



VANESSA FRANCO DE CARVALHO

**CONTRIBUIÇÕES DO CONHECIMENTO DOS FATORES DE RISCO PARA
PARTO PREMATURO À ORGANIZAÇÃO DO TRABALHO DO ENFERMEIRO NA
ASSISTÊNCIA PRÉ-NATAL**

RIO GRANDE

2018

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE (FURG)
ESCOLA DE ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
DOUTORADO EM ENFERMAGEM
CONTRIBUIÇÕES DO CONHECIMENTO DOS FATORES DE RISCO PARA
PARTO PREMATURO À ORGANIZAÇÃO DO TRABALHO DO ENFERMEIRO NA
ASSISTÊNCIA PRÉ-NATAL

VANESSA FRANCO DE CARVALHO

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande, como requisito para obtenção do título de Doutor em Enfermagem. Área de Concentração: Enfermagem e Saúde. Linha de Pesquisa: O Trabalho da Enfermagem/Saúde.

Orientador: Prof. Dr. Wilson Danilo Lunardi Filho

RIO GRANDE

2018

Ficha catalográfica

C331c Carvalho, Vanessa Franco de.
Contribuições do conhecimento dos fatores de risco para parto prematuro à organização do trabalho do enfermeiro na assistência pré-natal / Vanessa Franco de Carvalho. – 2018.
151 p.

Tese (Doutorado) – Universidade Federal do Rio Grande,
Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Rio Grande/RS, 2018.
Orientador: Dr. Wilson Danilo Lunardi Filho.

1. Parto prematuro 2. Fatores de risco 3. Cuidado pré-natal
4. Enfermagem I. Lunardi Filho, Wilson Danilo II. Título.

CDU 618.2

VANESSA FRANCO DE CARVALHO

**CONTRIBUIÇÕES DO CONHECIMENTO DOS FATORES DE RISCO PARA
PARTO PREMATURO À ORGANIZAÇÃO DO TRABALHO DO ENFERMEIRO NA
ASSISTÊNCIA PRÉ-NATAL**

Esta tese foi submetida ao processo de avaliação pela Banca Examinadora para a obtenção do Título de Doutor em Enfermagem e aprovada na sua versão final em 30 de janeiro de 2018, atendendo às normas da legislação vigente da Universidade Federal do Rio Grande, Programa de Pós Graduação em Enfermagem, Área de Concentração Enfermagem e Saúde.



Giovana Calcagno Gomes

Coordenadora do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem FURG

BANCA EXAMINADORA



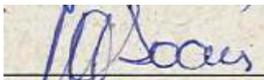
Dr. Wilson Danilo Lunardi Filho – Presidente (FURG)



Dra. Giovana Calcagno Gomes – Membro interno ao PPGenf (FURG)



Dra. Nalú Pereira da Costa Kerber – Membro externo PPGenf (FURG)



Dra. Marilu Corre Soares – Membro externo (UFPEL)



Dra. Daiane Porto Gautério Abreu – Suplente interno (FURG)

Dra. Sonia Maria Könzgen Meincke – Suplente externo (UFPEL)

AGRADECIMENTOS

A Deus, pela minha existência e por me proteger e dar-me força nos momentos difíceis.

Aos meus pais, Osmarina e Vilson (*in memoriam*) que, embora todas as dificuldades, deram-me condições para estudar e mostravam-se orgulhosos com as minhas conquistas. Amo vocês!

A minha irmã Marcia (*in memoriam*) que tinha imenso prazer em ensinar e certamente deve estar orgulhosa.

Ao meu esposo, Thon, que teve muita paciência durante todo a minha formação acadêmica. Sua presença, amor, apoio e incentivo foram essenciais para que este sonho fosse alcançado!

A toda a minha família, pelo carinho, incentivo e apoio. Um agradecimento especial a tia Teresa, tia Ivone, minha sogra Ana e ao meu primo Larri que me ajudaram em momentos muito difíceis durante o período do doutorado.

A todos os meus amigos, que me incentivaram e compreenderam minhas ausências durante este período.

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

À Secretaria de Município de Saúde (SMS), da Prefeitura do Rio Grande, na qual trabalhei por 11 anos e sempre disponibilizou horários para que eu conseguisse estudar. Meus sinceros agradecimentos!

Aos meus colegas de trabalho e amigos da SMS que me apoiaram, aconselharam, ajudaram nos momentos difíceis e acreditaram em minhas propostas. Tenho certeza de que, sem vocês, tudo seria muito mais difícil!

Ao Instituto Federal de Educação Ciência e Tecnologia do Rio Grande do Sul (IFRS) Campus Rio Grande e aos colegas do Curso de Enfermagem pela acolhida, paciência e ensinamentos. Tenho um carinho especial por esta Instituição, porque comecei minha carreira cursando o

Técnico de Enfermagem e sempre admirei o trabalho de todos os professores. Hoje tenho orgulho em fazer parte desta equipe, realmente é um sonho conquistado. Só tenho que agradecer!

Ao Grupo de Pesquisa Viver Mulher, do qual tenho muito orgulho em fazer parte. O grupo acompanhou toda a minha trajetória acadêmica, sempre se mostrou prestativo e foi essencial para a conclusão deste trabalho. Tenho imenso prazer em fazer parte desta família!

À Dra. Nalú Pereira da Costa Kerber, coordenadora do Grupo de Pesquisa Viver Mulher, que faz de tudo para que tenhamos um excelente desenvolvimento profissional, sempre incentivando, apoiando e acreditando que tudo dará certo. É um exemplo de “vida” para todos. Obrigada pela convivência!

À escola de Yôga SURYA Rio Grande, local de grandes ensinamentos e amizades. A escola faz parte da minha vida e ajudou imensamente nessa trajetória tornando-a mais leve. Namastê!

A todos os membros da Banca Examinadora, pelas contribuições no trabalho.

Um agradecimento especial ao meu orientador, Dr. Wilson Danilo Lunardi Filho, pelos ensinamentos, apoio e liberdade na escolha do tema desta pesquisa. Tenho orgulho de dizer que fui sua orientanda. Obrigada por tudo!

**A lei da vida é implacável.
O que você pensa, você cria;
O que você sente, você atrai;
O que você acredita
Torna-se realidade.**

Buda

RESUMO

CARVALHO, Vanessa Franco de. Contribuições do conhecimento dos fatores de risco para parto prematuro à organização do trabalho do enfermeiro na assistência pré-natal. 2018. 152 folhas. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem. Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande, Rio Grande.

