

CURSO DE ENFERMAGEM

Geani Marcela Lopes Pereira

**PREMATURIDADE: UMA ABORDAGEM DESCRITIVA SOBRE AS
CARACTERÍSTICAS MATERNAS E NEONATAIS EM UM HOSPITAL DE
REFERÊNCIA**

Santa Cruz do Sul

2018

Geani Marcela Lopes Pereira

**PREMATURIDADE: UMA ABORDAGEM DESCRITIVA SOBRE AS
CARACTERÍSTICAS MATERNAS E NEONATAIS EM UM HOSPITAL DE
REFERÊNCIA**

Monografia apresentado à disciplina de Trabalho de Conclusão II, para a Conclusão do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade de Santa Cruz do Sul.

Orientador(a): Prof^ª Dr^ª Suzane Beatriz Frantz Krug

Santa Cruz do Sul

2018

LISTA DE ABREVIATURAS

CEP	Comitê de Ética e Pesquisa
DPP	Descolamento Prematuro de Placenta
DM	<i>Diabetes Mellitus</i>
DHEG	Doença Hipertensiva Específica da Gestação (DHEG)
DST	Doenças Sexualmente Transmissíveis
EUA	Estados Unidos da América
HAS	Hipertensão Arterial Sistêmica
OMS	Organização Mundial da Saúde
RN	Recém-Nascido
RCF	Restrição do Crescimento Fetal
RPMO	Ruptura Prematura de Membranas Ovulares
SME	Serviço de Arquivamento Médico e Estatístico
SNC	Sistema Nervoso Central
SINASC	Sistema Informações de Nascidos Vivos
SUS	Sistema Único de Saúde
UTI	Unidade de Terapia Intensiva
UNISC	Universidade de Santa Cruz do Sul

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Perfil sócio demográfico e ocupacional por faixa etária das parturientes	22
Tabela 2 – Dados obstétricos e do pré-natal por faixa etária das parturientes	24
Tabela 3 – Dados do parto por faixa etária das parturientes	25
Tabela 4 – Dados do recém-nascido por idade gestacional das parturientes	27
Tabela 5 – Antecedentes pessoais e morbidades por idade gestacional das parturientes	29

RESUMO

Introdução: A prematuridade, definida como o nascimento abaixo de 37 semanas de gestação, configura um dos principais fatores para o aumento das taxas de morbidade e mortalidade neonatal e é considerado um problema de saúde pública em nosso país. **Objetivos:** Identificar as características maternas e neonatais de nascimentos prematuros ocorridos em um hospital de referência, assim como analisar as principais morbidades gestacionais relacionadas ao trabalho de parto prematuro, caracterizar os tipos de partos prematuros, identificar o perfil das gestantes, a adesão e acompanhamento do pré-natal e averiguar as complicações neonatais relacionadas ao parto prematuro durante a internação. **Metodologia:** Realizou-se um estudo de campo, de caráter descritivo retrospectivo, do tipo documental, em um hospital de referência.. A coleta dos dados ocorreu partir da análise de prontuários de mulheres que tiveram partos prematuros em 2017 com a aplicação de um formulário estruturado, os dados foram submetidos a uma análise descritiva quantitativa. **Resultados:** No período analisado, ocorreram 259 partos prematuros, desses, 118 (45,55%) prontuários foram submetidos a análise. As mulheres que apresentaram o maior índice de partos prematuros foram aquelas dos 21 aos 40 anos, de raça branca, solteiras com Ensino Médio completo e assalariadas, com pré natal iniciado no 1º trimestre da gestação e realizado de 5 a 8 consultas. O parto cesárea predominou. Entre as indicações do parto destacaram-se o trabalho de parto prematuro, a ruptura prematura de membranas e a pré-eclâmpsia. Dos neonatos, predominou o sexo masculino, com peso entre 1.501g a 2.500g e idade gestacional de 32 a 37 semanas, com alto índice de internação em UTI neonatal, as principais complicações foram sepse, doença da membrana hialina. **Conclusão:** Os dados encontrados nesse estudo demonstram a importância da detecção precoce da gestação e o acompanhamento adequado e qualidade da assistência prestada no pré natal, durante e após o nascimento.

Palavras-chave: Recém-Nascido. Características maternas. Parto Pré-Termo. Prematuridade. complicações neonatais.

**PREMATURIDADE: UMA ABORDAGEM DESCRITIVA SOBRE AS
CARACTERÍSTICAS MATERNAS E NEONATAIS EM UM HOSPITAL DE
REFERÊNCIA**

Geani Marcela Lopes Pereira

Esta monografia foi submetida ao processo de avaliação pela Banca Examinadora para
obtenção
do título de Enfermeiro.

Foi aprovada em sua versão final, em _____.

BANCA EXAMINADORA:

Orientador Prof. Dr^a. Enf^a Suzane Beatriz Frantz Krug

Prof.^a Dr.^a. Enf^a Analidia Rodolpho Petry

Prof^a. Ms. Enf^a Eliana Cacia de Melo Machado

Santa Cruz do Sul, junho de 2018

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	7
2	OBJETIVOS	9
2.1	Objetivo geral	9
2.2	Objetivos específicos	9
3	PREMATURIDADE	10
3.1	Fatores de risco	11
3.2	Epidemiologia	12
3.3	Complicações	13
3.4	Ações de assistência em saúde para a prematuridade na atenção básica	15
3.5	Ações de assistência em saúde voltada à prematuridade no âmbito hospitalar	17
4	METODOLOGIA	18
4.1	Tipo de pesquisa	18
4.2	Local da pesquisa	19
4.3	Coleta de dados	20
4.4	Instrumento para a coleta de dados	20
4.5	Procedimentos éticos e legais	21
4.6	Análise dos dados	21
5	ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS DADOS.....	22
6	CONSIDERAÇÕES FINAIS	31
	REFERÊNCIAS	33
	APÊNDICE A – FORMULÁRIO DE COLETA DE DADOS	35
	ANEXO A – PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP-UNISC	37

1 INTRODUÇÃO

A gestação, em algumas situações, pode ser caracterizada pela presença de riscos para a mãe e o bebê, que podem estar relacionados a fatores maternos e fetais, evidenciando uma gestação de alto risco (BRASIL, 2012). O período gestacional engloba inúmeras alterações fisiológicas e emocionais, podendo apresentar complicações e situações de risco evidenciadas por fatores determinantes distintos e que contribuem para o elevado índice de prematuridade (ARAÚJO, 2012). O parto prematuro ou pré termo é considerado aquele cuja idade gestacional varia entre 22 semanas (ou 154 dias) até 37 semanas (ou 259 dias) a contar da data da última menstruação (BRASIL, 2010).

A prematuridade configura um dos principais fatores para o aumento das taxas de morbidade e mortalidade neonatal e é considerado um problema de saúde pública em nosso país. Na busca por resolutividade, ações do governo buscam estratégias a fim de minimizar e reduzir a morbidade e mortalidade materna e neonatal, relacionada ao nascimento prematuro. Essas estratégias não têm sido eficazes para a redução da prematuridade, evidenciada pelo considerado aumento do índice dos nascidos prematuros nas últimas décadas (SILVA *et al.*, 2013). Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), a prematuridade é considerada um problema mundial por estar relacionada diretamente com a mortalidade neonatal e, atualmente, no Brasil, a mortalidade neonatal é alta e qualidade na assistência prestada ao prematuro é fundamental para a redução dos índices de mortalidade (OLIVEIRA *et al.*, 2016).

Entre os fatores de risco relacionados à prematuridade estão complicações obstétricas, tais como, a ruptura prematura de membranas, gestações múltiplas, trabalho de parto prematuro espontâneo, bem como pré eclampsia e restrição de crescimento fetal (PORTO *et al.*, 2013). Também são considerados fatores de riscos associados ao trabalho de parto prematuro: a anemia, consumo do tabaco, infecções do trato urinário, sangramento transvaginal, ausência ou controle inadequado do pré natal, idade materna inferior a 20 anos ou superior a 35 anos. No entanto, a etiologia do trabalho de parto prematura ainda não foi totalmente esclarecida (BARRIOS, 2016). Para Montenegro (2011) também podem ser incluídos fatores como baixa escolaridade, doença materna prévia como Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS), *Diabetes Mellitus* (DM), parto pré-termo prévio, uso de cocaína, abortos no segundo trimestre, raça não branca, anormalidades uterinas (miomas submucosos, útero unicorno ou bicorno, incompetência istmo-cervical) e infecções como clamídia, gardnerella, ureaplasma, tricomonas.

Impedir o nascimento prematuro envolve um conjunto de ações, como atenção integral e assistência qualificada, através do pré-natal durante todo o período gestacional e após, no intraparto, ressaltando os riscos de uma interrupção prematura (SILVA *et al.*, 2013). Existem condições maternas e fetais em que não deve se prorrogar a gestação, como em situações de síndromes hemorrágicas, eclampsia e pré-eclâmpsia severa, edema agudo de pulmão e condições fetais como sofrimento fetal agudo e crônico, infecção intrauterina, polidrâmnia e eritroblastose fetal (MONTENEGRO, 2011).

Segundo dados do Sistema Informações de Nascidos Vivos - SINASC (2017), no Brasil o aumento do índice de prematuridade se tornou um problema de saúde que merece a atenção dos profissionais que prestam assistência a gestantes. Em meio ao aumento significativo de partos prematuros, observa-se a necessidade de esclarecer e fundamentar as principais características e fatores de risco para a prematuridade. Neste contexto, com a finalidade de identificar as principais características gestacionais e neonatais que levam ao parto prematuro em um hospital de referência, justifica-se a realização da presente pesquisa.

A enfermagem ocupa um papel fundamental na promoção da saúde e prevenção de agravos à gestante ainda na atenção básica, bem como, na assistência no parto e pós-parto, promovendo uma assistência integral qualificada. Deste modo, como contribuições do estudo, busca-se a adequação dos cuidados gestacionais na detecção e prevenção de agravos à saúde, e, desta forma, colaborar para a redução dos índices de parto prematuro e conseqüentemente da morbimortalidade neonatal.

A partir dessas considerações, o problema de pesquisa do presente estudo é: Quais as características maternas e neonatais de nascimentos prematuros ocorridos em um hospital de referência de um município do interior do Rio Grande do Sul?

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo geral

Identificar as características maternas e neonatais de nascimentos prematuros ocorridos em um hospital de referência de um município do interior do Rio Grande do Sul.

2.2 Objetivos específicos

- Analisar as principais morbidades gestacionais relacionadas ao trabalho de parto prematuro;
- Caracterizar os tipos de partos prematuros;
- Identificar o perfil sócio demográfico, ginecológico e obstétrico das gestantes;
- Averiguar as complicações neonatais relacionadas ao parto prematuro durante o período de internação.

3 PREMATURIDADE

Em 1948, a Organização Mundial da Saúde (OMS) definiu como prematuro todo recém-nascido vivo com peso inferior a 2.500 g. Tal conceito foi amplamente utilizado até 1961, quando a OMS passou a definir prematuridade como o nascimento abaixo de 37 semanas completas de gestação (< 259 dias) contadas a partir do primeiro dia do último período menstrual. Sendo que o recém-nascido (RN) com menos de 2.500 g passou a ser denominado de baixo peso. Esta definição omite o limite inferior e considera apenas RN vivos. Adota-se como limite inferior o momento a partir do qual há viabilidade fetal, 20 ou 22 semanas de gestação, dependendo do autor (ZUGAIB, 2016).

