e a metodologia proposta, de modo a cumprir os aspectos éticos, dando direito à privacidade, garantindo o anonimato do participante. A via original assinada ficou com o(a) pesquisador(a) e uma cópia com a puérpera. Em caso de a mesma ser menor de idade foi solicitada a assinatura do seu responsável legal.

O presente trabalho obteve a autorização da coordenadora da macropesquisa para a utilização do banco de dados (ANEXO E)

#### 4 RESULTADOS

Por meio da análise dos dados, pode se observar que o estudo foi representado por 73 (52,5%) casos, sendo estes constituídos pelas puérperas que apresentaram trabalho de parto prematuro e 66 (47,5%) controles, referentes às puérperas que tiveram trabalho de parto a termo, totalizando 139 participantes. A maioria dos partos, 124 (90,5 %), ocorreu no Centro Obstétrico do Hospital Universitário da Universidade Federal do Rio Grande (FURG) e apenas 13 (9,5) ocorreram no Hospital de Caridade Santa Casa (ACSC).

A seguir, na Tabela 1 são apresentados os dados demográficos e socioeconômicos que possibilitam conhecer um pouco sobre as mulheres sujeitos do estudo.

**Tabela 1** - Perfil demográfico e socioeconômico das puérperas que tiveram trabalho de parto pré- termo (TPP) e trabalho de parto a termo (TPT) no município do Rio Grande, Rio Grande do Sul. N= 139

Perfil socioeconômico	Caso 73 (52,5%)	Controle 66 (47,5%)	Análise bivariada P-Valor RP (IC <sub>95%</sub> )	Análise multivariada P-Valor RP (IC <sub>95%</sub> )
Idade Materna ≥ 30 anos De 20 a 29 anos ≤ 19 anos	25 (34,2%) 33 (45,2%) 15 (20,5%)	14 (21,2%) 36 (54,5%) 16 (24,2%)	p=0,232 1,0 0,75 (0,53-1,05) 0,75 (0,49-1,16)	
Cor da pele Não Branca Branca	18 (25,4%) 53 (74,6%)	25 (38,5%) 40 (61,5%)	p=0,101 1,0 1,36 (0,92-2,02)	P=0,267 1,0 1,55 (0,72-3,40)
Companheiro Sim Não	55(75,3%) 18(24,7%)	54(81,8%) 12(18,2%)	p=0,354 1,0 1,19 (0,84-1,68)	
Escolaridade 9 anos ou mais 5-8 anos 0-4 anos	49 (68,1%) 17(23,6%) 6 (8,3%)	27 (40,9%) 33(50%) 6 (9,1%)	p=0,004 1,0 0,53 (0,35-0,80) 0,78 (0,43-1,40)	P=0,010 1,0 0,29 (0,13-0,65) 0,66 (0,18-2,32)
Renda por SM ≥ 1 SM < 1 SM	31 (44,3%) 39 (55,7%)	21 (33,9%) 41 (66,1%)	p=0,222 1,0 0,82 (0,62-1,12)	
Tipo de internação Particular/convênios SUS	5 (6,8%) 68 (93,2%)	1 (1,5%) 65 (98,5%)	p=0,122 1,0 0,61 (0,41-0,91)	P=0,249 1,0 0,27 (0,03-2,48)

A maioria das puérperas, 123 (88,5%), residia no município do Rio Grande e o restante, 16 (11,5%), em outros municípios da região Sul, como Jaguarão, Morro Redondo, Mostardas, Pelotas e São José do Norte. Em relação aos dados demográficos a média de idade entre as puérperas foi de 25,3 anos com o desvio padrão de  $\pm 6,64$ , 93 (66,9%) eram brancas, 109 (78,4%) viviam com companheiro no momento do parto e 76 (55,1%) tinham 9 anos ou

mais de estudo. A média de renda mensal entre as puérperas foi de R\$ 804,76, sendo que 80 (60,6%) mulheres tinham renda per capita menor que um salário mínimo.

Quanto aos dados socioeconômicos pode-se observar que as mulheres com escolaridade entre cinco (5) e oito (8) anos apresentaram uma probabilidade 71% menor de ter PPT quando comparada às mulheres com nove (9) anos ou mais de escolaridade, mesmo após a análise ajustada  $p=0,010$  (Tabela 1).

**Tabela 2** - Características relacionadas à gestação das puérperas que tiveram trabalho de parto pré- termo (TPP) e trabalho de parto a termo (TPT) no município do Rio Grande, RS.

Histórico gestacional	Caso 73 (52,5%)	Controle 66 (47,5%)	Análise bivariada P-Valor RP (IC <sub>95%</sub> )	Análise multivariada P-Valor RP (IC <sub>95%</sub> )
Planejou a gestação			$p=0,128$	$P=0,097$
Sim	32 (44,4%)	21 (31,8%)	1,0	1,0
Não	40 (55,6%)	45 (68,2%)	0,78 (0,57-1,07)	0,49 (0,21-1,13)
Nº de gestações			$p=0,098$	$P=0,248$
Múltipara	34 (46,6%)	40 (60,6%)	1,0	1,0
Primípara	39 (53,4%)	26 (39,4%)	1,31 (0,95-1,79)	1,59 (0,72-3,53)
Fez pré-natal (PN)			$p=0,040$	$P=0,007$
Não	9(12,5%)	2(3,0%)	1,0	1,0
Sim	63(87,5%)	64(97,0%)	0,61 (0,44-0,84)	0,90 (0,01-0,51)
Início do PN			$P=0,012$	$P=0,037$
Outro trimestre	13 (18,8%)	25 (38,5%)	1,0	1,0
Primeiro trimestre	56 (81,2%)	40 (65,1%)	0,59 (0,37-0,94)	0,41 (0,17-0,94)
Nº de consultas PN			$p=0,598$	
6 ou mais	54 (75,0%)	52 (78,8%)	1,0	
5 ou menos	18 (25,0%)	14 (21,2%)	1,10 (0,77-1,58)	
Local do PN			$p=0,02$	$P=0,006$
Convênio/Particular	30 (48,4%)	11(18,0%)	1,0	1,0
UB sem ESF	14(22,6%)	23(37,7%)	0,52 (0,33-0,81)	0,30 (0,11-0,33)
UB com ESF	18 (29,0%)	27 (44,3%)	0,55 (0,37-0,82)	0,26 (0,10-0,68)

Na Tabela 2 estão apresentadas, também, as características do cuidado pré-natal, onde observa-se que 85 mulheres (61,6%) não planejaram engravidar, mas 92% realizaram pré-natal, iniciando em média na 11ª semana ( $DP\pm 5sem$  e 5 dias) e realizaram 6 ou mais consultas em 76,8% dos casos. As puérperas que realizaram o pré-natal tiveram uma probabilidade de ter PPT 10% menor (RP: 0,90 IC<sub>95%</sub>: 0,01-0,51) que as mulheres que não fizeram acompanhamento. Também nota-se que o início do pré-natal no primeiro trimestre foi um fator protetor e reduziu o risco de PPT em 59%, em comparação às gestantes que iniciaram em outro trimestre ( $p=0,037$ ). Ao serem comparados os diferentes tipos de atendimento pré-natal oferecidos no Rio Grande, observa-se que as mulheres que o realizaram no nível da atenção primária à saúde, seja em unidades tradicionais (RP: 0,30 IC<sub>95%</sub>: 0,11-0,33), ou com

Estratégia Saúde da Família (RP: 0,26 IC<sub>95%</sub>: 0,10-0,68), o risco de PPT foi 70% menor do que nas mulheres que realizaram suas consultas por convênio ou particular.

**Tabela 3** - Características relacionadas ao risco gestacional das puérperas que tiveram trabalho de parto pré- termo (TPP) e trabalho de parto a termo (TPT) no município do Rio Grande.

<b>Características relacionadas ao pré-natal</b>	<b>Caso 73 (52,5%)</b>	<b>Controle 66 (47,5%)</b>	<b>Análise bivariada P-Valor RP (IC<sub>95%</sub>)</b>	<b>Análise multivariada P-Valor RP (IC<sub>95%</sub>)</b>
Fez EQU			p=0,167	P=0,946
Sim	62 (84,9%)	61 (92,4%)	1,0	1,0
Não	11 (15,1%)	5 (7,6%)	1,36 (0,94-1,98)	1,12 (0,03-34,10)
Quantidade de EQU			p=0,266	
2 ou mais	59 (83,1%)	49 (75,4%)	1,0	
1 ou menos	12 (16,9%)	16 (24,6%)	0,78 (0,49-1,24)	
Teve ITU			p=0,320	
Não	36 (49,3%)	27 (40,9%)	1,0	
Sim	37 (50,7%)	39 (59,1%)	0,85 (0,61-1,17)	
Teve HAS			p= 0,01	P=0,002
Não	54 (74%)	63 (95,5%)	1,0	1,0
Sim	19 (26%)	3 (4,5%)	1,87 (1,45-2,42)	8,60 (2,14-34,63)
Teve Diabetes			p= 0,103	P=0,846
Não	64 (87,7%)	63 (95,5%)	1,0	1,0
Sim	9 (12,3%)	3 (4,5%)	1,40 (1,03-2,15)	1,49 (0,02-83,17)
Tratou corrimento			p= 0,156	P=0,282
Não	16 (47,1%)	11 (30,6%)	1,0	1,0
Sim	18 (52,9%)	25 (69,4%)	0,71 (0,44-1,13)	0,44 (0,09-1,96)
Teve ameaça de TPP			p= 0,05	P=0,012
Não	56 (76,7%)	62 (93,9%)	1,0	1,0
Sim	7 (23,3%)	4 (6,1%)	1,34 (0,83-2,18)	5,18 (1,44-18,62)
Teve outra infecção			p= 0,178	P=0,645
Não	65 (89,0%)	61 (95,3%)	1,0	1,0
Sim	8 (11,0%)	3 (4,7%)	1,41 (0,95-2,10)	0,46 (0,01-12,31)
Teve doença bucal			p= 0,486	
Não	46 (69,7%)	37 (63,8%)	1,0	
Sim	20 (30,3%)	21 (36,2%)	0,88 (0,61-1,27)	
Teve TPP anterior			p= 0,003	P=0,069
Não	42 (57,5%)	53 (80,3%)	1,0	1,0
Sim	31 (42,5%)	13 (19,7%)	1,59 (1,19-2,14)	2,43 (0,93-6,32)
Fumou na gestação			p= 0,086	P=0,688
Não	59 (80,8%)	45 (68,2%)	1,0	1,0
Sim	14 (19,2%)	21 (31,8%)	0,71 (0,45-1,09)	0,66 (0,08-5,01)
Ingeriu álcool			p= 0,004	P=0,123
Não	65 (89,0%)	46 (99,7%)	1,0	1,0
Sim	8 (11,0%)	20 (30,3%)	0,49 (0,27-0,89)	0,29 (0,06-1,39)