O estudo teve como objetivos: elencar os fatores de risco relacionados ao parto prematuro, em gestantes que receberam assistência ao parto no município do Rio Grande/RS; enumerar os fatores de risco relacionados ao parto prematuro, segundo a percepção dos enfermeiros que realizam a assistência pré-natal; conhecer a conduta dos enfermeiros diante dos fatores de risco relacionados ao parto prematuro; e identificar como está organizado o trabalho dos enfermeiros que realizam o pré-natal, para a prevenção dos partos prematuros. Trata-se de um estudo de abordagem quanti-qualitativa. A etapa quantitativa foi do tipo caso-controle, utilizando dados do projeto intitulado “Parto prematuro: estudo dos fatores associados para a construção de estratégias de prevenção”. Os dados são referentes à entrevista, realizada durante o ano de 2015, com 303 puérperas, que fizeram o pré-natal no município do Rio Grande e tiveram parto prematuro e 307 mulheres que tiveram parto a termo. A análise foi desenvolvida com auxílio do programa *Stata*, versão 11.0, em um nível de significância de 5%, foram calculadas as frequências das variáveis estudadas, análises bivariadas e teste t para comparação das médias. A etapa qualitativa realizou entrevista, no período de julho a outubro de 2016, com os 45 enfermeiros que prestavam assistência pré-natal pelo Sistema Único de Saúde no município do Rio Grande/RS, utilizando a análise descritiva e temática dos dados. As pesquisas tiveram aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa, da Universidade Federal do Rio Grande e autorização do Núcleo de Estudos e Pesquisa em Saúde, da Secretaria Municipal de Saúde do Rio Grande. A pesquisa quantitativa identificou como fatores de risco ao parto prematuro a idade materna entre 20-34 anos, escolaridade materna maior que 12 anos de estudo, maior renda materna, realização de menos de seis consultas de pré-natal, história de prematuridade prévia, hipertensão arterial, ameaça de aborto, ameaça de parto prematuro, sangramento, uso de *crack* na gravidez e trabalho da mãe na gravidez. A pesquisa qualitativa evidenciou que muitos enfermeiros não souberam explicar os encaminhamentos para os fatores de risco ou citaram cuidados isolados. Foi encontrada disparidade, em relação às condutas, e alguns cuidados não foram identificados. As estratégias de prevenção ao parto prematuro elencadas foram educação em saúde, organização da dinâmica de trabalho, planejamento familiar, trabalho em equipe, grupo de gestantes, organização do tempo para atendimentos das gestantes e realização de pré-natal. As questões pesquisadas nesta tese de doutorado apresentaram variáveis com resultados divergentes das publicações na área que podem ter ocorrido, devido à influência de fatores confundidores como as cesarianas eletivas. Porém, a pesquisa não conseguiu determinar tal hipótese. Ficou evidente a necessidade de qualificação do trabalho dos enfermeiros para melhorar o atendimento pré-natal e, consequentemente, diminuir os riscos de trabalho de parto prematuro. Os achados mostram a necessidade de investimentos em educação permanente para os enfermeiros, de forma que possam identificar prontamente os fatores de risco ao parto prematuro e saibam prescrever os cuidados necessários. Os resultados deste estudo permitem confirmar a tese de que a aquisição de conhecimento sobre os fatores de risco para parto prematuro qualifica o enfermeiro para a realização do pré-natal e contribui para a organização do trabalho na prevenção do parto prematuro.

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

ABSTRACT

CARVALHO, Vanessa Franco de. Contributions of knowledge about risk factors in preterm labor to the organization of nurse work in prenatal care.

The study aimed: to enlist the risk factors related to premature birth in pregnant women who received childbirth care in the city of Rio Grande / RS; to enumerate the risk factors related to premature delivery according to the perception of the nurses who perform prenatal care; to know the conduct of nurses in relation to the risk factors related to premature birth; and to identify how the work of nurses who perform prenatal care is organized for the prevention of premature birth. It consists of a quantitative-qualitative study. The quantitative phase was case-control, using data from the project entitled "Premature labor: study of the associated factors for the construction of prevention strategies". The data refer to the interview conducted in 2015 with 303 postpartum women who underwent prenatal care in the city of Rio Grande and had a premature birth and 307 women who had full term delivery. The analysis was developed with the help of the *Stata* program, version 11.0, at a significance level of 5%, the frequencies of the studied variables were calculated, bivariate analyzes and t test to compare the means. In the qualitative phase, it was conducted an interview between July and October 2016, with the 45 nurses who provided prenatal care by the Unified Health System in the city of Rio Grande / RS, using the descriptive and thematic analysis of the data. The research was approved by the Research Ethics Committee of the Federal University of Rio Grande and authorization of the Nucleus of Studies and Research in Health of the local Health Department. Quantitative research identified premature birth risk factors as maternal age between 20-34 years of age, maternal schooling greater than 12 years of schooling, higher maternal income, less than six prenatal consultations, previous history of prematurity, arterial hypertension, threatened abortion, threatened premature birth, bleeding, use of crack in pregnancy and mother's work in pregnancy. Qualitative research showed that many nurses were unable to explain the referrals to risk factors or cited isolated care. Disparity was found in relation to the conducts, and some care was not identified. The strategies for the prevention of premature birth were: health education, organization of work dynamics, family planning, teamwork, group of pregnant women, organization of the time for the care of pregnant women and prenatal care. The questions researched in this doctoral thesis presented variables with divergent results from publications in the area that may have occurred due to the influence of confounding factors such as elective cesarean sections. However, the research was unable to determine such a hypothesis. It was evident the need to qualify the work of nurses to improve prenatal care and, consequently, reduce the risks of premature labor. The findings show the need for investments in permanent education for nurses, so that they can readily identify the risk factors for premature birth and know how to prescribe the necessary care. The results of this study allow us to confirm the thesis that the acquisition of knowledge about risk factors for premature birth qualifies nurses to perform prenatal care and contributes to the organization of work in the prevention of premature delivery.

Keywords: Premature Labor; Prenatal care; Nursing.