O nascimento prematuro é uma das principais causas de mortalidade e morbidade neonatal, é motivo de hospitalização no pré-natal gerando alto custo. Os recém nascidos apresentam complicações respiratórias, gastrointestinais e imunológicas (MARTIN-COSTA, 2017).

A prematuridade pode ser classificada segundo a sua evolução clínica decorrente das seguintes situações: espontânea ou eletiva. Na prematuridade espontânea, responsável por cerca de 75% dos casos em que ocorre trabalho de parto prematuro, a etiologia geralmente é multifatorial ou desconhecida, o que dificulta as estratégias preventivas. Por outro lado, na prematuridade eletiva a gestação é interrompida em virtude de complicações maternas - por exemplo, Doença Hipertensiva Específica da Gestação (DHEG) e outras doenças maternas - e/ou fetais - por exemplo, Restrição do Crescimento fetal (RCF) ou sofrimento fetal - e corresponde a 25% dos casos. No entanto, a prematuridade eletiva também pode ocorrer por aumento de intervenções médicas (ZUGAIB, 2016).

Montenegro (2011) destaca uma forma de classificação pela idade gestacional como prematuridade extrema (menor que 28 semanas), prematuridade grave (28 - 30 semanas), prematuridade moderada (31 a 33 semanas), prematuridade quase termo (34 - 36 semanas). Esse mesmo autor também classifica o recém-nascido pré termo conforme o peso ao nascer como: baixo peso (menor que 2.500g) muito baixo peso (menor que 1.500g) e extremo baixo peso (menor 1000g).

Martins-Costa *et al.* (2017) destaca outra forma de classificação conforme a idade gestacional, em extrema (abaixo de 28 semanas), grave ou moderada (de 28 a menor que 32 semanas), tardia (de 32 a menor que 37 semanas). Em contrapartida, Zugaib (2016) ressalta sua maneira de classificar a prematuridade considerando a idade gestacional como prematuridade precoce: quando o nascimento ocorre antes de 33 semanas e 6 dias e prematuridade tardia: de

34 semanas a 36 semanas e 6 dias, a qual corresponde a 70% de todos os nascimentos prematuros.

3.1 Fatores de risco

A prematuridade é decorrente de circunstâncias diversas e imprevisíveis. Em cerca de 50% dos casos de parto prematuro a etiologia é desconhecida. No entanto, existem fatores de risco maternos e fetais que podem ser associados à prematuridade. Tais fatores são classificados em: epidemiológicos, obstétricos, ginecológicos, clínico-cirúrgicos, genéticos, iatrogênicos e desconhecidos (ZUGAIB, 2016).

Dentre os fatores epidemiológicos podemos citar fatores socioeconômicos, baixa escolaridade, más condições de higiene, nutrição inadequada, gravidez na adolescência, complicações maternas (doenças infecciosas e hipertensão arterial), conflitos familiares, tabagismo, consumo de drogas, estresse, ausência do pré natal e idade materna. Como fatores obstétricos destacam-se alterações hormonais, incompetência istmo cervical, sangramentos vaginais, placenta prévia e descolamento prematuro de placenta, polidramnio e gestação gemelar, rotura prematura de membranas ovulares, malformações fetais, restrição de crescimento fetal, partos prematuros anteriores (ZUGAIB, 2016).

Dentre os fatores ginecológicos englobam encurtamento do colo uterino, mal formações uterinas e miomas. Como fatores clínico-cirúrgicos, destacam-se as infecções, incluindo infecções periodontais, e principalmente as infecções do trato genital inferior, do trato urinário e infecções sexualmente transmissíveis, doenças sistêmicas crônicas como diabetes mellitus, hipertensão arterial, neuropatias, cardiopatias e disfunções da tireóide. Fatores genéticos são relacionados a possíveis polimorfismos genéticos maternos e/ou fetais relacionados, onde mulheres que nasceram prematuras possuem maior risco de ter parto prematuro, mas ainda não há estudos comprobatórios (ZUGAIB, 2016).

Fatores iatrogênicos estão relacionados à inexatidão da idade gestacional baseada na ultrassonografia, principalmente quando realizada em fase avançada da gestação (ZUGAIB, 2016).

Araújo (2012) também relaciona a ocorrência de parto prematuro com fatores como baixas condições socioeconômicas, desnutrição, gestação de risco (idade menor de 14 anos e maior que 35 anos), excesso de trabalho na gestação, tabagismo, doenças maternas agudas ou crônicas, gestação múltipla, histórico de prematuridade anterior, gestação atual com pré eclampsia, oligodramnio, incompetência istmocervical, Descolamento Prematuro de Placenta

(DPP), Ruptura Prematura de Membranas Ovulares (RPMO) e indicação inadequada de cesárea. Já Montenegro (2011) ressalta as causas do parto prematuro relacionado à infecção/inflamação, isquemia/hemorragia uterina, distensão uterina, alergia, doença cervical, desordens hormonais.

Martins-Costa (2017) destaca que diversas são as causas ligadas ao parto prematuro, mas, muitas vezes, com causa desconhecida, principalmente os que ocorrem entre 34 e 36 semanas. Contudo podemos elencar inúmeras condições, sendo elas sociais, maternas e de saúde que demandam risco elevado para a prematuridade.

Entre eles, os fatores demográficos e obstétrico como história prévia de nascimento prematuro com trabalho de parto espontâneo, ruptura prematura de membranas, perda gestacional precoce ou aborto, índice de massa corporal baixo (menor que 20), deficiência e excesso ganho ponderal, insuficiência istmocervical, aminiocentese, adolescência, abortamento de repetição, intervalo entre gestações menor que 12 meses, gestação múltipla, sangramento uterino, pielonefrite, doenças crônicas (MARTINS-COSTA, 2017).

Sobre os fatores maternos, fetais, paternos e genéticos: vaginose bacteriana, feto de sexo masculino, cirurgias de colo uterino, fertilização assistida, nuliparidade, multiparidade (mais de 5), extremos da idade materna, idade avançada do pai, etnia afrodescendente, polidramnia (MARTINS-COSTA, 2017).

Fatores comportamentais, sociais e nutricionais são relacionados a infecções sexualmente transmissíveis, tabagismo, consumo de álcool, uso de drogas, vulnerabilidade social, baixa escolaridade, baixo nível socioeconômico, violência física, depressão, deficiência de vitaminas B12 e B6 (MARTINS-COSTA, 2017).

3.2 Epidemiologia

A incidência da prematuridade varia de acordo com as características da população. Na Europa a incidência é de 5% a 8%, nível mantido nos últimos anos. Nos EUA, entre 1994 a 2004, evidenciou-se um índice de 14%, reduzindo para 11,4 em 2013; já em países e regiões subdesenvolvidas, são encontradas informações extintas pouco confiáveis a essas taxas.

No Brasil, um estudo realizado pela Universidade Federal de Pelotas no Rio Grande do Sul revelou prevalência de 11,7 % de prematuros no país, destacou também que a região Sul e Sudeste do Brasil, possuem os mais elevados índices, com 12% e 12,5% nessa ordem, já na região centro oeste o índice é de 11,5%; Nordeste, 10,9% e Norte de 10,8% (ZUGAIB, 2016). Uma pesquisa realizada em 2008 com os dados do SINASC mostrou que no Brasil, no período

de 1994 e 2005, ocorreu um aumento da taxa de nascimentos prematuros: de 5%, em 1994, para 5,4%, em 1998, 5,6%, em 2000, atingindo 6,6%, em 2005. Em 2005, a prevalência de prematuridade foi de 7,4% na Região Sudeste e 5,1% na Região Norte (SILVEIRA *et al.*, 2008 apud SILVA *et al.*, 2013).

A prematuridade no mundo apresenta taxas progressivas, formam uma população de 15 milhões de prematuros anualmente. No Brasil, um estudo em grandes centros revelou uma taxa de prematuridade de 12,3% por ano. Assim, nascem no Brasil 280 mil prematuros ao ano, colocando-o em uma posição entre os dez países com maior número de prematuros (MARTINS-COSTA, 2017).

Dados da pesquisa Nacer no Brasil: inquérito nacional sobre parto e nascimento do Ministério da Saúde, divulgados em 2016, revelam que a taxa de prematuridade brasileira (11,5%) é quase duas vezes superior à observada nos países europeus, sendo que 74% dos casos são de prematuros tardios (34 a 36 semanas gestacionais). Muitos casos podem decorrer de uma prematuridade iatrogênica, ou seja, retirados sem indicação, em mulheres com cesarianas agendadas ou avaliação incorreta da idade gestacional. O Nacer no Brasil é um inquérito nacional de base hospitalar, realizado em 191 municípios, com 23.894 mulheres entrevistadas.

Quanto às formas de ocorrência, a prematuridade espontânea (com ou sem ruptura de membranas) correspondeu a 59%. Já a prematuridade terapêutica (quando provocada por intervenção médica por indução do parto ou cesariana anteparto) foi de 41%, e quase a sua totalidade (90%) ocorreu por cesariana sem trabalho de parto.

Ainda segundo esta pesquisa, a prematuridade terapêutica esteve associada à assistência privada ao parto e à gravidez em idade mais avançada, características de populações que apresentam melhor nível de emprego formal, escolaridade e renda. Foi maior na Região Sudeste e mais frequente nas capitais, cidades que têm maior número de hospitais de referência para atendimento a mulheres e recém-nascidos de risco.

3.3 Complicações

A prematuridade constitui-se um problema de saúde pública complexo, pois se trata de uma questão multifatorial que se inter-relaciona e pode variar em diferentes populações, sendo a principal causa de morbidade e mortalidade neonatal. A morbidade é elevada no grupo de recém-nascidos que sobrevivem e diretamente relacionada aos distúrbios respiratórios e às complicações infecciosas e neurológicas. Avaliações do desenvolvimento infantil revelam distúrbios funcionais do Sistema Nervoso Central (SNC) que comprometem principalmente as

funções neuromuscular, cognitiva, visual e auditiva, repercutindo em desvantagens neurológicas e psicológicas ao longo de toda a vida do indivíduo (ZUGAIB, 2016).

Martins-Costa (2017) reforça que a morbimortalidade neonatal constitui as principais complicações relacionadas à prematuridade, contribuindo para o desenvolvimento de complicações a curto e longo prazo. Dentre elas, pode se destacar a curto prazo complicações como apneia da prematuridade, síndrome da angústia respiratória no Recém-nascido, hidrocefalia, pneumotórax, hipertensão pulmonar, anemia, enterocolite necrotizante; e, a longo prazo, displasia pulmonar, asma, bronquiolite, problemas comportamentais e de aprendizagem, quebra vínculo mãe-filho e retardo no neurocrescimento.