Em relação aos riscos gestacionais pode-se observar que tanto na análise bivariada como na multivariada, ter apresentado hipertensão e ameaça de PPT foram fatores de risco

para o PPT. As mulheres que relataram ter tido hipertensão durante a gestação tiveram um risco oito (8) vezes maior de ter PPT (RP: 8,60 IC<sub>95%</sub>: 2,14-34,63) do que as mulheres que negaram este evento. Outro fato relevante mostrado neste estudo foi que as mulheres que tiveram ameaça de PPT na gestação atual apresentaram um risco cinco (5) vezes maior de ter PPT (RP: 5,18 IC<sub>95%</sub>: 1,44-18,62) quando comparadas às mulheres que não relataram ameaça de PPT na gestação (Tabela 3).

## 5 DISCUSSÃO

Os resultados obtidos neste estudo em relação à maioria (90,5%) dos partos prematuros ocorrerem no Hospital Universitário podem ser explicados pelo fato deste ser uma referência para as gestações de alto risco e possuir uma Unidade de Terapia Intensiva Neonatal, o que faz com que as mulheres que apresentem quaisquer sinais indicativos de uma gravidez de risco, como por exemplo, sangramentos vaginais, DHEG, diabetes gestacional, parto prematuro anterior, extremos de idade, entre outros, sejam encaminhados para ele. Essas características ou patologias são predisponentes da prematuridade (SILVEIRA et al., 2010; ALMEIDA et al., 2012).

Realizar o acompanhamento pré-natal de alto risco e o parto destas gestantes em hospitais sem a estrutura necessária como ter uma UTIN e profissionais especializados para este tipo de atendimento, aumentaria ainda mais o risco de complicações maternas e fetais, pois, tanto a mãe quanto o recém-nascido prematuro necessitam de condições específicas para os seus cuidados. Portanto, com os dados do estudo em questão se vê que as pacientes estão sendo orientadas a buscar atendimento no local onde são oferecidas estas condições, fato que pressupõe que está existindo uma funcionalidade no sistema de referência.

Em relação aos fatores demográficos, evidenciou-se neste estudo que as mulheres com ensino fundamental completo apresentaram uma probabilidade bem menor de apresentar parto pré-termo quando comparadas às mulheres com mais anos de escolaridade.

Resultado divergente a este estudo foi encontrado por Ramos e Cuman (2009) ao realizar uma investigação com mães de prematuros em Guarapuava- PR, em que 47% das mesmas não tinham sequer o ensino fundamental completo, associando tal característica ao baixo nível socioeconômico, e ambos os fatores contribuintes para o baixo nível de entendimento da importância da realização do pré-natal.

Assim como em São Luís – MA, adolescentes que tiveram parto prematuro tinham escolaridade baixa, início tardio do acompanhamento pré-natal, número de consultas reduzidas e, além disso, menor índice de cesariana em relação às mulheres adultas. Quanto à escolaridade das adolescentes, pode ter sido menor devido estas ainda não terem conseguido atingir um grau maior e já terem engravidado (MARTINS et al., 2011).

Ao contrário do que se vê em alguns estudos demonstrando a relação entre a baixa escolaridade e a prematuridade, o que parece no estudo atual é que o fato de ter menos escolaridade serviu como um fator de proteção à prematuridade. Como reflexão surge a hipótese de que quem tem mais escolaridade possivelmente tem mais recursos financeiros,

procurando atendimento pré-natal em serviços particulares e nestes, como já visto, o índice de cesáreas é maior, e a gestante que opta pelo parto cesáreo apresenta mais riscos de ter trabalho de parto prematuro (DINIZ, 2009).

Em estudo realizado com base nos dados do Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos (SINASC), foi visto que não houve diferença estatística entre a variável escolaridade entre mães com parto pré-termo e a termo, pois, ambas apresentaram baixa escolaridade (NADER; COSME, 2010).

Verificou-se neste estudo que existe além da escolaridade, uma estreita relação entre a prematuridade e o pré-natal de qualidade, principalmente quando se refere aos fatores de proteção à prematuridade como: ter realizado o pré-natal, iniciado o acompanhamento no primeiro trimestre gestacional e ter realizado o pré-natal em Unidade Básica de Saúde.

Guimarães e Melo (2011) afirmam que o nascimento prematuro tem grande associação com a assistência prestada durante a gestação. Por meio da assistência pré-natal de qualidade é possível que ocorra detecção e tratamento precoce de complicações impedindo assim a evolução para o parto prematuro.

De acordo com o Ministério da Saúde, a assistência pré-natal é considerada adequada e de qualidade quando a gestante inicia a primeira consulta no primeiro trimestre, realiza no mínimo seis consultas, realiza todos os exames clínicos e laboratoriais e está com a carteira de vacinação atualizada (BRASIL, 2005).

Quando se refere ao fator da realização do pré-natal, no presente estudo esta variável mostrou-se protetora em relação ao desfecho da prematuridade, as mulheres que realizaram o pré-natal tiveram uma probabilidade de ter parto pré-termo (PPT) 10% menor do que as que não tiveram acompanhamento.

Esta informação corrobora com um estudo realizado na cidade de Aracaju, Sergipe, onde o objetivo foi descrever as características das gestações, partos e nascimentos da região metropolitana da cidade. Foi observado que de 4.746 nascimentos, 98,3% das mães havia realizado pré-natal, 64,5% realizou seis (6) ou mais consultas, a maioria dos atendimentos ocorreu pelo Sistema Único de Saúde (76%), e apenas 7,7% dos nascimentos foram prematuros. Com estes dados, percebeu-se uma adequação na atenção pré-natal, visto que, foram baixos os índices de prematuridade, baixo peso ao nascer e partos cesáreos (GURGEL et al., 2009).

Um estudo realizado em Londrina-PR que avaliou a assistência pré-natal de mães de recém-nascidos que evoluíram para óbito no período neonatal, detectou uma baixa qualidade na assistência pré-natal, embora 91,4% das mulheres tenham realizado o pré-natal e 71,7%

tenha iniciado as consultas no primeiro trimestre gestacional. Porém, apenas 36, 3% tiveram sete (7) ou mais consultas (FERRARI et al., 2014).

A literatura científica afirma que, para a prevenção da prematuridade assume importante papel a assistência pré-natal de qualidade, de modo que as principais afecções possam ser identificadas e tratadas, impedindo óbitos maternos e neonatais (VANDERLEI et al., 2010; FERRAZ; NEVES, 2011; SANTANA et al., 2011; GRANZOTTO; FONSECA; LINDEMANN, 2012, MARTINELLI et al., 2014).

Outro fator que ficou em evidência neste estudo mostrando-se como um fator protetor à prematuridade foi o início do pré-natal no primeiro trimestre. Este desponta como redutor do risco de PPT em 59% quando comparado às gestantes que iniciaram em outro trimestre.

Iniciar o pré-natal tão logo a gestação seja descoberta aumenta a probabilidade de realização de todos os procedimentos preconizados, tais como o número adequado de consultas e os exames clínicos, laboratoriais e ultrassonográficos, além de obter uma maior preparação para a maternidade. No município de Quixadá – CE, ao analisar 1544 dados do PHPN do período de 2001 a 2004, a média de início das consultas é de três (3) meses, estando de acordo com o desejado (BARROS; LIMA; OLIVEIRA, 2012).

Na cobertura pré-natal do município do Rio Grande este dado é satisfatório, pois em 2009 um estudo realizado com 2557 puérperas, 73,5% iniciou o pré-natal ainda no primeiro trimestre de gestação, em média na 13ª semana, 96% realizou pelo menos uma (1) consulta, e a média de consultas foi de 7,4. Porém, quando se trata dos exames laboratoriais, clínicos gineco-obstétricos, da imunização contra o tétano e da suplementação com ferro, apenas 26,8% dos pré-natais foram considerados adequados, portanto, a qualidade da assistência é restrita, aumentando a chance para a ocorrência da prematuridade (GONÇALVES; CESAR; MENDOZZA-SASSI, 2009).

No Rio de Janeiro, em um estudo desenvolvido com adolescentes, foi visto o início tardio do acompanhamento pré-natal, 70,5% das adolescentes estudadas iniciaram as consultas a partir do segundo trimestre de gestação, sendo que apenas 26,8% iniciaram no primeiro trimestre. Fato preocupante, já que a gravidez na adolescência é um fator de risco para a prematuridade (SPINDOLA; SILVA, 2009).