RESUMEN

CARVALHO, Vanessa Franco de. Contribuciones de conocimiento de los factores de riesgo para parto prematuro a la organización del trabajo del enfermero en la asistencia prenatal

El estudio tuvo como objetivos elencar los factores de riesgo relacionados al parto prematuro en gestantes que recibieron asistencia al parto en el municipio de Rio Grande/RS; enumerar los factores de riesgo relacionados al parto prematuro, conforme la percepción de los enfermeros que realizan la asistencia prenatal; conocer la conducta de los enfermeros delante de los factores de riesgo relacionados al parto prematuro y; identificar cómo se organiza el trabajo de los enfermeros que realizan el prenatal para prevención de partos prematuros. Es un estudio cali-cuantitativo. Una etapa cuantitativa fue un tipo de caso controle, utilizando datos secundarios del proyecto de pesquisa intitulado "Parto prematuro: el estudio de los factores asociados para la construcción de estrategias de prevención". Los datos sobre la entrevista, realizada durante el año 2015, son 303 púérperas que realizan prenatales en el municipio de Rio Grande y han tenido parto prematuro y 307 mujeres que tuvieron parto a término. El análisis se desarrolló con el auxilio do programa Stata, versión 11.0, en un nivel de significancia de 5%, fueron calculadas como frecuencias de las variables estudiadas, análisis bivariadas (Prueba Exacta de Fisher) y prueba t para comparación de las medias. La etapa cualitativa realizó entrevista, en el período de julio a octubre de 2016, con los 45 enfermeros que ofrecían asistencia prenatal por el Sistema Único de Salud en el municipio do Rio Grande/RS, utilizando el análisis descriptivo y temático de los datos. Las investigaciones tuvieron aprobación del Comité de Ética en Pesquisa da Universidad Federal do Rio Grande y autorización del Núcleo de Estudios e Pesquisa en Salute, de la Secretaria Municipal de Salude do Rio Grande. La investigación cuantitativa identificó como factores de riesgo al parto prematuro la edad materna entre 20-34 años, escolaridad materna de más de 12 años de estudio, renta materna más elevada, realización de menos de seis consultas de prenatal, histórico de prematuridad anterior, hipertensión arterial, amenaza de aborto, amenaza de parto prematuro, sangrado, uso de crack en el embarazo y trabajo de la madre en el embarazo. La investigación cualitativa destacó que muchos enfermeros no han logrado explicar con exactitud el adecuado camino para los factores de riesgo o citar cuidados aislados. Se ha encontrado diferencia en relación a las conductas, y algunos cuidados importantes no han sido identificados. Las estrategias de prevención al parto prematuro identificadas por los enfermeros fueron la educación en salud, la organización de la dinámica de trabajo, el planificación familiar y el trabajo en equipo, el grupo de gestantes, la administración del tiempo para atender a las gestantes y la realización de un prenatal de calidad. Las cuestiones investigadas en esta tesis de doctorado presentaron variables con resultados divergentes de las publicaciones en el área que pudieron haber ocurrido, debido a la influencia de factores confundidores como las cesáreas electivas. Sin embargo, la investigación no pudo determinar tal hipótesis. La investigación identificó algunos factores de riesgo al parto prematuro, cambiantes o pasibles de control por medio de una asistencia prenatal de calidad. Quedó evidente la necesidad de calificación del trabajo de los enfermeros para mejorar el atendimento prenatal y, consecuentemente, disminuir los riesgos de parto prematuro. Los hallazgos muestran la necesidad de inversiones en educación permanente para los enfermeros, de forma que puedan identificar prontamente los factores de riesgo al parto prematuro y sepan prescribir los cuidados necesarios. La investigación permite confirmar la tesis de que la adquisición de conocimiento sobre los factores de riesgo para el parto prematuro califica el enfermero para la realización del prenatal y contribuye para la organización del trabajo en la prevención del parto prematuro.

Descriptor: Trabajo de Parto Prematuro; Cuidado Prenatal; Enfermería.

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO.....	12
2 REVISÃO DE LITERATURA.....	18
2.1. Fatores de risco para o parto prematuro.....	18
2.1.1 Fatores de risco associados às características individuais e às condições sociodemográficas.....	22
2.1.2 Fatores de risco associados às condições clínicas preexistentes	29
2.1.3 Fatores de risco associados à história reprodutiva anterior	34
2.1.4 Fatores de risco associados à doença obstétrica na gravidez atual	36
2.1.5 Fatores de risco associados às intercorrências clínicas e ao risco fetal...	38
2.1.6 Fatores de risco associados ao acesso dos serviços de saúde.....	41
2.2 PREVENÇÃO DO PARTO PREMATURO.....	42
2.3 ASSISTÊNCIA PRÉ-NATAL.....	44
2.3.1 Assistência pré-natal de risco habitual no SUS.....	45
2.3.2 Assistência pré-natal realizada por enfermeiros.....	50
3. METODOLOGIA.....	59
3.1 Etapa Quantitativa.....	59
3.1.1. Local.....	60
3.1.2. Participantes do estudo.....	60
3.1.3. Tamanho da amostra.....	61
3.1.4. Coleta de Dados.....	61

3.1.5. Processamento e Análise dos Dados.....	62
3.1.6. Aspectos Éticos.....	63
3.2 Etapa Qualitativa.....	63
3.2.1 Local.....	64
3.2.2 Participantes do estudo.....	64
3.2.3 Coleta de Dados.....	65
3.2.4 Processamento e Análise dos Dados.....	65
3.2.5 Aspectos éticos.....	66
4. RESULTADOS E DISCUSSÕES.....	67
4.1. ARTIGO 1- FATORES DE RISCO MATERNOS PARA O PARTO PREMATURO EM UM MUNICÍPIO DO SUL DO BRASIL.....	68
4.2. ARTIGO 2 - FATORES DE RISCO PARA O PARTO PREMATURO E CUIDADOS IDENTIFICADOS PELOS ENFERMEIROS DO PRÉ- NATAL.....	86
4.3. ARTIGO 3- ORGANIZAÇÃO DO TRABALHO DE ENFERMEIROS NO PRÉ-NATAL FRENTE AOS FATORES DE RISCO PARA PARTO PREMATURO.....	101
5. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	118
6. REFERÊNCIAS.....	121
ANEXO A- INSTRUMENTO DA PESQUISA QUANTITATIVA	137
ANEXO B- AUTORIZAÇÃO CEPAS.....	144
ANEXO C - AUTORIZAÇÃO PARA A OBTENÇÃO DE DADOS.....	147

ANEXO D- INSTRUMENTO DA PESQUISA QUALITATIVA.....	148
ANEXO E- AUTORIZAÇÃO CEPAS.....	150
ANEXO F- AUTORIZAÇÃO PARA A OBTENÇÃO DE DADOS.....	151

1. INTRODUÇÃO

O parto prematuro é um importante problema de saúde pública e em constante aumento dos seus índices. Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), ocorrem cerca de 15 milhões de nascimentos prematuros por ano, no mundo, correspondendo a uma taxa de parto prematuro de 11,1%. Nos países de baixa renda, o índice de parto prematuro é ainda maior. Isso é explicado, parcialmente, pela alta fertilidade e pelo grande número de nascimentos. Entretanto, elevadas taxas de nascimentos prematuros também são vistas em países de renda mais alta, como é o caso dos Estados Unidos (BLENCOWE et al, 2012; WHO, 2012).