As complicações neonatais mais comuns incluem síndrome do desconforto respiratório, hemorragia intracraniana, enterocolite necrosante e sepse. Tais intercorrências são mais frequentes em idades gestacionais inferiores a 32 semanas, tornando-se críticas abaixo de 28 semanas. Os prematuros tardios, que compõem a maior parte dos casos, estão mais propensos a problemas de alimentação, instabilidade da temperatura, sepse, dificuldades na excreção de bilirrubina, hipoglicemia e problemas respiratórios do que os nascidos a termo. Estes neonatos possuem significativamente mais problemas clínicos, detectados ainda na maternidade, logo após o nascimento. Em função disso, geram maior custo hospitalar quando comparados aos recém-nascidos a termo. Quanto menor o peso ao nascer, maiores serão os custos (BUENDGENS; TELES; GONÇALVES *et al.*, 2017).

Os recém nascidos pré termos são mais propensos a desenvolver distúrbios relacionados à imaturidade anatômica e funcional de vários órgãos e sintomas, e também a infecções devido à imaturidade do sistema imunológico; problemas do trato respiratório, danos neurológicos e auditivos; entre eles, podemos destacar a taquipneia transitória, doença da membrana hialina, asfixia perinatal, apneia da prematuridade, infecção neonatal, icterícia neonatal, hipoglicemia neonatal, hemorragias intracraniana, retinopatia, entre outros (MARTINS-COSTA, 2017).

É importante salientar que as consequências serão aumentadas quanto menor a idade gestacional. Sabe-se que cada semana intraútero pode reduzir significativamente a morbimortalidade neonatal (MARTINS-COSTA, 2017). Deste modo, a procura progressiva pela diminuição da prematuridade busca impedir mortes neonatais e reduzir complicações associadas ao nascimento pré termo. A incidência de prematuros vem crescendo e a redução da taxas é uma das metas da Organização Mundial da Saúde (OMS). As tentativas de redução dessas taxas, como melhoria no pré natal, uso dos tocolíticos e aperfeiçoamento dos centros especializados não estão sendo suficientes para reduzir significativamente esse quadro.

3.4 Ações de assistência em saúde para a prematuridade na atenção básica

Considerando que as causas da prematuridade são inúmeras, os métodos para a prevenção devem ter maior abrangência e eficácia, buscando maior adesão ao pré natal, tratamento das infecções, rastreamento contínuo dos fatores de risco (MARTINS-COSTA, 2017). Para Silva (2013), prevenir o nascimento prematuro necessita de cuidado contínuo, além da qualidade da assistência no período gestacional e durante o parto, considerando todas as complicações que podem afetar o recém-nascido diante da interrupção precoce da gestação.

A prevenção à prematuridade constitui em um grande desafio, não só por estarem envolvidos fatores socioeconômicos e educacionais, mas em virtude de várias causas não serem passíveis de prevenção primária ou serem de origem desconhecida, por isso conseguir identificar essas causas tem-se tornado prioridade para as equipes de saúde. Conhecer o perfil epidemiológico dos nascimentos através de banco de dados como o SINASC permite aos profissionais da saúde, entre eles a enfermagem, reduzir ou eliminar comportamentos nocivos à saúde e contribui para a avaliação de diversos fatores de risco relacionados à prematuridade (SILVA *et al.*, 2013).

Neste quesito, o pré-natal tem um papel fundamental. É por meio deste que o profissional de saúde fará a identificação dos riscos gestacionais para o nascimento prematuro, o tratamento das intercorrências e o encaminhamento para tratamento de maior complexidade, caso seja necessário. O controle realizado através do pré-natal é imprescindível para detecção precoce de intercorrências e realização de prevenção de doenças. É recomendado um mínimo de seis consultas, além da realização de uma ecografia de rotina na primeira metade da gravidez para a investigação clínica da idade gestacional, e detecção mais precisa (BUENDGENS *et al.*, 2017).

Em 2011, foi lançado no Brasil, a Rede Cegonha, uma estratégia que visa ampliar o acesso e qualificar a atenção a saúde, trata-se de um modelo de atenção ao parto e ao nascimento, buscando a melhoria da qualidade do pré-natal, do vínculo entre a gestante e sua unidade de referência para o parto, a incorporação de boas práticas, o direito ao acompanhamento de livre escolha da mulher no trabalho de parto, parto e puerpério, e a garantia da continuidade no puerpério e atenção ao recém-nascido (BRASIL, 2012).

A rede prioriza o acesso ao pré-natal de qualidade, a garantia do acolhimento com avaliação e classificação de risco e vulnerabilidade, a vinculação da gestante à unidade de referência e ao transporte seguro, segurança na atenção ao parto e nascimento, atenção à saúde das crianças de 0 a 24 meses com qualidade e resolutividade, além de

acesso às ações do planejamento reprodutivo. (BRASIL, 2011b apud MARQUES, 2015, p. 7).

O Ministério da Saúde visa garantir o acompanhamento pré-natal e assegurar o desenvolvimento da gestação, garantindo o parto de um recém-nascido saudável, sem impacto para a saúde materna, inclusive abordando aspectos psicossociais e as atividades educativas e preventivas (BRASIL, 2012).

Na atenção básica, o enfermeiro, juntamente com a equipe multidisciplinar, possui um papel importante na assistência à gestante e é sua competência orientar as mulheres e suas famílias sobre a importância do pré-natal, da amamentação e da vacinação, realizar o cadastramento da gestante no Sis-PreNatal e fornecer o Cartão da Gestante devidamente preenchido (o cartão deve ser verificado e atualizado a cada consulta), realizar a consulta de pré-natal de gestação de baixo risco intercalada com a presença do(a) médico(a), solicitar exames complementares de acordo com o protocolo local de pré-natal, realizar testes rápidos, prescrever medicamentos padronizados para o programa de pré-natal (sulfato ferroso e ácido fólico, além de medicamentos padronizados para tratamento das DST, conforme protocolo da abordagem sindrômica), orientar a vacinação das gestantes (contra tétano e hepatite B), identificar as gestantes com alterações e que se encaixam no alto risco e encaminhá-las para consulta médica e ao serviço de referência, realizar exame clínico das mamas e coleta para exame citopatológico do colo do útero, desenvolver atividades educativas, individuais e em grupos (grupos ou atividades de sala de espera), orientar as gestantes e a equipe quanto aos fatores de risco e à vulnerabilidade, sobre a periodicidade das consultas e realizar busca ativa das gestantes faltosas e realizar visitas domiciliares durante o período gestacional e puerperal. As consultas devem ser realizadas mensalmente até a 28^o semana; quinzenalmente, entre 28 e 36 semanas e semanalmente a partir da 36^o (BRASIL, 2013).

A qualidade na prestação dos serviços de saúde compõe um desafio complexo, vendo que existem falhas na cobertura das ações, na disponibilidade de insumos e no acesso igualitário a serviços de saúde sensíveis às especificidades culturais, de independentemente do local ou situação socioeconômica (SÃO LUIS, 2015).

3.5 Ações de assistência em saúde voltada à prematuridade no âmbito hospitalar

Segundo o Ministério da Saúde (2012), o trabalho de parto é definido pela presença de duas a três contrações uterinas a cada dez minutos, com ritmo e frequência regulares, seguidas, ou não, por modificações cervicais caracterizadas pela dilatação maior ou igual a 2cm e/ou esvaecimento maior do que 50%. A gestante em trabalho de parto prematuro deve receber atendimento em unidade apropriada e equipada com recursos adequados para assistência neonatal em prematuridade, ou seja, nível secundário ou terciário da assistência.

A atenção da equipe no trabalho de parto pré termo deve ser rigorosa, avaliação da condição fetal através de cardiotocografia é necessária, e uma das maiores dificuldades é a diferenciação entre trabalho de parto verdadeiro ou falso. Outro aspecto importante é a escolha da via de parto, avaliação da posição anatômica do feto e as condições maternas; deve se levar em conta a indicação obstétrica e não a prematuridade. Tanto na cesárea, quanto no parto normal a saída do feto deve ser a menos traumática possível; todos os prematuros devem ser envolvidos com sacos plásticos, para evitar a perda de calor. Entre as principais recomendações para a redução da morbimortalidade diante do parto prematuro são o uso de corticoides (entre as 24 e 34 semanas), antibioticoterapia, tocolise, sulfato de magnésio (menores de 32 semanas) e cuidados neonatais (MARTINS-COSTA, 2017).

Para a assistência ao parto prematuro, deve -se considerar que complicações neonatais consideráveis podem ocorrer e variam de acordo com a idade gestacional, com isso a experiência da equipe e a infraestrutura hospitalar são relevantes para o melhor resultado. O atendimento do parto, diante da prematuridade, deve priorizar os seguintes objetivos: de reconhecer e saber valorizar as alterações de vitalidade fetal intraparto e identificar qual a melhor via de parto para o feto em apresentação cefálica e pélvica. Preconiza-se a presença de pelo menos dois médicos obstetras, anestesista experiente, e uma equipe multidisciplinar com qualidade técnica e integração; a existência de uma Unidade de Terapia Intensiva (UTI) neonatal é indispensável (ZUGAIB, 2016).

A assistência no parto pré termo, deve contar com equipe multidisciplinar, acompanhada por pediatra na sala, destacando a necessidade de manobras de reanimação e manuseio criterioso do recém-nascido; são procedimento sinerentes a esse momento a aspiração, o aquecimento, o índice de apagar e a ligadura do cordão (MONTENEGRO, 2011).

4 METODOLOGIA

4.1 Tipo de pesquisa

Trata-se de estudo de campo, de caráter descritivo retrospectivo, do tipo documental. O estudo de campo se baseia no aprofundamento das questões propostas, é voltado a evidenciar uma comunidade de trabalho, de estudo, de lazer ou voltada para qualquer outra atividade humana. São usados procedimentos, tais como, análise de documentos, filmagem e fotografias para obter as informações. Deste o modo o pesquisador realiza a maior parte do trabalho pessoalmente, pois elenca a importância de ter essa experiência direta com a situação estudada (GIL, 2010).

Segundo Gil (2010), a pesquisa descritiva tem como objetivo principal expor características de uma certa população ou fenômeno, ou a implantação de relações entre variáveis, uma das suas características principais é o uso de técnicas padrões para a coleta de dados. Dentre elas destacam-se aquelas que visam estudar as características de um grupo conforme idade, sexo, procedência, nível de escolaridade, estado de saúde, entre outros. Fazem parte desse tipo de estudo as pesquisas que buscam levantar opiniões, atitudes e crenças de uma população.

A pesquisa documental se aproxima muito da pesquisa bibliográfica, o que as difere é a na natureza das fontes. Enquanto a pesquisa bibliográfica utiliza material de diversos autores sobre determinado assunto, a pesquisa documental vale-se de materiais que não recebem ainda um tratamento analítico, ou que ainda podem ser reestruturados de acordo com os objetos da pesquisa. Existem os documentos “de primeira mão”, que não receberam nenhum tratamento analítico, esses são aqueles conservados em arquivos de órgãos públicos e instituições privadas, tais como associações científicas, igrejas, sindicatos, partidos políticos etc. Incluem-se aqui inúmeros outros documentos como cartas pessoais, diários, fotografias, gravações, memorandos, regulamentos, ofícios, boletins, entre outros (GIL, 2010). Saks e Allsop (2011) argumenta que a pesquisa documental relacionada à saúde engloba qualquer registro relativo a indivíduos ou grupos de indivíduos gerada no curso da vida diária, esses registros podem ser gerados por terceiros, como, por exemplo, em um hospital que pode ao longo do tempo elaborar um conjunto de registros com informações dos pacientes. A evidência documental pode assumir diversas formas, sendo que a tradicional e mais predominante é o texto escrito como em registros hospitalares, cartas e diários. Esse tipo de pesquisa documental permite ao pesquisador elaborar conclusões baseadas em documentos criados pelos outros.