O início tardio do acompanhamento pré-natal pode ser um fator determinante tanto para a saúde da mãe como do filho. Um exemplo disso é a sífilis na gestação, que, se não tratada, favorece a ocorrência da sífilis congênita quando poderia ser facilmente evitável por meio de diagnóstico precoce e tratamento através de uma assistência pré-natal eficiente (DOMINGUES et al., 2013).

Um estudo realizado com recém-nascidos internados na unidade de terapia intensiva neonatal de um hospital de ensino do sul do Brasil identificou que, embora a maioria das mães tivesse realizado o pré-natal, vários recém-nascidos apresentaram intercorrências, além de elevados índices de mortalidade. Este estudo apontou questões sobre a qualidade do pré-natal (BASSO; NEVES; SILVEIRA, 2012).

É consenso na literatura a melhoria no acesso ao pré-natal e o aumento no número de consultas, porém o que se vê é a baixa qualidade desta assistência oferecida, pelo não cumprimento da rotina mínima preconizada, deixando à mercê a possibilidade de redução dos índices de prematuridade e mortalidade (GONÇALVES; CESAR; MENDOZA-SASSI, 2009; SILVA et al., 2009; AMORIM; MELO, 2009; COSTA et al., 2010; GEIB et al., 2010; MALTA, 2010; ANDREUCCI et al., 2011; ANVERSA et al., 2012; GONÇALVES et al., 2013).

Diante do fato preocupante da baixa qualidade da assistência pré-natal, é necessário que se pense em soluções e, nesse sentido, talvez seja relevante uma maior atualização dos profissionais que atuam na assistência pré-natal, por meio de capacitações da rotina preconizada pelo Ministério da Saúde e ações educativas com intuito de melhorar a assistência e com isso reduzir índices de morbimortalidade (BONILHA et al., 2012).

Mulheres que realizaram o pré-natal em serviços com convênios ou particulares apresentaram risco acentuado de trabalho de parto prematuro quando comparado às que tiveram assistência em serviços subsidiados pelo SUS como Unidades Básicas de Saúde contendo ou não Estratégia de Saúde da Família (ESF).

Entretanto, a assistência ao pré-natal e ao parto no município do Rio Grande mostrou-se mais adequada quando oferecida em serviços privados, principalmente quando se refere ao número de consultas, início do pré-natal, cobertura vacinal, dosagem de hemoglobina, realização de exames clínicos e ultrassonográficos. A taxa de cesariana no setor privado é de 70% versus 43% no setor público, dado que pode levar a pensar na relação entre o maior índice de prematuridade entre mulheres atendidas no setor privado (CESAR et al., 2011).

Outro estudo também realizado no município do Rio Grande traz resultados diversos da investigação publicada em 2011, mostrando que a assistência pré-natal oferecida em Unidades Básicas com Estratégia de Saúde da Família (ESF) apresentou vários indicadores de cobertura como: sorologia para sífilis, anti-HIV, citopatológico para colo uterino, suplementação com sulfato ferroso e vacinação antitetânica melhor do que comparados ao setor privado (CESAR et al., 2012).

Ao caracterizar a assistência pré-natal em Unidades Básicas de Saúde no município de João Pessoa – PB, os autores perceberam que os resultados merecem atenção, pois, ao associar o início do pré-natal no primeiro trimestre, o número de consultas e exames básicos, apenas 39,9% dos pré-natais é adequado, fato que deixa duvidosa a qualidade da assistência em UBS no município em questão (SILVA et al., 2013).

Em outra realidade, no município de Ponta Grossa, estado do Paraná, no ano de 2011, foi visto que entre as mulheres estudadas, no setor privado 91,9% foram realizadas seis (6) consultas de pré-natal ou mais, já no setor público o número foi de apenas 70,2%. Porém, se for analisada a rotina completa de assistência pré-natal, de acordo com as diretrizes do PHPN, irá se perceber que os setores privado e público não oferecem uma assistência eficaz, merecendo um olhar mais atento em ambos os setores (PARIS; PELLOSO; MARTINS, 2013).

Já no município de Queimadas, mesorregião do Agreste Paraibano, o pré-natal oferecido em Unidades Básicas com ESF foi considerado adequado. De acordo com estudo realizado, 82,4% das mulheres realizou seis (6) consultas ou mais e 92,5% com as consultas tendo seu início antes da 20ª semana de gestação, mostrando uma boa eficácia da assistência oferecida nesta cidade (PEDRAZA; ROCHA; CARDOSO, 2013).

Outros fatores de risco que despontaram como sendo influenciadores para a presença de um parto prematuro estão relacionados à mulher ter apresentado hipertensão na gestação, e à ameaça de trabalho de parto prematuro.

A Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) na gestação demonstrou-se estatisticamente significativa relacionada com a prematuridade, pois, as mulheres que apresentaram este fator de risco tiveram mais chances de ter PPT do que as que não tiveram tal intercorrência.

Corroborando com este resultado, Henrique et al. (2012) mostram que mulheres que apresentaram HAS durante a gestação têm chances expressivas de ter o desfecho da prematuridade, cesárea, descolamento prematuro de placenta e até mesmo óbito fetal. Nesses casos, é necessário o início do pré-natal precoce, de modo que possam ser identificados os fatores de risco e seja feito o acompanhamento adequado.

Porém, estas mulheres que são consideradas gestantes de alto risco nem sempre realizaram o pré-natal. Em uma maternidade de Fortaleza, no Ceará, onde a prevalência de Síndrome Hipertensiva Gestacional foi considerada elevada, havia mulheres que não realizaram nenhuma consulta de pré-natal, sendo essa problemática inadmissível. Essa patologia é bastante comprometedora e pode colaborar para a ocorrência de outras complicações (MORAES et al., 2010).

Puérperas que experienciaram a Síndrome Hipertensiva Específica na gestação (SHEG) e, como consequência o parto prematuro e a internação do recém-nascido em UTIN, visualizam este contexto como uma representação social negativa, e tem como foco a morte, já que a gestação foi interrompida antes do tempo e o filho encontra-se fora do ambiente que era esperado estar. Esta situação também leva a puérpera a esquecer os seus próprios riscos em favor dos cuidados com o recém-nascido (SOUZA; ARAÚJO; COSTA, 2013).

Um estudo realizado em uma maternidade referência para risco gestacional no Rio de Janeiro concluiu que entre as gestantes com história de SHEG, mais de dois terços iniciaram o pré-natal apenas no segundo ou no terceiro trimestre gestacional, mostrando mais uma vez a relevância de um pré-natal de qualidade para evitar, ou melhor, manejar as possíveis complicações (XAVIER et al., 2013).

Assim como em Londrina – PR, entre as mulheres que realizaram seis (6) consultas de pré-natal ou menos, 15,9% apresentou hipertensão arterial (HAS) e destas, 79,4% evoluiu para o trabalho de parto prematuro (TPP) (FERRARI et al., 2014).

Pelo fato da SHEG ser considerada a maior causa de índices elevados de mortalidade materna e risco para prematuridade, é de extrema importância que providências sejam tomadas para que esta complicação seja rastreada e minimizada através de condutas corretas durante o acompanhamento pré-natal de forma que os profissionais sejam melhor preparados para atuar diante de tais complicações que repercutem desfechos tão desfavoráveis (VETTORE et al., 2011). Também neste estudo, despontou que as mulheres que tiveram ameaça de PPT na gestação atual, apresentaram um risco cinco (5) vezes maior de ter PPT quando comparadas às mulheres que não relataram ameaça de PPT na gestação.

Através da literatura se vê que existe uma associação entre ameaça de trabalho de parto pré-termo e a internação hospitalar por infecção do trato urinário (ITU) em gestantes, e, como justificativa para as altas taxas de internações por ITU entre gestantes, está a inadequada assistência pré-natal (HACKENHAAR; ALBERNAZ, 2013).

Mais uma vez nota-se a estreita relação entre os fatores de risco para prematuridade e a assistência pré-natal de baixa qualidade, como neste caso é a ameaça de trabalho de parto prematuro que poderia ser evitada se através do pré-natal fossem feitos os exames de urina como preconizados pelo Ministério da Saúde.

A ameaça de trabalho de parto pré-termo é uma das causas que contribui para a ruptura prematura das membranas fetais pré-termo e, conseqüentemente, o nascimento prematuro. Este mecanismo ocorre devido ao enfraquecimento da membrana amniótica quando ocorrem

as contrações durante a ameaça de TPP, exigindo assim um cuidado maior durante o pré-natal (HACKENHAAR; ALBERNAZ; FONSECA, 2014).

Embora tenham sido encontrados estudos mostrando melhora na atenção pré-natal quando relacionada ao número de consultas e início precoce de realização das mesmas, ainda se vê uma baixa eficiência na realização de todos os exames preconizados pelo MS. Olhando os resultados apresentados, reflete-se no quão importante é o desenvolvimento de um pré-natal de qualidade no sentido de intervir nos índices de prematuridade. Para isto, não basta apenas comparecer a todas as consultas e iniciá-las no primeiro trimestre, também é necessário ser seguido um elenco de ações mínimas que envolvem, por exemplo, a realização dos exames de rotina que sirvam como guias na detecção precoce de sinais de complicações. Assim, é possível tratar as problemáticas evidenciadas evitando a ameaça de trabalho de parto prematuro e, conseqüentemente, o próprio parto prematuro.

## 6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Com os resultados deste estudo, ao confirmar alguns fatores que fazem o pré-natal ser considerado de qualidade, constatou-se que há uma relação direta entre a realização de um pré-natal de qualidade e a prematuridade. Observou-se que as mulheres que fizeram o pré-natal iniciando-o no primeiro trimestre apresentaram menos chances de ter um trabalho de parto prematuro. Ao contrário, aquelas mulheres que não iniciaram o pré-natal no primeiro trimestre, deixando já a qualidade do pré-natal comprometida, tiveram mais chances de seu filho nascer prematuro.