O Brasil é o 10º país com maiores taxas de parto prematuro, no mundo, acompanhado por Índia, China, Nigéria, Paquistão, Indonésia, Estados Unidos, Bangladesh, Filipinas e República do Congo. Dos partos prematuros no mundo, 60% aconteceram nesses países (BLENCOWE et al, 2012; WHO, 2012). Estudo apoiado pela UNICEF e pelo Ministério da Saúde (MS) identificou, por meio de dados do Sistema Nacional de Nascidos Vivos (SINASC) que, em 2011, 11,8% das crianças nascidas no Brasil eram prematuras (VICTORA, 2013). Pesquisa multicêntrica realizada no Brasil identificou uma prevalência de parto prematuro de 12,3% (PASSINI JR et al, 2014).

Há uma teoria de que o aumento na prematuridade esteja envolvido com o crescente número de cesarianas que vem ocorrendo no Brasil, porém, mais estudos devem ser realizados para comprovar tal hipótese (VICTORA, 2013). A hipótese de que o aumento no número de cesarianas estar relacionado a casos de parto prematuro é devido ao fato de que muitas cesarianas eletivas estariam sendo agendadas precocemente (WHO, 2012). Por isso, o Conselho Federal de Medicina (CFM) definiu, no ano de 2016, critérios para a realização de cesarianas eletivas no Brasil. No intuito de garantir a segurança do feto, a cesariana eletiva, a pedido da gestante, somente poderá ser realizada a partir da 39ª semana de gestação (CFM, 2016).

Uma revisão sistemática realizada com estudos brasileiros de 1990 a 2012 identificou que o SINASC subestimava a prevalência de partos pré-termos até o ano de 2010. A pesquisa revelou uma prevalência nacional de parto pré-termo de 11,7%, enquanto o SINASC tinha a estimativa de 7,1% (SILVEIRA et al, 2013; MATIJASEVICH et al, 2013). Os municípios de regiões mais ricas do país apresentam maiores prevalências de prematuridade. O Rio Grande

do Sul está entre os estados com maiores frequências de prematuridade no Brasil, com o índice de 12,5%, em 2011 (MATIJASEVICH et al, 2013).

Investigação realizada em um Centro de Parto Normal, em São Paulo, identificou uma prevalência de prematuridade de 7,8%. Este índice aumentou para 23,2%, quando se considerada apenas mães adolescentes (RABELLO; BARROS, 2011). Em Maringá (Paraná), 10,8% dos nascimentos ocorridos, em 2009, foram de prematuros (MELO; CARVALHO, 2014).

No que diz respeito às taxas de prematuridade, essas são definidas a partir do conceito estabelecido de parto prematuro. O trabalho de parto prematuro compreende partos entre 22 e 37 semanas de gestação, com presença de contrações frequentes e modificações cervicais. Os partos prematuros são classificados em categorias, denominando-se: prematuros extremos aqueles nascidos antes das 28 semanas; muito prematuros, os nascidos entre 28 a 32 semanas; e prematuros tardios, os nascidos entre 32 a 37 semanas. A maioria dos prematuros, mais de 80%, é classificada como prematuros tardios (BRASIL, 2010; WHO, 2012; BLENCOWE et al, 2012).

No que se refere à etiologia, o parto prematuro divide-se em dois grupos: parto pré-termo espontâneo e parto pré-termo indicado. O parto pré-termo espontâneo é um processo multifatorial que resulta em mudanças uterinas que levam ao parto antes das 37 semanas de gestação. O parto pré-termo indicado é a interrupção da gravidez por indução do parto ou parto cesariano eletivo, devido a complicações maternas, fetais ou outros motivos. A maior parte dos nascimentos prematuros ocorre, espontaneamente, mas, também, pode acontecer pela indução precoce do trabalho de parto ou realização de cesariana (WHO, 2012). O aumento da incidência do parto prematuro está sendo vinculado ao parto pré-termo indicado e a gravidez múltipla resultante de técnicas de reprodução assistida (MONTENEGRO; REZENDE, 2014).

A sobrevivência dos recém-nascidos prematuros melhorou muito nos últimos anos. No entanto, a prematuridade e suas complicações são a principal causa de morbidade e mortalidade neonatal tanto precoce quanto tardia (FEBRASGO, 2013; MONTENEGRO; REZENDE, 2014; LIU et al, 2016). O parto prematuro é a segunda causa de morte infantil, no mundo, estando atrás, apenas, da pneumonia (LIU et al, 2012; WHO, 2012). Pesquisa publicada, em 2016, traz o parto prematuro como a principal causa da mortalidade infantil (LIU et al, 2016). O parto prematuro e suas complicações corresponderam a 18% das mortes em crianças menores de cinco anos, em 2015 (UN, 2015).

Os índices apontam que 1,1 milhão de crianças morrem a cada ano, devido a complicações do parto prematuro. As chances de sobrevivência entre os prematuros variam, conforme o país de nascimento. Um bebê africano tem 12 vezes mais chances de morrer de uma complicação do parto prematuro do que um bebê europeu (WHO, 2012, LIU et al, 2012). No Brasil, a prematuridade foi identificada como a maior causa de morte em crianças e tem um discreto crescimento ao longo do tempo (VICTORA, 2013).

Quanto mais próximo do termo, maiores são as chances de adaptação ao ambiente externo. Portanto, o nascimento pré-termo é uma condição perigosa para o recém-nascido porque menor tempo dentro do útero é correlacionado com imaturidade nos sistemas corporais (PIOTROWSKI, 2012; MONTENEGRO, REZENDE, 2014). Os recém-nascidos pré-termo são considerados de risco por não possuírem reservas nutricionais e apresentarem baixo peso ao nascer (KENNER; ELLERBEE, 2012).

A prematuridade, além de causar baixo peso ao nascer, pode acarretar ao recém-nascido complicações respiratórias, gastrointestinais, renais e no neurodesenvolvimento; dificuldades de manutenção da nutrição adequada e da temperatura corporal; problemas hematológicos e maior suscetibilidade a infecções. É comum, no recém-nascido prematuro, a síndrome do desconforto respiratório, a hemorragia intraventricular, a enterocolite necrosante e a sepse. Além disso, o bebê prematuro, frequentemente, necessita de maior tempo de internação hospitalar, aparato tecnológico e intervenções medicamentosas. Desse modo, é cada vez maior a necessidade de leitos em Unidade de Terapia Intensiva (UTI) neonatal, de profissionais qualificados e de tecnologia complexa para diagnóstico e tratamento, gerando altos custos financeiros para o sistema de saúde (PIOTROWSKI, 2012; KENNER, ELLERBEE, 2012; FEBRASGO, 2013; MONTENEGRO, REZENDE, 2014).