Segundo Pádua (2012, p. 68-69), a pesquisa documental:

É aquela realizada a partir de documentos, contemporâneos ou retrospectivos, considerados cientificamente autênticos (não fraudados); tem sido largamente utilizada nas ciências sociais, investigação histórica, a fim de descrever /comparar fatos sociais, estabelecendo suas características ou tendências; além das fontes primárias, os documentos propriamente ditos, utilizam-se as fontes chamadas secundárias, como dados estatísticos, elaborados por institutos especializados e considerados confiáveis para a realização da pesquisa.

4.2 Local da pesquisa

O estudo foi realizado em um Hospital de Referência localizado na região central do Rio Grande do Sul. Possui cerca de 23 mil metros quadrados de área construída, 232 leitos, 975 funcionários (fev./2017) distribuídos em quatro turnos de trabalho e 226 médicos que compõem o Corpo Clínico.

Trata-se de uma entidade filantrópica, sem fins lucrativos, reconhecida como de Utilidade Pública Federal, Estadual e Municipal. Realiza atendimentos a pacientes internados e ambulatoriais e oferece serviços de diagnóstico e tratamento com procedimentos inéditos na região. Desde 2012 atua como Hospital de Ensino, credenciado como unidade de assistência em alta complexidade cardiovascular. Em 2013, o Hospital passou a oferecer Residência Multiprofissional Integrada em Saúde. Atualmente é referência em Alta Complexidade em Traumatologia/Ortopedia e referência obstétrica para gestantes de alto risco para região.

O Hospital conta com uma infraestrutura preparada e equipada para bem atender à família e ao recém-nascido. A maternidade é composta de 35 leitos, sendo 22 para atendimentos SUS em enfermarias e 13 leitos para atendimentos semiprivativos, privativos para clientes particulares e conveniados, destinados ao atendimento ginecológico e obstétrico. Segundo dados fornecidos pelo Hospital de Referência, no ano de 2016, ocorreu um total de 1.881 partos, uma média mensal de aproximadamente 157 partos, onde desses 1.373 foram partos cesárea e 514 partos normais, podemos destacar ainda que desses 363 nasceram antes das 37 semanas de gestação.

4.3 Coleta de dados

Esse estudo foi realizado através da análise de prontuários de mulheres que tiveram partos prematuros, antes das 37 semanas de gestação, no período de janeiro a dezembro de 2017. Desta forma, o presente estudo não utiliza uma amostragem de sujeitos, e sim, uma população. Para Perovano (2016), pode-se simplificar o estudo utilizando um fragmento que represente uma população, denominado amostra populacional, caracterizado pela seleção de elementos de uma população. Segundo Diehl (2004), população é um conjunto de elementos que podem ser mensurados respeitando as variáveis que pretende-se estudar, é formada por pessoas, famílias, empresas ou outro tipo de elemento e depende do objetivo da população.

A proposta inicial de coleta de dados de uma população de gestantes que tiveram partos prematuros foi substituída pela seleção de uma amostra, devido à dificuldade de acesso ao número total de prontuários. Os mesmos foram disponibilizados gradualmente, e como havia um período determinado para a realização das coletas de dados, diante de dificuldades operacionais encontradas (como diminuição de pessoal para a separação dos prontuários, e devido a alguns prontuários estarem sob faturamento) não foi possível acesso a todos os prontuários necessários, conseqüentemente, o formulário de coleta foi aplicado em 118 prontuários, sendo esses selecionados aleatoriamente.

Nessa instituição hospitalar os prontuários, após processamento, são armazenados no Serviço de Arquivamento Médico e Estatístico (SAME), essa unidade configura uma rica fonte de informações para pesquisas científicas na área da saúde. Suas principais atividades são a organização, arquivamento e guarda de prontuários mensais; o atendimento ao público interno (médicos, médicos preceptores e residentes, acadêmicos e outros funcionários de diversas áreas).

4.4 Instrumento para a coleta de dados

A coleta dos dados foi realizada através da aplicação de um formulário estruturado (Apêndice A), composto por itens de fácil compreensão, para que assim haja uma melhor análise das informações e para obtenção e alcance dos objetivos da pesquisa. O formulário consiste em um catálogo ou lista onde as informações são colhidas em primeira mão pelo pesquisador, é um instrumento flexível que pode sofrer adaptações quando necessário, é indicado para coleta de dados mais complexos e objetivos, e que contribui para a diminuição de erros de preenchimento, tornando-se um facilitador para a coleta de dados. Em contrapartida,

o fato de só conseguir aplicar um formulário por vez, torna a coleta mais cara e lenta (MASCARENHAS, 2012). Diehl (2004) destaca o formulário como uma ferramenta importante para a coleta de dados, caracterizada como uma lista formal, catálogo ou inventário destinado a obter as informações necessárias, e o preenchimento deste é realizado pelo próprio pesquisador.

Após a autorização da instituição foi realizado um documento com o detalhamento dos critérios da pesquisa uma busca dos registros que possibilitam a distinção dos prontuários através de uma análise inicial de dados, verificando todos os partos ocorridos no ano de 2017, de janeiro a dezembro. Desses foram selecionados aqueles que realizaram o parto antes das 37 semanas de gestação, caracterizando assim o parto prematuro. Após essa seleção foi aplicado o instrumento para a coleta de dados, diretamente nos prontuários impressos.

4.5 Procedimentos operacionais e éticos

O primeiro passo foi o envio de um ofício para a instituição hospitalar, solicitando a permissão para a realização da pesquisa. Após, o projeto foi enviado ao Comitê de Ética e Pesquisa (CEP) da UNISC para apreciação e sua aprovação tem número do Parecer 2.544.015 e CAAE:84079318.6.0000.5343 (Anexo A). Com a aprovação do CEP, foi enviada solicitação à instituição para início da coleta de dados, juntamente com o detalhamento dos critérios da pesquisa, e acesso ao SAME, para aplicar o formulário em prontuários de mulheres que tiveram partos prematuros no decorrer do ano de 2017. Essa pesquisa segue os princípios da resolução 466/12, pesquisa que envolve seres humanos do Conselho Nacional de saúde. Os dados coletados serão utilizados exclusivamente para fins de pesquisa e serão divulgados em eventos e publicações científicos. Os resultados do estudo serão apresentados à instituição hospitalar e a profissionais da área.

4.6 Análise dos dados

Os dados foram digitados em planilha *Excel* e submetidos a uma análise descritiva quantitativa, em frequências absolutas e relativas. Foram elaboradas tabelas para ilustrar a apresentação dos mesmos.

5 ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS DADOS

No ano de 2017, ocorreram na instituição hospitalar onde o estudo se desenvolveu, 1.894 partos. Desses, 259 ocorreram antes das 37 semanas de gestação, configurando uma taxa de prematuridade equivalente a 13,67% de todos os nascimentos ocorridos no período. Em função dos fatores anteriormente descritos na metodologia, a pesquisa compilou uma amostra de 118 (45,55%) prontuários de mulheres que tiveram partos prematuros, esses foram analisados, nos quais foi aplicado o formulário para a coleta de dados, seguido pela elaboração de tabelas para a apresentação dos resultados. Em um estudo realizado por *Tabile et al.*(2016), desenvolvido na mesma instituição hospitalar que o presente estudo, em uma análise retrospectiva dos nascimentos prematuros de 2009 a 2014, evidenciou uma taxa de prematuridade de 11,72% semelhante a encontrada nesse estudo.

A Tabela 1, a seguir, aponta que as mulheres que apresentaram o maior percentual de partos prematuros são aquelas que se encontram nas faixas etárias de 21 a 30 anos e de 31 a 40 anos; de raça branca (78,09%); solteiras (62,71%) como estado civil; residentes na área urbana (82,2%); com Ensino Médio completo (28,81%); assalariadas (56,78%). Sendo necessário salientar que parturientes com Ensino Fundamental Incompleto (16,10%) e completo (23,72%), quando somados apresentam maior índice (39,82%), deste modo, a baixa escolaridade é um fator relevante no presente estudo desenvolvido.

Tabela 1 – Perfil sócio demográfico e ocupacional por faixa etária das parturientes
(continua)

	15 a 20 anos	21 a 30 anos	31 a 40 anos	Acima de 40 anos	Total
Parturientes	13 (11,01%)	52 (44,06%)	48 (40,67%)	5 (4,23%)	118 (100%)
Raça					
Branca	8 (6,77%)	35 (29,66%)	45 (38,13%)	5 (4,23%)	93 (78,9%)
Negra	0	11 (9,3%)	2 (1,69%)	0	13 (11%)
Parda	5 (4,23%)	6 (5,08%)	1 (0,84%)	0	12 (10,1%)
Município					
Santa Cruz do Sul	10 (8,4%)	41 (34,74%)	39 (33,05%)	5 (4,23%)	95 (80,5%)
Outro	3 (2,5%)	11 (9,3%)	9 (7,6%)	0	23 (19,5%)
Zona					
Rural	5 (4,23%)	9 (7,6%)	7 (5,93%)	0	21 (17,8%)
Urbana	8 (6,77%)	43 (36,44%)	41 (34,74%)	5 (4,23%)	97 (82,2%)
Situação conjugal					
Solteira	11 (9,3%)	36 (30,50%)	24 (20,33%)	3 (2,54%)	74 (62,71%)
Casada	2 (1,69%)	10 (8,47%)	17 (14,40%)	1 (0,84%)	30 (25,42)
União estável	0	6 (5,08%)	6 (5,08%)	0	12 (10,16%)
Divorciada	0	0	1 (0,84%)	1 (0,84%)	2 (1,69%)

Tabela 1 – Perfil sócio demográfico e ocupacional por faixa etária das parturientes
(conclusão)

	15 a 20 anos	21 a 30 anos	31 a 40 anos	Acima de 40 anos	Total
Convênio					
SUS	13 (11,01%)	45 (38,13%)	26 (22,03%)	4 (3,38%)	88 (74,58)
Outro	0	7 (5,93%)	22 (18,64%)	1 (0,84%)	30 (25,42%)
Ocupação					
Assalariada	0	25 (21,18%)	38 (32,20%)	4 (3,38%)	67 (56,78%)
Agricultora	1 (0,84%)	3 (2,54%)	6 (5,08%)	0	10 (8,47%)
Estudante	0	1 (0,84%)	0	0	1 (0,84%)
Do lar	12 (10,16%)	20 (16,94%)	4 (3,38%)	1 (0,84%)	37 (31,35%)
Autônoma	0	3 (2,54%)	0	0	3 (2,54%)
Escolaridade					
Fund. Incomp.	5 (4,23%)	6 (5,08%)	6 (5,08%)	2 (1,69%)	19 (16,10%)
Fund. Completo	4 (3,38%)	16 (13,55%)	8 (6,77%)	0	28 (23,72%)
Méd. Incompleto	2 (1,69%)	2 (1,69%)	2 (1,69%)	1 (0,84%)	7 (5,93%)
Méd. Completo	2(1,69%)	19 (16,10%)	13 (11,01%)	0	34 (28,81%)
Sup. Incompleto	0	5 (4,23%)	4 (3,38%)	0	9 (7,62%)
Sup. Completo	0	4 (3,38%)	15 (13%)	2 (1,69%)	21 (19,79%)

Fonte: Dados da pesquisa, 2018.