Realizar o pré-natal e iniciar as consultas ainda no primeiro trimestre são itens fundamentais para que a qualidade do pré-natal seja alcançada, embora a efetivação desses elementos, por si só, não seja o suficiente, como se observou nos estudos apresentados. A simples realização do pré-natal em quantidade de consultas e início precoce não é garantia de sua qualidade. Para que este seja eficiente, deve ser realizada toda a rotina preconizada pelo Ministério da Saúde, inclusive a realização de todos os exames clínicos e laboratoriais de forma a detectar doenças comuns durante a gestação.

A qualidade do pré-natal está atrelada à identificação dos fatores de risco e a adequada intervenção precoce das problemáticas apresentadas. Neste estudo, mostrou-se como sendo de significância estatística a relação entre a prematuridade, a Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) na gestação e a ameaça de trabalho de parto prematuro. Como se sabe, a HAS gestacional pode ser facilmente identificada e tratada, desde que a gestante esteja em acompanhamento pré-natal e siga toda a rotina preconizada.

Já a ameaça de trabalho de parto prematuro ocorre muitas vezes, por exemplo, por uma infecção urinária não tratada, decorrente de sua não investigação por meio do exame qualitativo de urina (EQU), que deve ser solicitado na primeira consulta e na trigésima semana de gestação.

A HAS e a ameaça de trabalho de parto prematuro são complicações que podem surgir na gestação e são fatores de risco para a prematuridade, por isso, através de um olhar atento durante a realização de um pré-natal de qualidade, ou seja, realizando no mínimo seis consultas, com início no primeiro trimestre e os exames, tais complicações poderiam ser evitadas, contribuindo para a diminuição das chances da prematuridade.

Neste estudo, também foi possível chegar a algumas considerações, devido as mulheres com menos escolaridade apresentarem menores chances de terem parto prematuro, fato que pareceu contraditório, acredita-se que mulheres com menos escolaridade sejam

menos favorecidas financeiramente, podendo não ter escolhas, se submetendo a serviços públicos para a realização do parto, locais onde o parto normal é preferência. Já as mulheres com maior poder aquisitivo muitas vezes optam pelo parto cesáreo, procedimento que comprovadamente aumenta a chance de prematuridade.

Realizar o pré-natal em serviços particulares ou com convênios também serviu como fator contribuinte para aumentar a chance de prematuridade, fato que também pode ser explicado pelas gestantes optarem por realizar o parto cesáreo, e assim aumentar os riscos para o trabalho de parto prematuro.

Embora uma limitação do estudo possa ser a pequena amostra, pode-se perceber uma relação entre a prematuridade e o pré-natal de qualidade, visualizando-se a grande importância de investimentos por parte dos gestores em uma assistência pré-natal qualificada não somente no município do Rio Grande, mas também em cidades vizinhas, já que muitas mulheres, sujeitos deste estudo, eram oriundas de outros municípios da região.

Há anos existe a tentativa por parte do Ministério da Saúde em melhorar a assistência pré-natal através de programas e políticas, e assim reduzir os índices de morbimortalidade materna e infantil. Porém, o que se viu é que nos municípios estudados a qualidade do pré-natal está comprometida.

Este é um estudo que mostra o passo inicial que deve ser tomado para reduzir os índices de prematuridade e conseqüentemente de mortalidade. Desta forma, espera-se que gestores tenham a iniciativa de seguir os programas e políticas instituídas e passem a investir mais na área da saúde da mulher. Também é relevante que outros estudos sejam realizados com intuito de investigar o que tem tornado o cuidado pré-natal uma ação pouco resolutiva e com baixa qualidade.

## REFERÊNCIAS

- ALMEIDA, A. C. et al. Fatores de risco maternos para prematuridade em uma maternidade pública de Imperatriz – MA. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v. 33, n. 2, p. 86-94, 2012.
- AMORIM, M. M. R; MELO, A.S. de O. Avaliação dos exames de rotina no pré-natal. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, Rio de Janeiro, v. 31 n. 3, p. 148-55, 2009.
- ANDREUCCI, C. B. et al. Sis prenatal como instrumento de avaliação da qualidade da assistência à gestante. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 45, n. 5, p. 854-63, 2011.
- ANVERSA, E. T. R. et al. Qualidade do processo da assistência pré-natal: unidades básicas de saúde e unidades de Estratégia Saúde da Família em município no Sul do Brasil. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, n.28, v.4, p. 789-800, 2012.
- ARAGÃO, J. Introdução aos estudos quantitativos utilizados em pesquisas científicas. **Revista Práxis**, Volta Redonda, a. 3, n. 6, 2011.
- BARROS, M. E. O; LIMA, L. H. O; OLIVEIRA, E. K. B. Assistência pré-natal no município de Quixadá: um estudo descritivo. **Online braz j nurs**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 2, p. 319-30, 2012. Disponível em: <<http://www.objnursing.uff.br/index.php/nursing/article/view/3782/html>>. Acesso em: 3 de nov. 2014.
- BASSO, C. G; NEVES, E. T; SILVEIRA, A. Associação entre realização de pré-natal e morbidade neonatal. **Texto Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 21, n. 2, p. 269-76, 2012.
- BELARMINO, G. O; et al. Risco nutricional entre gestantes adolescentes. **Acta Paulista Enfermagem**, São Paulo, v. 22, n. 2, p. 169-75, 2009.
- BITTAR, R. E; ZUGAIB, M. Tratamento do trabalho de parto prematuro. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, Rio de Janeiro, v. 31, n. 8, p. 415-22, 2009.
- BOGAVAC, M. A; BRKIC, S. Serum proinflammatory cytokine - interleukin-8 as possible infection site marker in preterm deliveries. **Journal of Perinatal Medicine**, New York, v. 37, n. 6, p. 707-8, 2009.
- BONILHA, A. L. L. et al. Evaluation of pre-natal care after participative training of prenatalists: before and after research. **Online braz j nurs**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 3, p.583-94, 2012. Disponível em: <<http://www.objnursing.uff.br/index.php/nursing/article/view/3764>>. Acesso em: 3 nov. 2014.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Assistência integral à saúde da mulher: bases de ação programática**. Brasília (DF). 1984.
- \_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. **Programa humanização no pré-natal e nascimento**. Brasília, 2000.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. **Programa humanização no pré-natal e nascimento**. Brasília (DF); 2002

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Política nacional de atenção integral à saúde da mulher: princípios e diretrizes**. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas Brasília, 2004.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Pré-natal e puerpério: atenção qualificada e humanizada**. Secretária de Atenção a Saúde. Departamento de ações programáticas Estratégicas. Manual técnico. 1º edição. Brasília, 2005.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Pré-natal e puerpério: atenção qualificada e humanizada**: Secretária de Atenção a Saúde. Departamento de ações programáticas Estratégicas. Manual técnico. 3º edição. Brasília, 2006.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Pacto Nacional pela Redução da Mortalidade Materna e Neonatal**. Balanço das Ações. 20º edição. Brasília, 2007.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde, Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde - **DATASUS**. 2008. Disponível em: <http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=0201>>. Acesso em: 8 jul. 2014.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher**. Princípios e Diretrizes. 2ª reimpressão. Brasília, 2009.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Gestação de alto risco: manual técnico**. 5. ed. Brasília, 2010.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Atenção Integral à Saúde da Mulher e da Criança. REDE CEGONHA**. Estratégia de Qualificação da Atenção Obstétrica e Infantil, 2011.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Gestação de alto risco**: manual técnico. 5. ed. Brasília, 2012.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Consolidação do Sistema de Informações sobre nascidos vivos – 2011**. Coordenação Geral de Informações e Análise Epidemiológica, – CGIAE / Secretaria de Vigilância em Saúde, Brasília, 2013.

CAMPOS, A. L. A. et al. Epidemiologia da sífilis gestacional em Fortaleza, Ceará, Brasil: um agravo sem controle. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 9, p.1747-55, 2010.

CESAR, J. A. et al. Público versus privado: avaliando a assistência à gestação e ao parto no extremo sul do Brasil. **Revista Brasileira de Saúde Materna e Infantil**, v.11, n.3, p. 257-263, 2011

CESAR J.A.. et al. Assistência pré-natal nos serviços públicos e privados de saúde: estudo transversal de base populacional em Rio Grande, Rio Grande do Sul, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 28, n. 11, p. 2106-14, nov. 2012.

CHAN, B. C; LAO, T. T. Maternal height and length of gestation: does this impact on preterm labour in Asian women? **Aust N Z J Obstet Gynaecol**, Australian, v. 49, n. 4, p. 388-92, 2009.

CHRESTANI, M. A. D. et al. Assistência à gestação e ao parto: resultados de dois estudos transversais em áreas pobres das regiões Norte e Nordeste do Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24 n. 7, 2008.

CLEMENTS, K. M. et al. Preterm birth-associated cost of early intervention services: an analysis by gestational age. **Pediatrics.**, Vermont, v. 119, n. 4, p. 866-74, 2007.

COSTA. G. R. C. et al, Caracterização da cobertura do pré-natal no Estado do Maranhão, Brasil. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 63, n. 6, p. 1005-9, 2010.

CRANE, J.M; KEOUGH, M; MURPHY, P; BURRAGE, L; HUTCHENS, D. Effects of environmental tobacco smoke on perinatal outcomes: a retrospective cohort study. **BJOG**, v. 118, n.7, p.865-871, 2011.

DEMIRCI, O. et al. Sonographic measurement of cervical length and risk of preterm delivery. **J Obstet Gynaecol Res**, Japan, v. 37, n. 7, p. 809-14, 2011.