Entre os fatores de risco mais comuns para o trabalho de parto prematuro, estão gravidez múltipla, doenças infecciosas, diabetes, hipertensão arterial, influência genética, extremos de idade materna, intervalos curtos entre nascimentos, baixo peso ou obesidade, abuso de substâncias tóxicas, problemas psicológicos, história prévia de parto prematuro e aborto, procedimentos cervicais, comprimento cervical menor do que 3 cm, complicações clínicas ou obstétricas, crescimento intrauterino restrito, anomalias congênitas, polihidrâmnio, rotura prematura de membranas, descolamento de placenta, presença de Dispositivo Intra Uterino, mioma, anomalias uterinas, insuficiência istmo-cervical, síndrome antifosfolípide, trauma, cirurgia, primiparidade, multiparidade, deficiência de micronutrientes, desvantagens socioeconômicas e raciais, violência por parceiro íntimo, sobrecarga de trabalho

e de atividade física, estresse na gravidez e não realização de pré-natal (BRASIL, 2010; WHO, 2012).

A causa do trabalho de parto prematuro, muitas vezes, não é identificada, mas, a maioria dos nascimentos prematuros decorre de uma multiplicidade de fatores (WHO, 2012; BITTAR, FRANCISCO, ZUGAIB, 2013). Alguns dos fatores de risco podem ser modificados, outros não, como, por exemplo, mulheres com história prévia de parto prematuro ou primiparidade. Portanto, para reduzir o número de partos prematuros, é necessário atuar em diversas frentes de trabalho, por meio de mudanças estruturais na sociedade e nos serviços de saúde (WHO, 2012).

A redução da prematuridade pode acontecer devido a medidas de prevenção primária, com o planejamento da gravidez e realização do pré-natal; prevenção secundária por meio da avaliação do risco gestacional; e prevenção terciária, evitando as complicações (BRASIL, 2010; WHO, 2012).

Entre as medidas de prevenção do parto prematuro estão as estratégias que podem ser efetuadas anteriormente à gravidez e, de forma contínua, como o planejamento familiar, a prevenção de gravidez indesejada e na adolescência, a promoção do espaçamento entre os partos, a adequada vacinação de crianças e adolescentes, o controle de distúrbios mentais, a promoção da cessação do uso do tabaco, álcool e drogas, o adequado diagnóstico e controle das doenças crônicas, a promoção da saúde ambiental por meio da redução de poluentes, a promoção da saúde ocupacional e, os programas de educação para mulheres e adolescentes (BRASIL, 2010; WHO, 2012).

Na gravidez pode ser trabalhada a prevenção do parto prematuro, por meio da otimização do peso, a promoção de uma alimentação saudável, a prevenção de violência por parceiro íntimo, a prevenção e o tratamento adequado de infecções sexualmente transmissíveis (ISTs) e do trato urinário, o uso de progesterona em grupos de risco, o aumento da qualidade dos cuidados entre e durante a gravidez, os programas de triagem e manejo de gestantes com risco e a redução das induções de parto sem indicação médica. O uso rotineiro de cesariana para melhorar o prognóstico de prematuros não foi confirmado em evidências científicas (BRASIL, 2010; WHO, 2012).

Um estudo, que analisou as tendências de nascimentos prematuros em 39 países com elevado índice de desenvolvimento humano (IDH), propôs cinco intervenções que podem reduzir a prevalência de nascimento prematuro. As intervenções destacadas são a cessação do tabagismo, a utilização de progesterona, a realização de cerclagem cervical em mulheres com colo curto e com história de parto prematuro anterior, a diminuição da indução de partos

cesarianos eletivos e a diminuição dos nascimentos múltiplos, por meio de tecnologias de reprodução assistida (CHANG et al, 2013).

Ao falar em prevenção do parto prematuro, ressalta-se a importância da assistência pré-natal, que contribui para resultados favoráveis na gravidez, uma vez que detecta e trata afecções e controla fatores de risco que podem causar problemas para a mulher e o recém-nascido (DOMINGUES et al, 2012). Portanto, um pré-natal adequado e de qualidade contribui, significativamente, para a prevenção de partos prematuros.

Diante do cenário apresentado, o Enfermeiro desempenha papel importante na prevenção da ocorrência do parto prematuro. O Enfermeiro pode atuar em diferentes áreas como nos cuidados pré-concepção, favorecendo a saúde das mulheres, avaliando os fatores de risco e aconselhando para os fatores modificáveis, por exemplo, na cessão do uso de tabaco (DOYLE; SILBER, 2015).

A enfermagem, cada vez mais, vem ganhando espaço no contexto da atenção pré-natal. O Enfermeiro é um profissional legalmente habilitado para prestar o atendimento de pré-natal de risco habitual (BRASIL, 1986; BRASIL, 2012 a; COFEN, 2015). Apesar do Enfermeiro não costumar realizar consulta de pré-natal de alto risco, deve organizar seu trabalho e estar preparado para identificar, precocemente, os riscos gestacionais encaminhando, adequadamente, as gestantes (BRASIL, 2012). O Enfermeiro, portanto, pode atuar na prevenção do parto prematuro no nível primário e secundário durante o pré-natal, avaliando os riscos gestacionais e realizando os encaminhamentos adequados (DOYLE; SILBER, 2015).

Porém, para que o Enfermeiro consiga atuar na prevenção primária e secundária do parto prematuro, são necessários investimentos na sua qualificação. É importante que saiba reconhecer os fatores de risco, fazer uma avaliação do risco gestacional e encaminhar adequadamente a gestante para os serviços de referência. Assim, é essencial a qualificação constante deste profissional.

Investigação realizada em Porto Alegre (Rio Grande do Sul) analisou os indicadores de cuidado pré-natal, antes e após um treinamento participativo dos profissionais nas Unidades de Saúde, e identificou melhorias na assistência. Todos os indicadores pesquisados tiveram aumento na frequência, com maior variação na demanda dos exames de hepatite B, toxoplasmose, sífilis, glicemia e urina (BONILHA et al, 2012). Percebe-se que estratégias educativas com os profissionais da enfermagem e saúde contribuem para a melhoria da qualidade da assistência. Observa-se que há poucos estudos que abordem a importância e a

necessidade de qualificação dos enfermeiros para a identificação dos fatores de risco, na prevenção dos partos prematuros.

Com base no que foi apresentado, surgiu o seguinte questionamento: Qual a contribuição do conhecimento sobre os fatores de risco para parto prematuro para a organização do trabalho dos enfermeiros que realizam a assistência pré-natal pelo Sistema Único de Saúde (SUS)?

Para responder à questão de pesquisa formulada, foram estabelecidos os seguintes objetivos:

- Elencar os fatores de risco relacionados ao parto prematuro, em gestantes que receberam assistência ao parto no município do Rio Grande/RS;
- Enumerar os fatores de risco relacionados ao parto prematuro, segundo a percepção dos enfermeiros que realizam a assistência pré-natal pelo SUS, no município do Rio Grande/RS;
- Conhecer a conduta dos enfermeiros que realizam assistência pré-natal pelo SUS, no município do Rio Grande/RS, diante dos fatores de risco relacionados ao parto prematuro;
- Identificar como está organizado o trabalho dos enfermeiros que realizam o pré-natal pelo SUS, no município do Rio Grande/RS, para a prevenção dos partos prematuros.