Menetrier (2015), em um estudo de caráter semelhante realizado em um hospital de referência, registrou um maior número de partos prematuros ocorridos em mulheres que possuíam 17 a 25 anos (41,5%), seguidas por mulheres com 26 a 35 anos (36,2%), com ensino médio completo. Barbosa (2017), em um estudo realizado no Piauí, elencou o perfil sócio demográfico das gestantes que tiveram partos prematuros, com maior número na faixa etária dos 20 a 35 anos, porém, destacou um índice significativo de adolescentes, verificou-se divergências quanto à esse estudo, como o número de assalariadas que apresentou-se inferior ao apresentado nesta pesquisa. Esse mesmo autor relaciona a menor incidência de mulheres com atividade remunerada à baixa escolaridade, evidenciando as condições socioeconômicas desfavoráveis, sendo considerada um determinante para o entendimento das ações em saúde.

Sobre o perfil sócio demográfico, Berger *et al.* (2016), apresentou resultados de sua pesquisa realizada na zona Sul de São Paulo, no qual, a faixa etária predominante foi a menor de 20 anos; a raça foi a parda; com ensino médio; solteiras como estado civil; a maioria não exercia atividade remunerada. Deste modo é possível observar que os dados do estudo aqui apresentados, no que se refere a remuneração, diverge dos estudos realizados em São Paulo e Piauí, o que conduz para a reflexão que aspectos ocupacionais tem impacto no comportamento da prematuridade.

No presente estudo identificou-se que o atendimento prestado predominante foi através do Sistema Único de Saúde (SUS) com 74,58%, para 25,42% outro convênio.

Segundo a Tabela 2, o percentual entre parturientes primíparas (45,76%) e multíparas (54,23%) se assemelham, 17,79% sofreram abortos anteriores e 48,30% equivalem aos nascidos vivos. No entanto, cabe salientar que foram encontrados poucos dados referentes aos nascimentos anteriores, principalmente sobre nascidos prematuros e intervalo interpartal. Tais resultados são corroborados por Gonzaga (2016) em um estudo sobre a atenção pré natal e os fatores de risco associados à prematuridade, onde o número de primíparas (41,3%) e multíparas (58,7%) se aproximaram. Quanto ao pré natal, nesse estudo o maior índice de registros ocorreu na rede pública (50,84%), tendo iniciado no 1º trimestre da gestação (77,11%) e realizado de 5 a 8 consultas (50%); com sorologias negativas em 83,89% dos casos. Menetrier (2015), destacou, entre as características da assistência prestada a gestante com parto prematuro, o início do pré-natal no primeiro trimestre, a realização de mais de 6 consultas e idade gestacional de 33 a 36 semanas. Barbosa (2017), realizou um estudo, no norte do país, com parturientes de nascidos vivos em um hospital público; onde a maioria dos partos (51,7%) foram de mulheres primíparas, 70,6% realizaram no mínimo seis consultas pré-natais.

Tabela 2 – Dados obstétricos e do pré-natal por faixa etária das parturientes

(continua)

	15 a 20 anos	21 a 30 anos	31 a 40 anos	Acima de 40 anos	Total
Parturientes	13 (11,01%)	52 (44,06%)	48 (40,67%)	5 (4,23%)	118 (100%)
Gestação anterior					
Sim	7 (5,93%)	23 (19,49%)	31 (26,27%)	3 (2,54%)	64 (54,23%)
Não	6 (5,08%)	29 (25,57%)	17 (14,40%)	2 (1,69%)	54 (45,76%)
Intervalo interpartal					
Menor de 1 ano	1 (0,84%)	0	0	0	1 (0,84%)
1 a 2 anos	2 (1,69%)	0	0	0	2 (1,69%)
2 a 5 anos	2 (1,69%)	3 (2,54%)	0	0	5 (4,23%)
5 a 10 anos	0	0	0	0	0
> 10 anos	0	1 (0,84%)	0	0	1 (0,84%)
Sem registro	1 (0,84%)	14 (11,86%)	25 (21,18%)	3 (2,54%)	43 (36,44%)
Aborto anterior					
Sim	2 (3,12%)	13 (11,01%)	6 (5,08%)	0	21 (32,81%)
Não	5 (4,23%)	10 (8,47%)	25 (21,18%)	0	40 (33,89%)
Nascidos vivos					
Sim	6 (5,08%)	18 (15,25%)	30 (25,42%)	3 (2,54%)	57 (48,30%)
Não	1 (0,84%)	5 (4,23%)	1 (0,84%)	0	7 (5,93%)

Tabela 2 – Dados obstétricos e do pré-natal por faixa etária das parturientes

(conclusão)

	15 a 20 anos	21 a 30 anos	31 a 40 anos	Acima de 40 anos	Total
Nascido prematuro					
Sim	1 (0,84%)	0	3 (2,54%)	0	4 (3,38%)
Não	5 (4,23%)	0	1 (0,84%)	0	6 (5,08%)
Sem registro	6 (5,08%)	18 (15,25%)	26 (22,03%)	3 (2,54%)	53 (44,91%)
Onde realizou o pré-natal					
Rede pública	12 (10,16%)	30 (25,42%)	14 (11,86%)	4 (3,38%)	60 (50,84%)
Rede privada	0	13 (11,01%)	23 (19,49%)	1 (0,84%)	37 (31,3%)
Sem registro	1 (0,84%)	9 (7,62%)	11 (9,32%)	0	21 (17,79%)
Nº de consultas no pré-natal					
1-4	3 (2,54%)	7 (5,93%)	7 (5,93%)	2 (1,69%)	19 (16,10%)
5 -8	10 (8,47%)	28 (23,72%)	19 (16,10%)	2 (1,69%)	59 (50%)
9 ou mais	0	16 (13,55%)	17 (14,40%)	1 (0,84%)	34 (28,81%)
Sem registro	0	1 (0,84%)	5 (4,23%)		6 (5,08%)
Início do pré-natal					
1º trimestre	9 (7,62%)	42 (5,59%)	37 (31,35%)	3 (2,54%)	91 (77,11%)
2º trimestre	4 (3,38%)	9 (7,62)	5 (4,23%)	2 (1,69%)	20 (16,94%)
3º trimestre	0	1 (0,84%)	2 (1,69%)	0	3 (2,54%)
Sem registro	0	0	4 (3,38%)	0	4 (3,38%)
Sorologias					
Negativas	12 (10,16%)	47 (39,43%)	36 (30,50%)	4 (3,38%)	99 (83,89%)
Alteradas	0	1 (0,84%)	1 (0,84%)	1 (0,84%)	3 (2,54%)
Sem registro	1 (0,84%)	4 (3,38)	11 (9,32%)	0	16 (13,55%)

Fonte: Dados da pesquisa, 2018.

De acordo com a Tabela 3, o parto cesárea foi o que apresentou o maior índice percentual (72,88%), esse dado corrobora as pesquisas realizadas por Gonzaga (2016) e Menetrier (2015). A gestação única é predominante, com 89,88%, sendo que ocorreu em sua maioria na faixa etária dos 21 a 30 anos (38,13%), com idade gestacional de 32 a 37 semanas; a gestação gemelar teve um percentual de 10,16%, desses 5,93% ocorreu na faixa etária dos 21 a 30 anos; a apresentação fetal foi a cefálica (84,74%). Machado (2016), destaca em seu estudo que a prematuridade tardia ocorre em 70% dos casos, ainda afirma que a ocorrência da prematuridade tardia é variável, sendo maior nos países em desenvolvimento.

Tabela 3 – Dados do parto por faixa etária das parturientes

(continua)

	15 a 20 anos	21 a 30 anos	31 a 40 anos	Acima de 40 anos	Total
Parturientes	13 (11,01%)	52 (44,06%)	48 (40,67%)	5 (4,23%)	118 (100%)
Tipo de gravidez					
Única	12 (10,16%)	45 (38,13%)	44 (37,28%)	5 (4,23%)	106 (89,83%)
Gemelar	1 (0,84%)	7 (5,93%)	4 (3,38%)	0	12 (10,16%)

Tabela 3 – Dados do parto por faixa etária das parturientes

	15 a 20 anos	21 a 30 anos	31 a 40 anos	Acima de 40 anos	Tota1
(conclusão)					
Tipo de parto					
Normal	4 (3,38%)	14 (11,86%)	12 (10,16%)	2 (1,69%)	32 (27,11%)
Cesárea	9 (7,62%)	38 (32,20%)	36 (30,50%)	3 (2,54%)	86 (72,88%)
Fórceps	0	0	0	0	0
Idade gestacional					
Menor 28 sem.	0	3 (2,54%)	1 (0,84%)	1 (0,84%)	5 (4,23%)
28 a 32 sem.	1 (0,84%)	3 (2,54%)	8 (6,77%)	1 (0,84%)	13 (12,71%)
32 a 37sem.	12 (10,16%)	46 (38,98%)	39 (33,05%)	3 (2,54%)	100 (84,74%)
Apresentação fetal					
Cefálico	11 (9,32%)	48 (40,67%)	37 (31,35%)	4 (3,38%)	100 (84,74%)
Pélvico	2 (1,69%)	4 (3,38%)	11 (9,32%)	1 (0,84%)	18 (15,25%)
Podalico	0	0	0	0	0
Indicação do parto					
Pré-eclâmpsia	2 (1,69%)	8 (6,77%)	13 (11,01%)	2 (1,69%)	25 (21,18%)
Sínd. de Hellp	0	3 (2,54%)	2 (1,69%)	0	5 (4,23%)
RCIU	1 (0,84%)	4 (3,38%)	3 (2,54%)	0	8 (6,77%)
Oligodramnio	0	1 (0,84%)	0	0	1 (0,84%)
Placenta prévia	1 (0,84%)	1 (0,84%)	0	0	2 (1,69%)
DPP	0	1 (0,84%)	2 (1,69%)	0	3 (2,54%)
TPP	6 (5,08%)	21 (17,79%)	15 (12,71%)	0	42 (35,59%)
Rupreme	3 (2,54%)	12 (10,16%)	11 (9,32%)	2 (1,69%)	28 (23,72%)
Hemorragias	0	0	1 (0,84%)	1 (0,84%)	2 (1,69%)
Outro	0	1 (0,84%)	1 (0,84%)	0	2 (1,69%)

Fonte: Dados da pesquisa, 2018.

RCIU = Restrição de Crescimento Intrauterino; DPP = Descolamento Prematura da Placenta; TPP = Trabalho de Parto Prematuro; Rupreme = Ruptura Prematura de Membranas.