DINIZ, S. G. Gênero, Saúde Materna e o Paradoxo Perinatal. **Revista Brasileira de Crescimento e Desenvolvimento Humano**, São Paulo, v. 19, n. 2, p. 313-26, 2009.

DISCACCIATI, M. G. et al. Microbiological characteristics and inflammatory cytokines associated with preterm labor. **Arch Gynecol Obstet**, v. 283, n. 3, p. 501-8, 2011.

DOMINGUES, R. M. S. M. et al. Sífilis congênita: evento sentinela da qualidade da assistência pré-natal. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 47, n. 1, p. 147-57, 2013.

ENGLUND-OGGE, L; BRANTSÆTER, A.L; HAUGEN, M; SENGPIEL, V; KHATIBI, A; MYHRE, R, et al. Association between intake of artificially sweetened and sugar-sweetened beverages and preterm delivery: a large prospective cohort study. **Am J Clin Nutr**, v. 96, n.3, p. 552-559, 2012.

FERRARI, R. A .P. et al. Fatores determinantes da mortalidade neonatal em um município da Região Sul do Brasil. **Revista Escola de Enfermagem USP**, São Paulo, v. 47, n. 3, p. 531-38, 2013.

\_\_\_\_\_. Associação entre assistência pré-natal e morte 2000-2009, Londrina-PR. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 67, n. 3, p. 354-9, 2014.

FERRAZ, T. R; NEVES, E. T. Fatores de risco para baixo peso ao nascer em maternidades públicas: um estudo transversal. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v. 32, n. 1, p. 86-92, 2011.

FREIRE, K; PADILHA, P. C; SAUNDERS, C. Fatores associados ao uso de álcool e cigarro na gestação. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, Rio de Janeiro, v. 31, n. 7, p. 335-41, 2009.

GEIB, L. T. C. et al. Determinantes sociais e biológicos da mortalidade infantil em coorte de base populacional em Passo Fundo, Rio Grande do Sul. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 2, p. 363-70, 2010.

GIANNELLA, L. et al. Periodontal disease and nitric oxide levels in low risk women with preterm labor. **Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol**, v. 158, n. 1, p. 47-51, 2011.

GONÇALVES, C. V.; CESAR, J. A.; MENDOZA-SASSI, R. A. Qualidade e Equidade na assistência a gestante: um estudo de base populacional no Sul do Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 11, 2009.

GONÇALVES, C. V. et al. Índice de massa corporal e ganho de peso gestacional como fatores preditores de complicações e do desfecho da gravidez. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, Rio de Janeiro, v. 34, n. 7, p. 304-9, 2012.

\_\_\_\_\_. Knowledge about laboratorial routine requested by professionals in Basic Care: a descriptive study. **Online braz j nurs**, Rio de Janeiro, n. 12, v. 4, p. 813-22. 2013. Disponível em: <<http://www.objnursing.uff.br/index.php/nursing/article/viewFile/4091/3072>>. Acesso em: 2 jun. 2014.

GRANXOTTO, J. A.; FONSECA, S. S.; LINDEMANN, F. L. Fatores relacionados com a mortalidade neonatal em uma maternidade de Terapia Intensiva neonatal na região Sul do Brasil. **Revista da AMRIGS**, Porto Alegre, v. 56, n. 1, p. 57-62, 2012.

GUIMARÃES, E. C.; MELO, E. C. P. Características do apoio social associados à prematuridade em uma população de puerperas de baixa renda. **Escola Anna Nery Rev Enferm**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 1, p. 54-61, 2011.

GUNGOR, L.; OSKAY, U.; BEJI, N. K. Biopsychosocial risk factors for preterm birth and postpartum emotional well-being: a case-control study on Turkish women without chronic illnesses. **J Clin Nurs**, v. 20, n. 5-6, p. 653-65, 2011.

GURGEL, R. Q. et al. Características das gestações, partos e recém-nascidos da região metropolitana de Aracaju, Sergipe, Brasil. **Revista Brasileira de Saúde Materna e Infantil**, Boa Vista, v. 9, n. 2, p. 167-77, 2009.

HACKENHAAR, A.A.; ALBERNAZ, E.P. Prevalência e fatores associados à internação hospitalar para tratamento da infecção do trato urinário durante a gestação. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, Rio de Janeiro, v. 35, n. 5, p. 199-204, 2013.

HACKENHAAR, A. A.; ALBERNAZ, E. P.; FONSECA, M. V. Preterm premature rupture of the fetal membranes: association with sociodemographic factors and maternal genitourinary infections. **J Pediatr**, Porto Alegre, v. 90, n. 2, p. 197-202, 2014

HADAR, E. et al. Effect of an oxytocin receptor antagonist (atosiban) on uterine electrical activity. **Am J Obstet Gynecol**, v. 209, n. 4, p. 384. e1-7, 2013.

HAYES, R. M. et al. Maternal antidepressant use and adverse outcomes: a cohort study of 228,876 pregnancies. **Am J Obstet Gynecol**, v. 207, n. 1, p. 49. e1-9, 2012.

HE, X. et al. Thyroid antibodies and risk of preterm delivery: a meta-analysis of prospective cohort studies. **Eur J Endocrinol**, v. 167, n. 4, p. 455-64, 2012.

HEHIR, M. P. O et al. Early and late preterm delivery rates - a comparison of differing tocolytic policies in a single urban population. **J Matern Fetal Neonatal Med**, England, v. 25, n. 11, p. 2234-6, 2012.

HENRIQUE, A. J. et al. Resultado perinatal em mulheres portadoras de hipertensão arterial crônica: revisão integrativa da literatura. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 65, n. 6, p. 1000-10, 2012.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Contagem populacional 2013**. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br>>. Acesso em: 15 jul. 2014.

ILLANES, S. et al. Free fetal DNA levels in patients at risk of preterm labour. **Prenat Diagn**, Boston, v. 31, n. 11, p. 1082-5, 2011.

IP, M. et al. A Case-Control Study of Preterm Delivery Risk Factors According to Clinical Subtypes and Severity. **J Obstet Gynaecol Res**, Japan, v. 36, n. 1, p. 34-44, 2010.

JACOBSEN, T. R. et al. High levels of fetal DNA are associated with increased risk of spontaneous preterm delivery. **Prenat Diagn**, v. 32, n. 9, p. 840-5, 2012.

KALK, P. et al. Impact of maternal body mass index on neonatal outcome. **Eur J Med Res**, Düsseldorf, v. 14, n. 5, p. 216-22, 2009.

KASHANIAN, M. et al. Value of serum urocortin concentration in the prediction of preterm birth. **J Obstet Gynaecol Res**, Japan, v. 39, n. 1, p. 26-30, 2013.

KHASHAN, A. S.; BAKER, P. N.; KENNY, L. C. Preterm birth and reduced birthweight in first and second teenage pregnancies: a register-based cohort study. **BMC Pregnancy Childbirth**, Califórnia, v. 1, n. 36, 2010.

KWON, J. Y. et al. Two cases of angular pregnancy complicated by preterm labor and placental abruption at mid-pregnancy. **J Obstet Gynaecol Res**, Japan, v. 37, n. 7, p. 958-62, 2011.

LAVAZZO, C. et al. The role of human beta defensins 2 and 3 in the second trimester amniotic fluid in predicting preterm labor and premature rupture of membranes. **Arch Gynecol Obstet**, v. 281, n. 5, p. 793-9, 2010.

LOPEZ, M. et al. Association of HIV infection with spontaneous and iatrogenic preterm delivery: effect of HAART. **AIDS**, v. 26, n. 1, p. 37-43, 2012.

LOWDERMILK, D. L. et al. **Saúde da Mulher e Enfermagem Obstétrica**. Tradução Maiza Ritomy Ide et al. 10. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2012.

LUEWAN, S.; CHAKKABUT, P.; TONGSONG, T. Outcomes of pregnancy complicated with hyperthyroidism: a cohort study. **Arch Gynecol Obstet**, v. 283, n. 2, p. 243-7, 2011.

MAGNUSSEN, E. B. et al. Cardiovascular risk factors prior to conception and the length of pregnancy: population-based cohort study. **Am J Obstet Gynecol**, v. 204, n. 6, p. 526 e1-8, 2011.

MALTA, D. C et al. Mortes evitáveis em menores de um ano, Brasil, 1997 a 2006: contribuições para a avaliação de desempenho do Sistema Único de Saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 3, 2010.

MARTINELLI, K. G. et al. Adequação do processo da assistência pré-natal segundo os critérios do Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento e Rede Cegonha. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, Rio de Janeiro, v. 36, n. 2, p. 56-64, 2014.

MARTINS, M. G. et al. Associação da gravidez na adolescência e prematuridade. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, Rio de Janeiro, v. 33, n. 11, p. 354-60, 2011.

MASCARENHAS, T. Disfunções do pavimento pélvico: Incontinência urinária e prolapso dos órgãos pélvicos. **Manual de Ginecologia**, p. 124, 2009. Disponível em: <[http://www.fspog.com/fotos/editor2/cap\\_30.pdf](http://www.fspog.com/fotos/editor2/cap_30.pdf)>. Acesso em: 20 ago. 2014.

MATIJEVIC, R.; GRGIC, O.; KNEZEVIC, M. Vaginal pH versus cervical length in the mid-trimester as screening predictors of preterm labor in a low-risk population. **Int J Gynaecol Obstet**, v. 111, n. 1, p. 41-4, 2010.

MCLNTYRE, S. H. et al. Effect of older maternal age on the risk of spontaneous preterm labor: a population-based study. **Health Care Women Int**, v. 30, n. 8, p. 670-89, 2009.

MCPHERSON, J. A. et al. Maternal seizure disorder and risk of adverse pregnancy outcomes. **Am J Obstet Gynecol**, v. 208, n. 5, p. 378. e1-5, 2013.