A partir destes objetivos defende-se como tese que a aquisição de conhecimento sobre os fatores de risco para parto prematuro qualifica o Enfermeiro para a realização do pré-natal e contribui para a organização do trabalho na prevenção do parto prematuro.

2 REVISÃO DE LITERATURA

Para melhor compreensão do assunto, a revisão de literatura foi dividida em três capítulos. O primeiro capítulo, denominado Fatores de risco para o parto prematuro, traz os principais fatores discutidos em artigos científicos e na literatura sobre o assunto. Explica cada fator encontrado e o porquê esse contribui para o aumento do risco do parto prematuro. O segundo capítulo, intitulado Prevenção do parto prematuro, explica medidas para evitar a ocorrência do parto prematuro e aborda questões referentes à prevenção primária, secundária e terciária. O terceiro capítulo, intitulado Assistência pré-natal, aborda questões referentes à assistência pré-natal no Brasil, sendo subdividido em Assistência pré-natal no SUS e Assistência pré-natal realizada por enfermeiros. Na parte da Assistência pré-natal no SUS, apresenta-se como o Ministério da Saúde orienta o que deve ser feito no atendimento e mostra-se a importância dos profissionais no atendimento de pré-natal para a diminuição da ocorrência ou de danos referentes ao parto prematuro. A parte da assistência pré-natal realizada por enfermeiros versa sobre a maneira como vem sendo realizada esta assistência.

2.1 Fatores de risco para o parto prematuro

O parto prematuro é uma condição de etiologia multifatorial, porém a maioria dos nascimentos prematuros acontece espontaneamente e, muitas vezes, as causas não são identificadas (WHO, 2012). Os fatores de risco para o parto prematuro podem estar relacionados a fatores genéticos, história materna e condições dos serviços de saúde (BRASIL, 2010; WHO, 2012). A seguir, serão apresentados os principais fatores de risco encontrados nos estudos científicos pesquisados.

Os fatores de risco para a construção deste capítulo foram classificados em seis categorias. Cinco categorias foram elencadas, de acordo com os riscos identificados no Manual Técnico Gestação de Alto Risco, sendo denominadas de características individuais e as condições sociodemográficas desfavoráveis; condições clínicas preexistentes; história reprodutiva anterior; doença obstétrica na gravidez atual e intercorrências clínicas (BRASIL, 2010 p. 12-13). Outros riscos encontrados nos estudos científicos não se enquadraram nos elencados anteriormente. Desta forma, foram incluídos na categoria de intercorrências clínicas

os riscos fetais encontrados na literatura e formado mais uma categoria denominada de riscos associados ao acesso aos serviços de saúde.

Apesar do grande número de artigos utilizados nesta revisão, alguns fatores de risco ao parto prematuro, que já estão bem definidos, não foram encontrados nos artigos selecionados sobre a temática, sendo identificados por meio de livros. Entre esses fatores, estão as infecções periodontais, a corioamionite, distúrbios hormonais e as anomalias fetais (RAMOS et al, 2011; MONTENEGRO, REZENDE, 2014).

A corioamionite é responsável por cerca de 30% de todos os partos pré-termos e caracteriza-se por infecção intrauterina (MONTENEGRO, REZENDE, 2014). Distúrbios hormonais, principalmente, alterações nos níveis de progesterona podem levar ao parto prematuro. A progesterona é um hormônio responsável pela manutenção da gravidez (MONTENEGRO, REZENDE, 2014). As infecções periodontais aumentam a possibilidade de parto prematuro, devido à liberação de prostaglandinas pelos patógenos causadores da infecção (PIOTROWSKI, 2012).

Para melhor compreensão dos fatores de risco encontrados nesta revisão de literatura foi construído o quadro apresentado a seguir.

Quadro 1: Fatores de risco para o parto prematuro encontrados na revisão de literatura

Categorias dos fatores de risco	Identificação do fator de risco	Referências
Características individuais e condições sociodemográficas desfavoráveis	Condições ambientais desfavoráveis: poluição do ar e fumaça ambiental do tabaco	CRANE et al, 2011; VADILLO-ORTEGA et al, 2014; QIU et al, 2014.
	Extremos de idade materna	MARTINS et al, 2011; PAULUCCI, NASCIMENTO, SCHULZE, 2011; GONÇALVES E MONTEIRO, 2012; PIMENTA et al, 2012; HAMMOND et al, 2013; ROUGET et al, 2013; CASTELL et al, 2013; LAOPAIBOON et al, 2014; VAN DEN BROEK, JEAN-BAPTISTE, NEILSON, 2014; ALTHABE et al, 2015; CANHAÇO et al, 2015; TUON et al, 2016; BALBI, CARVALHARES E PARADA, 2016.
	Cor da pele	HAMMOND et al, 2013; CARMICHAEL et al, 2014.
	Baixa estatura materna	KOZUKI et al, 2015.
	História familiar recorrente de nascimentos pré-termo	KRUPITZKI et al, 2013.
	Os extremos de Índice de Massa Corpórea (IMC)	LYNCH et al, 2014; MORKEN, KÄLLEN, JACOBSSON, 2014; PARKER et al, 2014.
	Mulheres trabalhadoras	AGUIRRE, BALDERAS, TORRES, 2014.
	Estresse e ansiedade durante o período da gravidez	ALMEIDA et al, 2012; ROUGET et al, 2013; SERAVALLI, PATTERSON, NELSON, 2014;