Entre às principais indicações do parto destacam-se o Trabalho de Parto Prematuro (TPP), Ruptura Prematura de Membranas e Pré Eclâmpsia, que obtiveram 35,59%, 23,72% e 21,18%, respectivamente. Menetrier (2016) elencou, em seu estudo, como principais intercorrências do período gestacional, o Trabalho de Parto Prematuro, juntamente com as alterações no volume do líquido amniótico e, diferente deste, também citou a diabetes mellitus gestacional (DMG), hipotireoidismo, hipertireoidismo, obesidade mórbida, depressão e esquizofrenia. Já Gonzaga (2016) apontou como as intercorrências mais frequentes, a pré-eclâmpsia, Oligodramnio e o deslocamento prematuro de placenta. Pohlmann (2016), em uma revisão integrativa sobre o parto prematuro, com abordagens presentes na produção científica nacional e internacional ressaltou que os riscos relacionados ao trabalho de parto prematuro estão diretamente associados a placenta prévia, diabetes e doença cardiovascular

Berger *et al.* (2016) ressalta que grande parte dos prematuros advindos de gravidez com pré eclâmpsia, necessitaram de cuidados intensivos. Consequentemente pode perceber que as

síndrome hipertensivas gestacionais favorecem o nascimento prematuro e a consequente hospitalização em Unidade de Terapia Intensiva sendo consideradas, portanto, de alto risco gravídico e perinatal.

A Tabela 4 apresenta os dados que caracterizam o perfil do recém-nascido prematuro; o sexo que predominou foi masculino (52,54%), com peso entre 1.501 g a 2.500 g (49,15%), sendo que destes, 43,22% ocorreram na idade gestacional de 32 a 37 semanas. Conforme os dados registrados, 4,54% dos casos tiveram má formação e o mesmo índice foi encontrado para recém-nascidos que necessitaram de reanimação.

Tabela 4 – Dados do recém-nascido por idade gestacional das parturientes

(continua)

	Menor de 28 semanas	28 a 32 semanas	32 a 37 semanas	Total
Parturientes	5 (4,23%)	13 (11,01%)	100 (84,64%)	118(100%)
Sexo do recém-nascido				
Masculino	3 (2,54%)	6 (5,08%)	53 (44,91%)	62 (52,54%)
Feminino	2 (1,69%)	7 (5,9%)	47 (39,83)	56 (47,46%)
Peso ao nascimento				
Menos de 1000g	5 (4,23%)	3 (2,54%)	0	8 (6,77%)
1001 a 1500g	0	3 (2,54%)	3 (2,54%)	6 (5,08%)
1501 a 2500g	0	7 (5,9%)	51 (43,22%)	58 (49,15%)
2500 a 3000g	0	0	35 (29,66%)	35 (29,66)
Acima de 3000g	0	0	11 (9,32%)	11 (9,32%)
Má formação congênita				
Sim	1 (0,84%)	2 (1,69%)	2 (1,69%)	5 (4,24%)
Não	4 (3,38%)	11 (9,32%)	98 (83,05%)	113 (95,76%)
Necessidade de reanimação neonatal				
Sim	2 (1,69%)	2 (1,69%)	1 (0,84%)	5 (4,24%)
Sem registro	3 (2,54%)	11 (9,32%)	99 (83,89%)	113 (95,76%)
Após nascer, o RN foi para:				
Aloj. Conjunto	0	0	16 (15,55%)	16 (15,55%)
UCI	0	0	29 (24,57%)	29 (24,57%)
UTI Neonatal	4 (3,38%)	13 (12,71%)	55 (46,62%)	72 (61,01%)
Óbito	1 (0,84%)	0	0	1 (0,84%)
Complicações neonatais*				
DMH	3 (2,54%)	5 (4,23%)	2 (1,69%)	10 (8,47%)
SARRN	1 (0,84%)	9 (7,62%)	29 (24,57%)	39 (33,05%)
Sepse	3 (2,54%)	9 (7,62%)	16 (15,55%)	28 (23,72%)
HIC	3 (2,54%)	2 (1,69%)	2 (1,69%)	7 (5,93%)
Cardiopatia	1 (0,84%)	1 (0,84%)	1 (0,84%)	3 (2,54%)
HP	0	0	1 (0,84%)	1 (0,84%)
Anóxia	1 (0,84%)	2(1,69%)	3 (2,54%)	4 (3,38%)
Hipoglicemia	0	1 (0,84%)	7 (5,93%)	8 (6,77%)
Óbito	2 (1,69%)	0	0	0
Enterocolite	0	1 (0,84%)	0	1 (0,84%)
Hipoglicemia	0	1 (0,84%)	7 (5,93%)	8 (6,77%)

Tabela 4 – Dados do recém-nascido por idade gestacional das parturientes
(conclusão)

	Menor de 28 semanas	28 a 32 semanas	32 a 37 semanas	Total
Complicações neonatais*				
Dist. de coagulação	0	0	4 (3,38%)	4 (3,38%)
Pnm. congênita	0	0	3 (2,54%)	3 (2,54%)
Outras	0	2 (1,69%)	3 (2,54%)	5 (4,23%)

Fonte: Dados da pesquisa, 2018.

*Os recém-nascidos apresentaram uma ou mais complicações durante a internação.

UCI = Unidade de Cuidados Intermediários; UTIN = Unidade de Terapia Intensiva Neonatal; DMH = Doença da Membrana Hialina; SARRN = Síndrome da Angústia Respiratória do Recém-nascido; HIC = Hemorragia Intracraniana; HP = Hipertensão Pulmonar; Pnm. = Pneumonia.

Nesta pesquisa, os dados obtidos configuram um elevado índice de prematuros tardios, com idade gestacional entre 32 e 37 semanas, remetendo um alto percentual de internação em UTI neonatal (61,01%); as complicações neonatais mais comuns entre os recém-nascidos que necessitaram de internação em unidades como Unidade de Cuidados Intermediários e UTI foram a Síndrome da Angústia Respiratória do Recém Nascido (SARRN), sepse e Doença da Membrana Hialina (DMH) com 33,05%, 23,72% e 8,47%, respectivamente. Damian *et al.* (2016), em seu estudo destacou a prematuridade como a principal causa de internação (69,6%) em Unidade de Terapia Intensiva, seguida da doença da membrana hialina (DMH) (41,3), disfunção respiratória (11,2%) e Taquipnéia Transitória do Recém-Nascido (TTRN) (10,4). Esse mesmo autor confirma, que houve predominância de prematuros do sexo masculino e confirma que o sexo masculino apresenta um processo mais lento de maturidade pulmonar.

Costa (2015) realizou uma relação comparativa entre os prematuros tardios com o recém-nascido a termo, ressaltando que a morbimortalidade está diretamente relacionada à idade gestacional e que os problemas respiratórios e a hipoglicemia são mais frequentes nos prematuros tardios quando comparados aos RN a termo. Sabe-se que estes prematuros, embora apresentem peso adequado, fisiológica e metabolicamente são imaturos, podendo ser mais propensos a desenvolverem a doença de membrana hialina e taquipnéia transitória. Em relação ao peso do recém-nascido ao nascer, Menetrier (2016), em seus resultados, encontrou dados similares ao desta pesquisa, 56,9% com peso de 1500g a 2500g, caracterizando o baixo peso ao nascer. Oliveira (2016) destacou que o baixo peso ao nascer tem quatro vezes mais chances de estar associado ao nascimento prematuro, sendo, portanto, um fator de risco relacionado à morbimortalidade neonatal. Quanto a sepse neonatal, Oliveira *et al.* (2016), concluiu que a prematuridade e baixo peso ao nascer prevaleceram em todos os estudos como fator preditivo

de maior incidência, já a idade gestacional, a infecção do trato urinário e a ruptura prematura das membranas foram os principais fatores de risco para sua ocorrência.

A partir da análise da Tabela 5 identificam-se as principais hábitos e morbidades gestacionais, nela evidencia-se um alto índice de ausência de registros sobre uso do álcool, drogas, tabagismo, hipertensão, diabetes e infecções. Os dados encontrados referem que a hipertensão arterial afeta 27,96% das parturientes, sendo dessas 12,71% prévia e 15,25% adquirida no período gestacional; entre as infecções, a infecção do trato urinário afeta 12,71% dos casos. Entre os casos analisados, o índice de mulheres portadoras de HIV e sífilis foram de 0,84% e 1,69%, respectivamente.

Tabela 5 – Antecedentes pessoais e morbidades por idade gestacional das parturientes

	Menor de 28 semanas	28 a 32 semanas	32 a 37 semanas	Total
Parturientes	5 (4,23%)	13 (11,01%)	100 (84,64%)	118(100%)
Hipertensão arterial				
Prévia	3 (2,54%)	4 (3,38%)	6 (5,08%)	13 (12,71%)
Gestacional	1 (0,84%)	5 (4,23%)	12 (10,16%)	18 (15,25%)
Sem registro	1 (0,84%)	4 (3,38%)	82 (69,49%)	87 (73,72%)
Diabetes				
Prévia	0	0	1 (0,84%)	1 (0,84%)
Gestacional	0	1 (0,84%)	9 (7,62%)	10 (8,47%)
Sem registro	5 (4,23%)	12 (10,16%)	90 (76,27%)	107 (90,67%)
Tabagismo				
Sim	1 (0,84%)	1 (0,84%)	8 (6,77%)	10 (8,47%)
Sem registro	4 (3,38%)	12 (10,16%)	92 (77,96%)	108 (91,52%)
Uso de álcool				
Sim	1 (0,84%)	0	0	1 (0,84%)
Sem registro	4 (3,38%)	13 (12,71%)	100 (84,74%)	117 (99,15%)
Uso de drogas				
Sim	2 (1,69%)	0	0	2 (1,69%)
Sem registro	3 (2,54%)	13 (12,71%)	100 (84,74%)	117 (99,15%)
Infecções				
Trato genital	0	0	3 (2,54%)	3 (2,54%)
Trato urinário	0	2 (1,69%)	11 (9,32%)	13 (12,71%)
Periodontal	0	0	1 (0,84%)	1 (0,84%)
Toxoplasmose	0	0	2 (1,69%)	2 (1,69%)
Sem registro	5 (4,23%)	11 (9,32%)	83 (70,33%)	99 (93,99%)
HIV				
Sim	0	0	1 (0,84%)	1 (0,84%)
Não	5 (4,23%)	13 (12,71%)	99 (83,89)	117 (99,15%)
Sífilis				
Sim	0	0	2(1,69%)	2 (1,69%)
Não	5 (4,23%)	13 (12,71%)	98 (83,05%)	116 (98,30%)

Fonte: Dados da pesquisa, 2018.

Em uma pesquisa realizada na região central do Rio Grande do Sul, em 2017, com o objetivo de destacar as características das gestantes de alto risco, Janisch *et al.*(2017) registrou que a Hipertensão Arterial Sistêmica atinge 21% e a Diabetes Mellitus Gestacional afeta 12,9% das gestantes em geral e com maior prevalência nas mulheres de raça branca. Diversos autores têm concluído que a presença de síndromes hipertensivas na gestação está relacionada diretamente com o parto prematuro, outro fator relacionado é a infecção do trato urinário, ressalta ainda que a hipertensão arterial foi a doença predominante e aparece como complicação mais comum na gravidez, sendo a principal causa de morbimortalidade materna (BERGER *et al.*,2016). Costa *et al.* (2016) realizou um estudo visando traçar o perfil epidemiológico das gestantes de alto risco, nele reforça que 88,5% das gestantes possuíam antecedentes familiares de doença crônica, sendo 63,9% com hipertensão arterial; e elencou que 52,5% possuíam histórico de infecção urinária.