MOHAMED-SUPHAN, N.; NG, R. K. Uterine prolapse complicating pregnancy and labor: a case report and literature review. **Int Urogynecol J**, v. 23, n. 5, p. 647-50, 2012.

MOIMAZ, S. A. S. et al. Periodontite materna e nascimento de bebês pré-termo ou de baixo peso existe associação? **Ciênc. odontol. bras**, Araraquara, v. 12, n. 2, p. 61-9, 2009.

MONTENEGRO, C. A. B.; REZENDE FILHO, J. **Obstetrícia Fundamental**, 11. ed., Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2008.

MORAES, J. L. et al. Prevalência de síndrome hipertensiva gestacional em maternidade de referência: estudo descritivo. **Online Brazilian Journal of Nursing**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 2, 2010. Disponível em: <<http://www.objnursing.uff.br/index.php/nursing/rt/printerFriendly/j.167>>. Acesso em: 4 nov. 2014.

MUNÓZ, P. M.; OLIVA, M. P. Los estresores psicosociales se asocian a síndrome hipertensivo del embarazo y/o síntomas de parto prematuro en el embarazo adolescente / Psychosocial stress are associated to hypertensive syndrome and/or symptoms of preterm birth in the adolescent pregnancy. **Rev Chil Obstet Ginecol**, Santiago, v. 74, n. 5, p. 281-5, 2009.

MYHRE, R. et al. Intake of probiotic food and risk of spontaneous preterm delivery. **Am J Clin Nutr**, Bethesda, v. 93, n. 1, p. 151-7, 2011.

NADER, P. R. A.; COSME, L. A. Parto prematuro de adolescentes: influência de fatores sociodemográficos e reprodutivos, Espírito Santo, 2007. **Esc. Anna Nery Rev Enferm**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 2, p. 338-45, 2010.

NAKAJIMA, Y.; MASAOKA, N. Initial experience using Sivelestat to manage preterm labor with a bulging fetal membrane in pregnant women. **J Perinatol**, New York, v. 32, n. 6, p. 466-8, 2012.

ORSHAN, S. A. **Enfermagem na saúde das mulheres, das mães e dos recém-nascidos: o cuidado ao longo da vida**. Porto Alegre: Artmed, 2010.

PARIS, G. F.; PELLOSO, S. M.; MARTINS, P. M. Qualidade da assistência pré-natal nos serviços públicos e privados. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, Rio de Janeiro, v. 35, n. 10, p. 447-52, 2013.

PEDRAZA, D. F.; ROCHA, A. C. D.; CARDOSO, M. V. L. M. L. Assistência pré-natal e peso ao nascer: uma análise no contexto de unidades básicas de saúde da família. **Revista Brasileira Ginecologia e Obstetrícia**, Rio de Janeiro, v. 35, n. 8, p. 349-56, 2013.

PIOTROWSKI, K. A. Complicações do Trabalho de Parto e do Parto. In: LOWDERMILK, D. L. et al. **Saúde da Mulher e Enfermagem Obstétrica**. Tradução Maiza Ritomy Ide et al. 10. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2012. p. 773-784

PUCHNER, K. et al. The implication of second-trimester amniotic fluid TNF-alpha, cytochrome C and cell death nucleosomes in the prediction of preterm labor and/or premature rupture of membranes. **Arch Gynecol Obstet**, v. 285, n.1, p. 37-43, 2012.

RAMOS, H. A .C.; CUMAN, R. K. N. **Fatores de risco para prematuridade: pesquisa documental**. Escola Anna Nery Rev Enferm, Rio de Janeiro, v.13, n. 2, p. 297-304, 2009.

SALGE, A. K. M. et al. Fatores maternos e neonatais associados à prematuridade. **Revista Eletronica de Enfermagem**, Goiás, v. 11, n. 3, p. 642-6, 2009., disponível em: <<http://www.fen.ufg.br/revista/v11/n3/v11n3a23.htm>>. Acesso em: 14 jan. 2014.

SANTANA, I. P. et al. Aspectos da mortalidade infantil, conforme informações da investigação do óbito. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 24, n. 4, p.556-62, 2011.

SARABIA,M. M. La enfermedad periodontal como factor de riesgo para el parto pretérmino / Periodontal disease as a risk factor for preterm labor **Rev. Fundac. Juan Jose Carraro**, Argentina, v. 14, n. 30, p. 20-4, 2009.

SILVA, A. M. R. et al. Fatores de risco para nascimentos pré-termo em Londrina, Paraná, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 10, p. 2125-38, 2009.

SILVA, E. P. et al. Pré-natal na atenção primária do município de João Pessoa-PB: caracterização de serviços e usuárias . **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, Boa Vista, v. 13, n. 1, p. 29-37, 2013.

SILVEIRA, M. F. et al. Aumento da prematuridade no Brasil: revisão de estudos de base populacional. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 42, n. 5, p. 957-64, 2008.

SILVEIRA, M. F. et al. Determinantes de nascimento pré-termo na coorte de nascimentos de 2004, Pelotas, Rio Grande do Sul, Brasil. **Caderno de Saúde Pública**, São Paulo, v. 26, n. 1, p. 185-94, 2010.

- SOUZA, N. L.; ARAÚJO, A. C. P. F.; COSTA, I. C. C. Representações sociais de puérperas sobre as síndromes hipertensivas da gravidez e nascimento prematuro. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, São Paulo, v. 21, n. 3, p. 1-8, 2013.
- SOUZA, N. L.; ARAÚJO, A. C. P. F.; COSTA, I. C. C. Significados atribuídos por puérperas às síndromes hipertensivas da gravidez e nascimento prematuro. **Revista Escola de Enfermagem USP**, São Paulo, v. 45, n. 6, p. 1285-92, 2011.
- SPINDOLA, T.; SILVA, L. F. F. Perfil epidemiológico de adolescentes atendidas no pré-natal de um Hospital Universitário. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 1, p. 99-107, 2009.
- TURATO, E. R. Métodos qualitativos e quantitativos na área da saúde: definições, diferenças e seus objetos de pesquisa. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 39, n. 3, p. 507-14, 2005.
- UGALDE-VALENCIA, D. et al. Infecciones del tracto genital y urinario como factores de riesgo para parto pretérmino en adolescentes / Genitourinary infections as risk factors for preterm delivery in teenagers. **Rev Chil Obstet Ginecol**, v. 77, n. 5, p. 338-41, 2012.
- UNICEF. Estudo faz alerta sobre situação da prematuridade no Brasil. Boletim de 5 de agosto de 2013. Disponível em: <<http://www.onu.org.br/com-apoio-do-unicef-estudo-faz-alerta-sobre-nascimento-de-bebes-prematuros-no-brasil>>. Acesso em: 5 ago. 2014.
- UVUZ, F. et al. Relationship between preterm labor and thrombophilic gene polymorphism: A prospective sequential cohort study. **Gynecol Obstet Invest**, v. 68, n. 4, p. 234-8, 2009.
- VANDERLEI, L. C. M. et al. Avaliação de preditores do óbito neonatal em uma série histórica de nascidos vivos no Nordeste brasileiro. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, Boa Vista, v. 10, n. 4, p. 449-58, 2010.
- VETTORE, M. V. et al. Cuidados pré-natais e avaliação do manejo da hipertensão arterial em gestantes do SUS no Município do Rio de Janeiro, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 5, p. 1021-34, 2011.
- VIERA, C. S. et al. Rede e apoio social familiar no seguimento do recém-nascido pré-termo e baixo peso ao nascer. **Revista Eletronica de Enfermagem**, Goiás, v. 12, n. 1, p. 11-9, 2010. Disponível em: <<http://www.fen.ufg.br/revista/v12/n1/v12n1a02.htm>>. Acesso em: 23 jan. 2014.
- VIS, J. Y. et al. Cost-effectiveness of fibronectin testing in a triage in women with threatened preterm labor: alleviation of pregnancy outcome by suspending tocolysis in early labor (APOSTEL-I trial). **BMC Pregnancy and Childbirth**, v. 9, n. 38, 2009.
- WIKSTRÖM, S. E. et al. Intrahepatic cholestasis of pregnancy and associated adverse pregnancy and fetal outcomes: a 12-year population-based cohort study. **BJOG**, v. 120, n. 6, p. 717-23, 2013.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Born Too Soon: The Global Action Report on Preterm Birth**. Eds CP Howson, MV Kinney, JE Lawn. World Health Organization. Geneva, 2012.

XAVIER, R. et al. Reproductive risks and comprehensive care of pregnant women with hypertensive syndromes: a transversal study. **Online braz j nurs**, v. 12, n. 4, p. 823-33, 2013. Disponível em: <<http://www.objnursing.uff.br/index.php/nursing/article/view/4249>>. Acesso em: 04 de novembro de 2014.

ZANINI, R. R. ET al. Determinantes contextuais da mortalidade neonatal no Rio Grande do Sul por dois modelos de análise. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 45, n. 1, p. 79-89, 2011.