		ELIZARRARAZ et al, 2014.
	Ducha vaginal de rotina	SHAABAN et al, 2013
	Tabagismo	MAGGIOLO, 2011; MORKEN, KÄLLEN, JACOBSSONE, 2014; BASSIL et al, 2014; QIU et al, 2014; ARORA et al, 2015.
	Uso de maconha durante a gravidez	HAYATBAKHSI et al, 2012; SAUREL-CUBIZOLLES, PRUNET, BLONDEL, 2014.
	Uso de álcool durante a gravidez	SALIHUA et al, 2011; CORNMAN-HOMONOFF et al, 2012.
	Menor estrato sócio-econômico	HAMMOND et al, 2013.
	Regiões de periferia/baixa renda	PAULUCCI, NASCIMENTO, SCHULZE, 2011; ALMEIDA et al, 2012; VOS et al, 2014.
	O Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) de determinado país	MORISAKI et al, 2014.
	Mães solteiras	ROUGET et al, 2013.
	Privação material e social	BASSIL et al, 2014.
	Baixa escolaridade materna	PAULUCCI, NASCIMENTO, SCHULZE, 2011; MARTINS et al, 2011, OLIVEIRA et al, 2016, GONZAGA et al, 2016.
	Nível educacional do parceiro	GUNGOR, OSKAY E BEJI, 2011.
Condições clínicas preexistentes	Causas indiretas (anemia, malária/dengue, doença pulmonar, doença cardíaca e doença hepática)	LUMBIGANON et al, 2014.
	Anemia	VAN DEN BROEK, JEAN-BAPTISTE, NEILSON, 2014; GONZALES, TAPIA E GASCO, 2014.
	Infecção por malária	ALLEN et al, 1998; VAN DEN BROEK, JEAN-BAPTISTE, NEILSON, 2014; LUMBIGANON et al, 2014.
	Sífilis	NEWMAN et al, 2013; VAN DEN BROEK, JEAN-BAPTISTE, NEILSON, 2014.
	HIV/uso de antiretroviral	CHEN et al, 2012; KREITCHMANN et al, 2014; VAN DEN BROEK, JEAN-BAPTISTE, NEILSON, 2014.
	Doença Inflamatória Intestinal	LEUNG et al, 2015.
	Asma	ROUGET, 2013.
	Níveis pré-gestacionais altos de colesterol, triglicérides e glicose	MAGNUSSEN et al, 2011.
	Hipertireoidismo	LUEWAN, CHAKKABUT, TONGSONG, 2011.
	Tratamento de hemodiálise	SHAHIR et al, 2013.
	Hipertensão	MORKEN, KÄLLEN, JACOBSSON, 2014; ARORA et al, 2015.
	Diabetes	MORKEN, KÄLLEN, JACOBSSON, 2014; GUI et al, 2014; ARORA et al, 2015.
	Utilização de algumas medicações	CHI, MAYON-WHITE, WOJNAROWSKA, 2011; SIT et al, 2011; HABERMANN et al, 2013; DIAV-CITRIN et al, 2014.
	Excisão anterior da zona de transformação	KHALID et al, 2012; PILS et al, 2014.
	Transplante de fígado	JABIRY-ZIENIEWICZ et al, 2011.

	História de cirurgia bariátrica, de esplenectomia ou de anomalias uterinas congênitas	GERSHOVITZ et al, 2011; CHAN et al, 2011; ROOS et al, 2013.
História reprodutiva anterior	Mola hidatiforme	JONEBORG et al, 2014.
	Nascimento pré-termo	GUNGOR, OSKAY, BEJI, 2011; RAFAEL et al, 2012; HAMMOND et al, 2013; ROUGET et al, 2013; ADANE et al, 2014, NELSON et al, 2014, VAN DEN BROEK, JEAN-BAPTISTE, NEILSON, 2014, TRILLA et al, 2014, PASSSINI JR et al, 2014.
	Aborto	ROUGET et al, 2013; GUNNARSDOTTIR et al, 2014, PASSSINI JR et al, 2014.
	Primíparas	ALMEIDA et al , 2012.
	História de uma cesariana anterior	HAMMOND et al, 2013; LAVERIANO e REDONDO, 2013; BASSIL et al, 2014.
Doença obstétrica na gravidez atual	Doença Hipertensiva Específica da Gestação	ALMEIDA et al, 2012; OVALLE et al, 2012; ROUGET et al, 2013; HAMMOND et al, 2013; MAHANDE et al, 2013; GONZAGA et al, 2016; BERGER et al, 2016.
	Hemorragia pré-parto	ALMEIDA et al, 2012; HAMMOND et al, 2013; BHANDARI et al, 2014, PASSSINI JR et al, 2014.
	Hiperêmese gravídica	BOLIN et al, 2013.
	Colestase intra-hepática da gravidez	WIKSTROM SHEMER et al, 2013; GEENES et al, 2014.
	Diabetes gestacional	ROUGET et al, 2013.
	Indução do parto	ZHANG, KRAMER, 2012.
	Fertilização in vitro	TURKER et al, 2013.
	Ganho de peso maior que 8 quilos durante a gravidez	GONÇALVES et al, 2012.
Intercorrências clínicas e risco fetal	Infecção do trato urinário	ROUGET et al, 2013; HACKENHAAR E ALBERNAZ, 2013.
	Infecção genito-urinária	GUNGOR, OSKAY, BEJI, 2011; OVALLE et al, 2012; PAGANOTI et al, 2012; HYMAN et al, 2013; FOXMAN et al, 2014.
	Internação hospitalar	GUNGOR, OSKAY, BEJI, 2011.
	Infecção por Chlamydia	SILVA et al, 2011.
	Doença respiratória	MARTIN et al, 2013.
	Feto do sexo masculino	GUNGOR, OSKAY, BEJI, 2011; CHALLIS et al, 2013; ROUGET et al, 2013.
	Gravidez múltipla	PASSINI JR et al, 2014.
	Mal formação fetal	PASSINI JR et al, 2014.
Riscos associados ao acesso aos serviços de saúde	Baixo número de consultas pré-natal	MARTINS et al, 2011; GUNGOR, OSKAY, BEJI, 2011; ALMEIDA et al, 2012; BALBI, CARVALHARES E PARADA; 2016.
	Locais com serviços de saúde escassos	PAULUCCI, NASCIMENTO, SCHULZE, 2011.

2.1.1 Fatores de risco associados às características individuais e às condições sociodemográficas

As características individuais, os hábitos e as condições relacionadas à mulher grávida são importantes de serem avaliadas na consulta pré-natal, pois podem contribuir para a ocorrência do parto prematuro. Os fatores de risco identificados na revisão e enquadrados nesta categoria foram as condições ambientais desfavoráveis; os extremos de idade materna; a cor da pele; baixa estatura materna; a história familiar recorrente de nascimentos pré-termo; os extremos de Índice de Massa Corpórea (IMC); mães trabalhadoras; estresse e ansiedade durante o período da gravidez; emprego da ducha vaginal de rotina; uso de cigarro, álcool e maconha, durante a gravidez; menor estrato sócio-econômico; habitar regiões de periferia/baixa renda, baixa escolaridade materna; baixo IDH de determinado país; mães solteiras; privação material e social; e nível educacional do parceiro (CRANE et al, 2011; MARTINS et al, 2011; MAGGIOLO, 2011; SALIHUA et al, 2011; GUNGOR, OSKAY E BEJI, 2011; PAULUCCI, NASCIMENTO, SCHULZE, 2011; GONÇALVES E MONTEIRO, 2012; ALMEIDA et al, 2012; HAYATBAKSHSH et al, 2012; PIMENTA et al, 2012; CORNMAN-HOMONOFF et al, 2012; HAMMOND et al, 2013; ROUGET et al, 2013; CASTELL et al, 2013; KRUPITZKI et al, 2013; SHAABAN et al, 2013; LAOPAIBOON et al, 2014; VAN DEN BROEK, JEAN-BAPTISTE, NEILSON, 2014; CARMICHAEL et al, 2014; VADILLO-ORTEGA et al, 2014; LYNCH et al, 2014; QIU et al, 2014; MORKEN, KÄLLEN, JACOBSSON, 2014; PARKER et al, 2014; AGUIRRE, BALDERAS, TORRES, 2014; SERAVALLI, PATTERSON, NELSON, 2014; ELIZARRARAZ et al, 2014; VOS et al, 2014; BASSIL et al, 2014; MORKEN, KÄLLEN, JACOBSSONE, 2014; SAUREL-CUBIZOLLES, PRUNET, BLONDEL, 2014; MORISAKI et al, 2014; KOZUKI et al, 2015; ARORA et al, 2015; ALTHABE et al, 2015; CANHAÇO et al, 2015; OLIVEIRA et al, 2016, GONZAGA et al, 2016, TUON et al, 2016; BALBI, CARVALHARES E PARADA; 2016).