Em relação as antecedentes pessoais, Berger (2016), assim como nesse estudo, encontrou resultados pouco significativos relacionado ao uso do tabaco, álcool e drogas ilícitas. Miranda (2017), realizou um estudo sobre o desfecho materno neonatal relacionado a diabetes que evidenciou a mulheres com diabetes gestacional estão mais propensas a desenvolverem hipertensão gestacional, percebeu-se também que o partos de mulheres com Diabetes gestacionais ocorriam com idades gestacionais inferiores e parto cesariana ocorreu em maior número com a justificativa de desproporção cefálio-pélvico.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A prevalência da prematuridade é fator que preocupa gestores de saúde em todo o país. A prematuridade constitui-se como um problema de saúde pública complexo que engloba inúmeros fatores que variam conforme a região. Com a realização do presente estudo, ao identificar o perfil sócio demográfico e ocupacional das parturientes que tiveram partos prematuros, considerou-se a faixa etária entre os 21 e 30 anos; raça branca; com ensino médio completo; solteira como estado civil; assalariadas, residentes na área urbana, notou-se que a idade materna, a remuneração, a raça e a escolaridade pode variar consideravelmente, deste modo, pode ser relacionado com as características da região estudada, ou seja, constatou-se que a raça branca apareceu em predominância, sendo importante salientar que a região estudada em sua maioria é colonizada por descendentes alemães, o que não é o caso, das mulheres residentes no norte do país e São Paulo, onde a raça parda teve maior prevalência.

Quanto aos antecedentes obstétricos, não houve concordância quanto à paridade, percebe-se que primíparas e múltiparas, apresentam índices semelhantes quanto à ocorrência de parto prematuro. Sobre o acompanhamento e adesão do pré natal, 50,84% dos registros são de acompanhamento na rede pública, iniciado no 1º trimestre da gestação; com 5 a 8 consultas conforme preconizado pelo Ministério da Saúde. A idade gestacional predominante caracteriza o perfil do prematuro tardio e além disso, a cesariana foi a via de parto preferencial em caso de prematuridade, ocorrendo predomínio do parto cesáreo em relação ao parto vaginal. Sabe-se que essa realidade, de um percentual elevado de indicação de cesárea, possa ter sofrido influência dos riscos inerentes ao trabalho de parto prematuro e potencializados pelos fatores de risco associados, como a idade materna, e complicações obstétricas como descolamento de placenta, pré eclampsia e ruptura prematura de membranas. Entre as principais morbidades encontradas a infecção urinária e hipertensão, e são associadas diretamente ao trabalho de parto prematuro.

Quanto ao recém-nascido, o prematuro tardio apresentou maior predominância, baixo peso ao nascer, de sexo masculino apresentou-se mais suscetível a internação na unidade de Terapia Intensiva com complicações graves, como distúrbios respiratórios e sepse. A internação e os distúrbios respiratório se remetem ao sexo masculino maior propensão a distúrbios respiratórios como consequência da imaturidade pulmonar.

A atenção pré-natal tem um papel fundamental na promoção da saúde do binômio mãe-filho e prevenção dos nascimentos prematuros. É imprescindível a detecção precoce da gestante e o início prévio do pré-natal. Por meio deste, o profissional de saúde fará a identificação dos

riscos gestacionais para o nascimento prematuro, o tratamento das intercorrências e o encaminhamento para tratamento de maior complexidade. Nesse contexto, o papel do enfermeiro é fundamental, pois através da busca ativa, detecção precoce, provendo a acesso à informação com atenção integral a gestante, além de cumprimento do número mínimo de consultas preconizados, bem como local e atendimentos adequados para as consultas e a realização dos exames em cada trimestre, visando identificar previamente qualquer alteração no desenvolvimento da gestação, atentar para as condições socioeconômicas, antecedentes pessoais e obstétricos que refletem significativamente no pré parto e parto, condições do recém-nascido e puerpério.

Conhecer as características maternas e neonatais se faz necessário para a detecção precoce identificar praticas do cuidado que possam contribuir para uma melhor qualificação do atendimento prestado a gestante e ao recém-nascido, diminuir riscos e danos a integridade de ambos. É importante salientar que os registros são a melhorar maneira para acesso aos dados desde que sejam realizados por todos os profissionais de forma clara e fidedigna, as anotações devem ser verídicas para que a qualidade da assistência tenha continuidade. As causas da prematuridade envolvem fatores ambientais, socioeconômicos, hábitos de vida materna e a qualidade do pré-natal. Os dados encontrados nesse estudo demonstram a importância da realização do pré-natal adequado, como medida de prevenção de intercorrências como a prematuridade. Este estudo nos instiga a continuar com a pesquisa, para pensarmos em formas de cuidados e prevenção ao parto prematuro, pois descrevendo qual o perfil e os fatores de risco e o desfecho dos prematuros, profissionais da saúde tendem a ficar mais preparados para ações preventivas e estratégias visando a redução da taxa de prematuridade.

REFERÊNCIAS

ARAÚJO, L. A.; REIS, A. T. *Enfermagem na prática materno-neonatal*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2012.

BARBOSA, E. M. *et al.* Perfil sociodemográfico e obstétrico de parturientes de um hospital público. *Rev. Rene*, v. 18, n. 2, p. 227-33, mar./abr. 2017.

BARRIOS, M. E. A.; ALVARADO, G. F. Fatores de risco para parto prematuro em um hospital. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*, v. 1, n. 24, e2750, 2016.

BERGER, A. Z. *et al.* Parto prematuro: características das gestantes de uma população da zona sul de São Paulo. *Rev. Brasileira Mat. Infant.*, v. 16, n. 4, p. 437-45, out./dez. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. *Gestação de alto risco: manual técnico*. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Atenção ao pré-natal de baixo risco*. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2013.

BUENDGENS, B. B. *et al.* Características maternas na ocorrência da prematuridade tardia. *Rev. enferm.*, v. 11, Suppl. 7, p. 2897-906, jul. 2017.

DAMIAN, A. *et al.* Perfil de neonatos internados em unidade de tratamento intensivo neonatal: estudo transversal. *Arq. Cienc. Saúde*, v. 23, n. 2, p. 100-5, abr./jul. 2016.

DIEHL, A. A.; TATIM, D. C. *Pesquisa em ciências sociais aplicadas: métodos e técnicas*. São Paulo: Person Prentice Hall, 2004.

GIL, A. C. *Como elaborar projetos de pesquisa*. São Paulo: Editora Atlas, 2010.

GONZAGA, I. C. A. *et al.* Atenção pré natal e fatores de riscos associados à prematuridade e baixo peso ao nascer em capital do nordeste brasileiro. *Ciênc. saúde coletiva*, v. 21, n. 6, p. 1965-74, jun. 2016.

JANTSCH, P. F. *et al.* Principais características das gestantes de alto risco da região central do Rio Grande do Sul. *Destques Acadêmicos*, v. 9, n. 3, p. 272-282, 2017.

LACERDA, M. R.; COSTENARO, R. G. S. (Org.). *Metodologias da pesquisa para a enfermagem e saúde: da teoria à prática*. Porto Alegre: Editora, 2016.

MACHADO, A. K. F. *et al.* Prematuridade tardia no extremo sul do Brasil: um estudo de base populacional. *Rev. Bras. Saúde Matern. Infant.*, v. 16, n. 2, p. 121-8, abr./jun. 2016.

MARQUES, C. P. C. (Org.). *Redes de atenção à saúde: a Rede Cegonha*. Universidade Federal do Maranhão. UNA-SUS/UFMA. São Luís, 2015.

MARTINS-COSTA, S. H. (Org.). *Rotinas em obstetrícia*. 7. ed. Porto Alegre: Artmed, 2017.

MASCARENHAS, S. A. *Metodologia científica*. São Paulo: Pearson Education do Brasil, 2012.

MENETRIER, J. V.; ALMEIDA, G. Perfil epidemiológico de gestantes de alto risco com parto prematuro em hospital de referência. *Rev. Saúde e Pesquisa*, v. 9, n. 3, p. 433-441, set./dez. 2016.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. SINASC – Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos. SVS - Secretaria de Vigilância em Saúde. DATASUS – Secretaria Executiva. 2017.

MIRANDA, A. *et al.* Diabetes Gestacional: Avaliação dos Desfechos Maternos, Fetais e Neonatais. *Rev Port Endocrinol Diabetes Metab.*, v. 12, n. 1, p. 36-4, 2017.

MONTENEGRO, C. A. B. *Rezende: obstetrícia fundamental*. 12. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2011.

OLIVEIRA, L. L. *et al.* Fatores maternos e neonatais relacionados a prematuridade. *Rev. Esc. Enferm USP*, v. 50, n. 3, p. 382-9, maio/jun. 2016.

PÁDUA, Elisabete Matallo Marchesini de. *Metodologia da pesquisa: abordagem teórico-prática*. 17. ed. Campinas: Papyrus, 2012.

PEROVANO, D. G. *Manual de metodologia da pesquisa científica*. Curitiba: Dialógica (Intersaberes), 2016.

POHLMANN, F. C. *et al.* Parto prematuro: abordagens presentes na produção científica nacional e internacional. *Rev. Enfermaria Global*, vol. 1, n. 42, p. 398-409, 2016.

PORTO, A. M. F. *et al.* Características maternas em gestações com risco de prematuridade tardia. *Rev. Bras. Saúde Matern. Infant.*, v. 13, n. 2, p. 161-6, abr. /jun. 2013.

SAKS, M.; ALLSOP, J. (Org.). *Pesquisa em saúde: métodos qualitativos, quantitativos e mistos*. São Paulo: Roca, 2011.

SILVA, R. P. *et al.* Prematuridade: características maternas e neonatais segundo dados do sistema de informações sobre nascidos vivos. *Rev enfermagem*, v. 5, n. 7, p. 1349-55, abr./maio 2013.

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

SOARES A. D. A. S. *et al.* Complicações obstétricas do consumo de cocaína/crack na gestação: revisão integrativa, *Rev Enferm UFPE*, v. 10, n. 3, p. 1143-8, mar. 2016.

TABILE, P. M. *et al.* Características dos partos pré-termo em hospital de ensino do interior do Sul do Brasil: análise de 6 anos. *Rev. da Amrigs*, v. 60, n. 3, p. 168-72, jul./set. 2016.

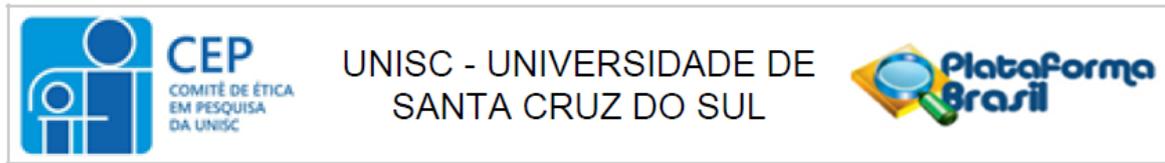
ZUGAIB, M.; FRANCISCO, R. P. V. (Coord.). *Zugaib obstetrícia*. 3. ed. Barueri: Manole, 2016.