## ANEXO A – Instrumento de coleta de dados

1. N° questionário: _____	quest_ _ _
2. Tipo de internação: (1) SUS (2) convênio/particular	intern_
3. Mora em que cidade? (1) Rio Grande (2) Guarapuava (3) Natal (4)outra cidade Qual bairro? _____	mora_ br_ _
4. Entrevista (1) 1° dia pós-parto (2) 2° dia pós-parto (3) após 2° dia pós-parto Motivo:_____	entrv_

**SOBRE A MÃE**

5. Qual a sua idade? _____anos	idmae_ _
6. A senhora é solteira, casada, viúva ou separada/divorciada? (1) solteira (2) casada (3) viúva (4) separada/divorciada	etsciv_
7. Com quem a senhora vive? Companheiro (0) não (1) sim (9) IGN Filhos (0) não (1) sim, quantos____ (9) IGN Outros familiares (0) não (1) sim (9) IGN Outras pessoas (0) não (1) sim (9) IGN Sozinha (0) não (1) sim (9) IGN	comp_ fil_ otfam_ otpes_ so_
8. Total de pessoas que moram na casa? _____	moracas_ _
9. A senhora estudou (com aprovação) até que ano? _____série do _____ grau (20) superior completo (30) superior incompleto	escolma_ _
10. . OBSERVAR COR DA PELE: (1) branca (2) parda/mulata (3) negra (4) outra	cormae_

**SOBRE O PAI DA CRIANÇA**

<p>11. Pai</p> <p>(1) conhecido</p> <p>(2) desconhecido</p> <p>(3) não quis falar</p> <p>(4) falecido (se 2 ou 3 passe para 18)</p>	pai _
<p>12. Quantos anos ele tem? _____ anos</p>	idpai _ _
<p>13. Ele trabalha?</p> <p>(0) não</p> <p>(1) sim</p> <p>(2) não sabe</p> <p>(9) IGN</p>	trabpai _
<p>14. Estudou (com aprovação) até quando? _____ série do _____ grau</p> <p>(20) superior incompleto</p> <p>(30) superior completo</p>	escolpai _ _
<p>15. Qual a cor da pele do pai do bebê?</p> <p>(1) branca</p> <p>(2) parda/mulata</p> <p>(3) negra</p> <p>(4) outras</p>	corpai _
<p>16. Como a senhora sentiu que foi o apoio dele durante a gravidez? (oferecer opções)</p> <p>(1) ótimo</p> <p>(2) bom</p> <p>(3) regular</p> <p>(4) ruim</p> <p>(5) péssimo</p> <p>(6) não teve apoio ou contato</p> <p>Explique porque a escolha de sua resposta: _____</p>	apoipai_
<p>17. Como a senhora sentiu que foi o apoio dele no momento do parto e após o parto? (oferecer opções):</p> <p>(1) ótimo</p> <p>(2) bom</p> <p>(3) regular</p>	comoapo_

(4) ruim (5) péssimo (6) não teve apoio ou contato  Explique porque a escolha de sua resposta: _____	
--	--

**SOBRE A RENDA FAMILIAR**

18. Quantas pessoas trabalham para ganhar dinheiro na casa? _____	trabqto_
19. Quanto ganham somando tudo (inclusive alguma bolsa do governo)? Pessoa 1 R\$ _____ Pessoa 2 R\$ _____ Pessoa 3 R\$ _____ Pessoa 4 R\$ _____ Pessoa 5 R\$ _____	Renda _ _ _ _ _
20. Renda <i>per capita</i> - R\$ _____	Rendpc_ _

**SOBRE A GRAVIDEZ (solicitar carteira de pré-natal)**

21. A senhora planejou esta gravidez? (0) não (1) sim (2) mais ou menos (3) foi sem querer (4) IGN	gravmae _
22. A senhora fez tratamento para engravidar? (0) não (1) sim (9) IGN	tratgrav_
23. A senhora fez pré-natal? (ver carteira) (0) não (1) sim (9) IGN ( <b>se não passe para 33</b> )	prenat_
24. Onde a senhora fez o pré-natal onde? (1) posto de saúde, com ESF (2) posto de saúde, sem ESF (3) ambulatório do hospital (4) convênio (5) particular	ondprenat_

(8) NSA	
25. Quantas consultas a senhora fez? _____ (8) NSA	qtiprenat_ _
26. Qual a IG da 1ª consulta? ____ semanas (8) NSA	Igprenat _ _
27. Durante as consultas de pré-natal o médico ou a enfermeira: Pesou a senhora? (0) não (1) sim (9) IGN (8) NSA Mediu a pressão? (0) não (1) sim (9) IGN (8) NSA Mediu o tamanho da barriga/altura uterina? (0) não (1) sim (9) IGN (8) NSA Viu se as pernas estavam inchadas? (0) não (1) sim (9) IGN (8) NSA Fez exame de toque, por baixo? (0) não (1) sim (9) IGN (8) NSA Examinou os seios (0) não (1) sim (9) IGN (8) NSA Falou sobre amamentação? (0) não (1) sim (9) IGN (8) NSA Explicou sobre os tipos de parto? (0) não (1) sim (9) IGN (8) NSA Escutou o coração do bebê? (0) não (1) sim (9) IGN (8) NSA	pesmae _ tamae _ altutmae_ edmae_ tqmae_ mamãe _ falomama _ tippart _ bcf_ HIV _ _ qt HIV_ tratHIV_ VDRL _ _ qtVDRL _ tratVDRLI _ hbsag_ trathbsag_ hcv_
28. Fez exames de sangue: HIV: (0) não (1) sim (8) NSA (9) IGN Quantos? _ _ Se positivo, tratou? (0) não (1) sim (8) NSA (9) IGN VDRL (0) não (1) sim, (9)IGN (8) NSA Quantos? _ _ Se positivo, tratou? (0) não (1) sim (8) NSA (9) IGN HbsAg (0) não (1) sim (9) IGN (8) NSA Se positivo, tratou?	

(0) não (1) sim (8) NSA (9) IGN	trathcv_
HCV (0) não (1) sim (9) IGN (8) NSA	toxox_
Se positivo, tratou?	trattoxo_
(0) não (1) sim (8) NSA (9) IGN	rub_
Toxoplasmose (0) não (1) sim (9) IGN (8) NSA	tratrub_
Se positivo, tratou?	
(0) não (1) sim (8) NSA (9) IGN	glic_
Rubéola (0) não (1) sim (9) IGN (8) NSA	tratglic_
Se positivo, tratou?	
(0) não (2) sim (8) NSA (9) IGN	hmg_
Glicose (0) não (1) sim (9) IGN (8) NSA	trathmg_
Se alterado, tratou?	
(0) não (1) sim (8) NSA (9) IGN	ts_ _
Hemograma (0) não (1) sim (9) IGN (8) NSA	qqexam_
Se com anemia, tratou?	
(0) não (1) sim (8) NSA (9) IGN	
Tipagem sanguínea	
(1)A+ (2)A- (3)B+ (4)B- (5)AB+ (6)AB- (7)O+ (10))- (8)NSA (9)IGN	
Qualquer exame alterado: _____ (8) NSA	
29. Exame de urina ? Com urocultura?	eqqexam_
(0) não (1) sim (9) IGN (8) NSA (se não passe para 30)	
30. Quantas vezes fez exame de urina? _____ vezes (8) NSA	equqt_ _
31. Fez ecografia obstétrica?	ecoobs_
(0) não (1) sim (se não passe para 33)	
32. Com quantas semanas fez a primeira eco? _____s (99) IGN (88) NSA	igecobs_ _
33. Quantas ecos fez? _____ (88) NSA	qtecoobs_ _
34. Qual seu peso no início da gravidez? _____KG (8) NSA	pesoi_ _ _
35. Qual seu peso no final da gravidez? _____KG (8) NSA	pesof_ _ _

**PROBLEMAS NA GRAVIDEZ**

36. A senhora teve pressão alta? (0) não (1) sim (9) IGN (8) NSA <b>(se não passe para 38)</b>	HAS _
37. Tratou a HAS? (0) não (8) NSA (9) IGN (1) sim, com dieta em casa (2) sim, com dieta e remédio em casa (3) sim, teve de baixar/internar, com dieta (4) sim, teve de baixar/internar, com dieta e remédio	trathas _
38. Já tinha pressão alta antes da gravidez? (0) não (1) sim (8) NSA (9) IGN	hasprev _
39. A senhora teve diabetes na gravidez? (0) não (1) sim (8) NSA (9) IGN <b>(se não passe para 42)</b>	diab _
40. Tratou a diabetes? (0) não (8) NSA (9) IGN (1) sim, com dieta, em casa (2) sim, com dieta e remédio, em casa (3) sim, teve de baixar/internar com dieta (4) sim, teve de baixar/internar com dieta e remédio	tratdiab_
41. Já tinha diabetes antes da gravidez? (0) não (1) sim (8) NSA (9) IGN	diabpre_
42. Já usava remédios? (0) não (1) sim, comprimido (2) sim, insulina (8) NSA (9) IGN	remdiab_
43. A senhora teve infecção urinária na gravidez? (0) não (1) sim (8) NSA (9) IGN <b>(se não passe para 46)</b>	ITU_
44. Teve de tratar? (0) não (8) NSA (9) IGN (1) sim, em casa (2) sim, teve de baixar/internar	trtitu_
45. Quantas ITU tratou em casa? _____ (8) NSA (9) IGN	qtitucas_
46. Quantas ITU tratou hospitalizada? _____ (8) NSA (9) IGN	qtituhosp_
47. A senhora teve ameaça de aborto? (0) não (1) sim (8) NSA (9) IGN <b>(se não passe para 48)</b>	abort_
48. Teve de tratar (0) não (8) NSA (9) IGN	tratabort_

(1) sim, tratou em casa com repouso (2) sim, tratou em casa com repouso e remédio (3) sim, teve de baixar/internar, tratou com repouso (4) sim, teve de baixar/internar, com repouso e remédio	
49. A senhora teve ameaça de parto prematuro, excluindo essa internação? (0) não (1) sim (8) NSA (9) IGN <b>(se não passe para 50)</b>	tpp_
50. Teve de tratar? (0) não (8) NSA (9) IGN (1) sim, em casa com repouso (2) sim, em casa com repouso e remédio (3) sim, teve de baixar/internar, com repouso (4) sim, teve de baixar/internar com repouso e remédio	trattpp_
51. A senhora teve sangramento? (0) não (1) sim (8) NSA (9) IGN <b>(se não passe para 52)</b>	sangto_
52. Teve de tratar? (0) não (8) NSA (9) IGN (1) sim, em casa com repouso (2) sim em casa com repouso e remédio (3) sim, teve de baixar/internar	tratsangto_
53. A senhora teve corrimento vaginal? (0) não (1) sim (8) NSA (9) IGN <b>(se não passe para 54)</b>	corvag_
54. Teve de tratar? (0) não (8) NSA (9) IGN (1) sim, em casa com remédio (2) sim, teve de baixar	tratcorvag_
55. A senhora teve alguma outra infecção? (0) não (1) sim (8) NSA (9) IGN	inf_
56. Teve de tratar? (0) não (8) NSA (9) IGN (1) sim, em casa (2) sim teve de baixar/internar	tratinf_
57. Qual infecção? _____ (8) NSA	qualinf_
58. A senhora precisou baixar/internar por algum outro problema na gravidez? (0) não (1) sim (8) NSA (9) IGN	outrint_
59. Quando? (1)1º trimestre (2)2º trimestre (3)3º trimestre (8) NSA	qdoint_
60. Por quê? _____	pqint_

**SAÚDE ORAL**

61. Quando a senhora foi ao dentista a última vez? _____meses      () nunca foi ( <b>se nunca foi passe para 63</b> )	ultdent_
62. Foi ao dentista durante esta gravidez? (0) não    (1) sim    (9) IGN ( <b>se não passe para 64</b> )	gravdent_
63. O dentista disse que a senhora tinha alguma cárie ou infecção na gengiva/gengivite? (0) não    (1) sim, cárie    (2) sim, gengivite    (3) sim, cárie e gengivite	dentdiz_
64. A senhora sabe se tem alguma cárie ou infecção de gengiva/gengivite? (0) não    (1) sim, cárie    (2) sim, gengivite    (3) sim, cárie e gengivite	gengi_

**VACINAS**

65. Tomou vacina anti-tetânica? (0) não (9) IGN (1) sim, está atualizada (2) sim, está atrasada	antte_
66. Tomou vacina da hepatite B? (0) não    (1) sim, ___doses    (9) IGN	antihb_

**HISTÓRIA REPRODUTIVA**

67. Quantas vezes a senhora engravidou? _____ ( <b>se é a primeira gesta passe para 73</b> )	qtgrav_ _
68. Teve algum aborto? (0) não    (1) sim    (9) IGN	ab_
69. Quantos filhos nasceram vivos, incluindo esta gravidez? _____	filvivo_
70. Nasceram no tempo certo? A termo _____ (9) IGN Pré-termo _____ (9) IGN Pós-termo _____ (9) IGN	igfil_
71. Quantos estão vivos? _____ (9) IGN Qual a idade deles: _____	filvivo_
72. Teve algum problema em alguma gravidez anterior? (0) não    (9) IGN (1) pressão alta    (2) diabete (3) infecção urinária    (4) ameaça de aborto (5) ameaça de parto prematuro	gravantes_

<p>(6) placenta prévia</p> <p>(7) descolamento de placenta</p> <p>(8) outro: _____</p>	
--	--

## ANEXO B – PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA DO CEPAS/FURG



**CEPAs / FURG**  
 COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA NA ÁREA DA SAÚDE  
 Universidade Federal do Rio Grande - FURG  
[www.cepas.furg.br](http://www.cepas.furg.br)

### PARECER Nº 134/ 2013

CEPAS 57/2013

23116.003739/2013-02

PARTO PREMATURO: ESTUDO DOS FATORES ASSOCIADOS PARA CONTRUÇÃO DE ESTRATÉGIAS DE PREVENÇÃO

Pesq. Resp.: Nalú Pereira da Costa Kerber

#### PARECER DO CEPAS:

O Comitê, considerando tratar-se de um trabalho relevante, o que justifica seu desenvolvimento, bem como o atendimento às pendências informadas no parecer 101/2013, emitiu o parecer de **APROVADO** para o projeto "PARTO PREMATURO: ESTUDO DOS FATORES ASSOCIADOS PARA CONTRUÇÃO DE ESTRATÉGIAS DE PREVENÇÃO".

Está em vigor, desde 15 de novembro de 2010, a Deliberação da CONEP que compromete o pesquisador responsável, após a aprovação do projeto, a obter a autorização da instituição co-participante e anexá-la ao protocolo do projeto no CEPAS. Pelo exposto, o pesquisador responsável deverá verificar se seu projeto esta obedecendo a referida deliberação da CONEP.

Segundo normas da CONEP, deve ser enviado relatório semestral de acompanhamento ao Comitê de Ética em Pesquisa, conforme modelo disponível na página <http://www.cepas.furg.br>.

Data de envio do relatório final: 01/08/2014.

Rio Grande, RS, 08 de agosto de 2013.

Profª. Eli Sinnott Silva

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE - FURG  
*Eli Sinnott Silva*  
 Profª. MSc. Eli Sinnott Silva  
 Coordenadora  
 Comitê de Ética em Pesquisa na Área da Saúde CEPAS

## ANEXO C – PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA DA ACSC



ASSOCIAÇÃO DE CARIDADE SANTA CASA DO RIO GRANDE  
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

### PARECER

**Protocolo: N° 005/2013**

**Título do Projeto:** “Parto prematuro: estudos dos fatores associados para construção de estratégias de prevenção.”

**Objetivos:** Realizar um diagnóstico da situação de prematuridade em municípios do norte e sul do Brasil. Identificar o perfil de mães e de prematuros nascidos vivos nos municípios do estado; identificar os fatores biológicos relacionados às intercorrências maternas na gravidez que podem desencadear o parto prematuro; realizar uma associação entre trabalho de parto prematuro e a ocorrência de morbidades durante a gestação; identificar os sentimentos da mulher quanto à prematuridade de seu bebê; conhecer a rede de atenção à saúde para as gestantes dos municípios envolvidos na pesquisa; comparar a situação de prematuridade entre os municípios envolvidos na pesquisa.

**Pesquisador (a) responsável:** Dr<sup>a</sup>. Nalú Pereira da Costa Kerber

**Parecer CEPAS:** O CEPAS / A.C. Santa Casa do Rio Grande **APROVA** o desenvolvimento do projeto acima citado, ressalva que os dados contidos neste estudo somente serão utilizados nesta pesquisa; e que é necessário apresentar um **relatório** ao final do estudo para este CEPAS.

Rio Grande, 01 de agosto de 2013.

**Prof<sup>a</sup>. Dra. Priscila Aikawa**  
**Coordenadora do Comitê de Ética em Pesquisa da ACSCRG**

Comitê de Ética em Pesquisas - CEPAS  
General Osório 625 - Centro - 96200-400 - Rio Grande - RS  
Fone: (53) 3233-7100 ramal 151 Fax: (53) 3232-1643  
E-mail: cepas@summaetia.com.br

**ANEXO D - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO DO PARTICIPANTE DA PESQUISA.**

Projeto de pesquisa: “PARTO PREMATURO: ESTUDO DOS FATORES ASSOCIADOS PARA CONSTRUÇÃO DE ESTRATÉGIAS DE PREVENÇÃO”.

Pesquisadores: Nalú Pereira da Costa Kerber. Telefone para contato: (53) 32330312; Carla Vitola Gonçalves. Telefone para contato: (53) 32338894; Lulie Odeh Susin. Telefone para contato (53) 32338894.

Informações sobre a pesquisa:

Prezada Senhora

Este estudo tem por objetivo estudar a prematuridade, identificando os fatores biológicos relacionados às intercorrências maternas na gravidez que podem desencadear o parto prematuro, assim como seu sentimento diante desse processo e o acesso que teve ao serviço de saúde durante sua gestação.

Todos os participantes do estudo responderão a um questionário padrão da pesquisa e os dados clínicos serão coletados da carteira de pré-natal, dos prontuários médico do recém-nascido e de sua mãe. Sua participação e a de seu filho (a) neste estudo é de livre escolha. Em qualquer momento ela poderá ser interrompida, sem necessidade de esclarecimentos ou aviso prévio.

O participante não será identificado, mantendo-se o caráter sigiloso das informações.

A equipe responsável se compromete a fornecer esclarecimentos a qualquer dúvida relativa ao questionário e outros assuntos relacionados com a pesquisa.

Se você concorda em participar e autoriza a participação de seu (sua) filho (a) no estudo, assine o seguinte termo.

Declaro que fui informada (o) de forma clara e detalhada sobre os motivos e os procedimentos desse estudo, concordando em participar da pesquisa.

Assinatura: \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/201\_\_

Se a participante da pesquisa tiver menos de 18 anos e não for emancipada, solicitar a autorização para seu responsável legal.

Estou ciente e de acordo com a participação da menor pela qual sou responsável e de seu filho neste estudo.

Assinatura: \_\_\_\_\_ Data \_\_\_\_/\_\_\_\_/201\_\_

\_\_\_\_\_  
Coordenador da pesquisa

\_\_\_\_\_  
Entrevistador

**ANEXO E - CARTA DE AUTORIZAÇÃO DA COORDENADORA DO PROJETO**

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM  
MESTRADO EM ENFERMAGEM

Rio Grande, 27 de agosto de 2014.

**AUTORIZAÇÃO**

Autorizo a utilização do banco de dados da pesquisa intitulada "PARTO PREMATURO: ESTUDO DOS FATORES ASSOCIADOS PARA CONSTRUÇÃO DE ESTRATÉGIAS DE PREVENÇÃO", pela mestranda Vanessa Andréia Wachholz para sua dissertação de mestrado.



Prof.ª Dr.ª Nalú Pereira da Costa Kerber

Lider do Grupo de Pesquisa Viver Mulher e Coordenadora do Projeto