APÊNDICE A – FORMULÁRIO DE COLETA DE DADOS

<u>A. Dados de identificação</u>	
1. Iniciais de identificação: _____	
2. Idade:	
<input type="checkbox"/> \geq 15 anos <input type="checkbox"/> 15 a 19 anos <input type="checkbox"/> 20 a 34 anos <input type="checkbox"/> 35 a 45 anos <input type="checkbox"/> \leq 45 anos	
3. Endereço: _____	
4. Município: _____	
5. Área Urbana: <input type="checkbox"/> Área Rural <input type="checkbox"/> Município: _____	
6. Raça: <input type="checkbox"/> Branca <input type="checkbox"/> Parda <input type="checkbox"/> Negra <input type="checkbox"/> Indígena <input type="checkbox"/> Amarela <input type="checkbox"/> Outra _____	
7. Tipo Sanguíneo <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> AB <input type="checkbox"/> O <input type="checkbox"/> B Fator Rh <input type="checkbox"/> Negativo <input type="checkbox"/> positivo	
8. Convênio <input type="checkbox"/> SUS <input type="checkbox"/> Unimed <input type="checkbox"/> Ipe <input type="checkbox"/> Outro _____	
9. Profissão /Ocupação	
<input type="checkbox"/> Assalariada <input type="checkbox"/> Do Lar <input type="checkbox"/> Agricultora <input type="checkbox"/> Estudante <input type="checkbox"/> Aposentada <input type="checkbox"/> Outro _____	
10. Situação Conjugal	
<input type="checkbox"/> Solteira <input type="checkbox"/> Casada <input type="checkbox"/> Divorciada <input type="checkbox"/> União estável <input type="checkbox"/> Viúva <input type="checkbox"/> Outra _____	
11. Escolaridade	
<input type="checkbox"/> Ensino fundamental incompleto serie: _____ <input type="checkbox"/> Ensino fundamental completo	
<input type="checkbox"/> Ensino médio incompleto <input type="checkbox"/> Ensino médio completo <input type="checkbox"/> Ensino superior incompleto	
<input type="checkbox"/> Ensino superior Completo <input type="checkbox"/> Pós graduação	
<u>B. Dados comportamentais e clínicos, referentes a preconceção:</u>	
12. Hipertensão Arterial <input type="checkbox"/> previa <input type="checkbox"/> gestacional <input type="checkbox"/> não possui	
13. Diabetes <input type="checkbox"/> previa <input type="checkbox"/> gestacional <input type="checkbox"/> não possui	
14. Tabagismo <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Sem registros	
15. Uso de Drogas <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Sem registro	
16. Uso de Álcool <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Sem registro	
17. Infecções	
<input type="checkbox"/> trato urinário <input type="checkbox"/> trato genital <input type="checkbox"/> periodontal <input type="checkbox"/> sem registro <input type="checkbox"/> toxoplasmose <input type="checkbox"/> outras _____	
<u>C. Dados obstétricos anteriores</u>	
18. Gestação anterior _____ <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Sem registro	
19. Número de gestações anteriores _____ <input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 ou mais	
20. Data do último parto <input type="checkbox"/> menos de 1 anos <input type="checkbox"/> 1 a 2 anos <input type="checkbox"/> 2 a 5 anos <input type="checkbox"/> 5 anos <input type="checkbox"/> 5 a 10 anos <input type="checkbox"/> >que 10anos	
21. Nascidos Vivos _____ <input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 ou mais	
22. N° de partos Normais _____ <input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 ou mais	
23. N° partos cesáreas _____ <input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 ou mais	
24. Aborto <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não.	
25. Se sim, quantas vezes? _____ <input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 ou mais	
26. Óbito fetal <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	
27. Se sim, quantas vezes? _____ <input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 ou mais	
28. Nascidos prematuros <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não .	
29. Se sim, quantas vezes? _____ <input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 ou mais	
30. Idade do pai <input type="checkbox"/> menor de 18 <input type="checkbox"/> 18 a 30 <input type="checkbox"/> 30 a 40 <input type="checkbox"/> acima de 40	
31. Alterações do Colo uterino <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> sem registro	

D.Dados do pré-natal:
32. Onde realizou o pré- natal: () rede pública () rede privada()Não realizou
33. Cadastro SISpreNatal () Sim () Não
34. Pre-Natal inicio no : () 1º trimestre () 2ª trimestre () 3ª trimestre
35. Quantas consultas realizou: ()1-3 ()5 -8 ()9 ou mais
36. Concepção () natural () fertilização
37. Método de avaliação da idade Gestacional: () DUM () Ultrassom () Outro_____
38. Tipo de Gravidez : () único () gemelar () Três () quatro
39. Data Ultima menstruação:_____
40. Ultrassom () 1º trimestre () 2º Trimestre () 3 Trimestre Quantos_____
41. Sorologias: 1º Trimestre () negativas () sem registro () alteradas 2º Trimestre () negativas () sem registro () alteradas 3º Trimestre () negativas () sem registro () alteradas () Quais_____
42. Esquema Vacinal () Completo () Incompleto () Sem registro
43. Sífilis () Não reagente () Reagente () Tratou ()Não Tratou () Sem registro
44. HIV/AIDS? () Não () Sim () Sem registro () Faz Tratamento () Não faz tratamento
45. IMC _____() sem registro
E – E.Dados do parto e recém-nascido (RN):
46. Data do parto_____
47. Apresentação do feto () pélvico () cefálico () podalico ()outro_____
48. Tipo de parto () normal () cesáreo () fórceps () outro_____
49. Local do parto () Hospital () Domicilio () outro_____
50. Indicação do Parto () pré-eclâmpsia () Ruptura prematura de membranas () Placenta previa ()deslocamento de placenta () oligodramio () Trabalho de parto prematuro () síndromes hemorrágicas () restrição do crescimento fetal () diabetes Gestacional () outros_____
51. Idade gestacional () > 28 semanas () de 28 a 32 semanas () de 32 a 37 semanas
52. Método de avaliação da IG: () DUM () Ultrassom _____ () Exame do RN
53. Uso do corticoide: () Sim () Não
54. Peso do RN () abaixo de 1000g () 1001g a 1500g () 1501 a 2.500 () 2.500g a 3.000g () acima de 3000g
55. Sexo do RN () Masculino () feminino
56. Profissional que recebeu o RN () pediatra () enfermeiro () parteira ()Outro _____
57. Capurro_____.
58. Apgar 1 ° e 5° _____ ”
59. Complicações neonatais () Apneia ()Síndrome da Angustia Respiratória do Recém Nascido () Hipertensão pulmonar () enterocolite necrosante () Infecções ()Sepse () anemia () hiperbilirrubinemia () pneumotórax () óbito () Outras_____
60. Mal formação congênita () Não ()Sim Qual_____ () Sem registro
61. Necessitou de Reanimação ()Sim () Não () Sem registro
62. Após o parto o RN foi para () Alojamento Conjunto () UCI () UTI

ANEXO A – PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP-UNISC



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Prematuridade: uma abordagem descritiva sobre as características maternas e neonatais em um hospital de referência.

Pesquisador: SUZANE BEATRIZ FRANTZ KRUG

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 84079318.6.0000.5343

Instituição Proponente: Universidade de Santa Cruz do Sul - UNISC

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 2.544.015

Apresentação do Projeto:

O presente estudo baseia-se na busca pela identificação das principais características maternas e neonatais da prematuridade. Sabe-se que a prematuridade é um problema de saúde, e que são inúmeros os fatores associados a esta, destacando fatores ginecológicos obstétricos e sociodemográficos, dentre outros. O parto prematuro está relacionado com altos índices de morbimortalidade neonatal. Trata-se de um estudo de campo, de caráter descritivo retrospectivo, do tipo documental. A coleta de dados será realizada através da aplicação de formulário estruturado aplicado em prontuários de mulheres que tiveram partos prematuros, ou seja antes das 37 semanas de gestação, no ano de 2017, em um hospital de referência do interior do Rio Grande do Sul.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Identificar as características maternas e neonatais de nascimentos prematuros ocorridos em um hospital de referência de um município do interior do Rio Grande do Sul.

Objetivo Secundário:

- Analisar as principais morbidades gestacionais relacionadas ao trabalho de parto prematuro;
- Caracterizar os tipos de partos prematuros;
- Identificar o perfil sociodemográfico, ginecológico e obstétrico das gestantes;

Endereço: Av. Independência, nº 2293 -Bloco 6, sala 603

Bairro: Universitário **CEP:** 96.815-900

UF: RS **Município:** SANTA CRUZ DO SUL

Telefone: (51)3717-7680

E-mail: cep@unisc.br



Continuação do Parecer: 2.544.015

- Identificar a adesão e acompanhamento do pré-natal;
- Averiguar as complicações neonatais relacionadas ao parto prematuro durante o período de internação.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

Por tratar-se de um estudo documental a ser aprovado pela instituição hospitalar, a pesquisa apresenta o mínimo de risco possível, pois serão mantidos em sigilo o nome da instituição e dos sujeitos da pesquisa.

Benefícios:

Busca-se a adequação dos cuidados gestacionais na detecção e prevenção de agravos à saúde, e, desta forma, colaborar para a redução dos índices de parto prematuro e consequentemente da morbimortalidade neonatal.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Sem comentários.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Nada a constar.

Recomendações:

Nada a constar.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Nada a constar.

Considerações Finais a critério do CEP:

Projeto aprovado e em condições de ser executado.

-

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1054306.pdf	23/02/2018 12:05:34		Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	projetogeani.pdf	23/02/2018 11:52:34	GEANI MARCELA LOPES PEREIRA	Aceito
Brochura Pesquisa	apresentacao.pdf	23/02/2018 11:49:16	GEANI MARCELA LOPES PEREIRA	Aceito

Endereço: Av. Independência, nº 2293 -Bloco 6, sala 603

Bairro: Universitário **CEP:** 96.815-900

UF: RS **Município:** SANTA CRUZ DO SUL

Telefone: (51)3717-7680

E-mail: cep@unisc.br



UNISC - UNIVERSIDADE DE
SANTA CRUZ DO SUL



Continuação do Parecer: 2.544.015

Orçamento	orcamento.pdf	23/02/2018 11:48:20	GEANI MARCELA LOPES PEREIRA	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	just.pdf	23/02/2018 11:45:46	GEANI MARCELA LOPES PEREIRA	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	Aceite.pdf	21/02/2018 16:33:38	GEANI MARCELA LOPES PEREIRA	Aceito
Cronograma	CRONOGRAMA.pdf	21/02/2018 15:42:17	GEANI MARCELA LOPES PEREIRA	Aceito
Folha de Rosto	scanner.pdf	21/02/2018 15:32:04	GEANI MARCELA LOPES PEREIRA	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

SANTA CRUZ DO SUL, 14 de Março de 2018

Assinado por:
Renato Nunes
(Coordenador)

Endereço: Av. Independência, nº 2293 -Bloco 6, sala 603

Bairro: Universitario **CEP:** 96.815-900

UF: RS **Município:** SANTA CRUZ DO SUL

Telefone: (51)3717-7680

E-mail: cep@unisc.br