Alguns fatores de risco ao parto pré-termo se relacionam ao ambiente, na qual as mulheres vivem. Investigação que foi realizada no México sugere que a poluição do ar associada a outros fatores biológicos pode induzir a uma inflamação sistêmica, influenciando na duração da gravidez (VADILLO-ORTEGA et al, 2014). Assim, a poluição ambiental pode influenciar para a ocorrência de parto prematuro. Os fatores de risco ambientais encontrados nesta revisão foram a poluição ambiental e a exposição à fumaça ambiental do tabaco.

No Canadá, pesquisa revelou que mulheres não fumantes expostas aos efeitos da fumaça ambiental do tabaco têm aumento de risco de resultados adversos na gravidez, incluindo parto prematuro, quando comparadas com mulheres que não tiveram exposição ambiental ao tabaco. A fumaça do cigarro no ambiente pode conter mais produtos prejudiciais à saúde do que a fumaça inalada através de um filtro, porém, os mecanismos envolvidos para a ocorrência de parto prematuro ainda não foram bem identificados (CRANE et al, 2011).

Na China, pesquisa identificou que o fumo passivo, durante a gestação, eleva os riscos para o parto prematuro e esse risco aumenta quanto maior for o tempo de exposição. A exposição ao fumo passivo, em casa, teve uma associação mais forte para o parto prematuro, quando comparada à exposição em outros locais (QIU et al, 2014).

Os extremos de idade materna são fatores que podem predispor ao parto prematuro. A idade materna avançada, considerada como a gravidez em mulheres com mais de 35 anos, aumenta o risco de parto prematuro, quando comparada com mulheres de idade entre 20 e 34 anos (HAMMOND et al, 2013; CASTELL et al, 2013; LAOPAIBOON et al, 2014; CANHAÇO et al, 2015; BALBI, CARVALHARES E PARADA; 2016).

Mulheres com idade materna avançada têm maiores riscos de complicações que favorecem para o desfecho do parto prematuro. As complicações de uma gravidez tardia podem ser justificadas pelo aumento do risco de doenças crônicas (como hipertensão e diabetes), piores condições físicas, aumento na prevalência de gestações múltiplas (devido à reprodução assistida), maior risco de rotura prematura de membranas e de hemorragia periparto (GONÇALVES E MONTEIRO, 2012).

Na pesquisa de Pimenta et al (2012), grande parte das gestantes com mais de 35 anos apresentaram parto prematuro como desfecho. Estudo realizado com mulheres de descendência africana, no Caribe Francês, revelou que o nascimento prematuro foi mais frequente em mulheres com idade superior a 35 anos (ROUGET et al, 2013). Investigação realizada em São Paulo identificou uma frequência estatisticamente maior de recém-nascidos pré-termos em mulheres com 40 anos ou mais (CANHAÇO et al, 2015). Na Espanha, pesquisa identificou que mulheres com mais de 35 anos têm maior risco de parto prematuro (CASTELL et al, 2013).

Assim como a idade materna avançada, a gravidez precoce também é considerada como um fator de risco para o parto prematuro. A gravidez na adolescência é definida com uma gestação compreendida entre os 10 e 19 anos. O parto prematuro na gestante adolescente pode ser explicado pelas condições socioeconômicas adversas, desnutrição, anemia,

imaturidade biológica, imaturidade do suprimento sanguíneo do útero ou do colo uterino e pela competição por nutrientes com o feto (MARTINS et al, 2011).

Na África, investigação realizada revelou que mulheres com idade inferior a 20 anos têm 70% mais chances de parto prematuro (VAN DEN BROEK, JEAN-BAPTISTE E NEILSON, 2014). Estudo realizado na Espanha identificou que as adolescentes têm risco de parto prematuro e resultados adversos na gravidez, que poderia ser explicado pela imaturidade biológica (CASTELL et al, 2013). Na pesquisa de Althabe et al (2015), adolescentes apresentaram risco relativamente maior de parto prematuro, especialmente as adolescentes menores de 15 anos. No Brasil, pesquisa realizada no Maranhão mostrou associação entre prematuridade e gravidez na adolescência (MARTINS et al, 2011). Em Minas Gerais, a pesquisa realizada em uma casa de gestantes identificou que a maior parte dos partos prematuros foi realizada em gestantes adolescentes (PIMENTA et al, 2012). Porém, no estudo de Rouget et al (2013), a idade inferior a 20 anos não foi considerada um fator de risco para a prematuridade.

Observa-se em diversos estudos que os extremos de idade materna influenciam para a ocorrência de parto prematuro (MARTINS et al, 2011; PIMENTA et al, 2012; HAMMOND et al, 2013; CASTELL et al, 2013; ROUGET et al, 2013; VAN DEN BROEK, JEAN-BAPTISTE E NEILSON, 2014; LAOPAIBOON et al, 2014; ALTHABE et al, 2015; CANHAÇO et al, 2015, TUON et al, 2016). Em contrapartida, a pesquisa de Paulucci, Nascimento e Schulze (2011) não conseguiu associar prematuridade com extremos de idade materna.

Alguns estudos identificados na revisão fazem referência à cor da pele da mãe, indicando em algumas situações que mulheres não brancas teriam um aumento do risco de parto prematuro. Isto pode ser justificado, devido ao acesso desigual aos serviços de saúde de mulheres não brancas por serem imigrantes nos países estudados (HAMMOND et al, 2013). Pesquisa realizada nos Estados Unidos revelou que a variabilidade geográfica do parto prematuro pode ser justificada por condições socioeconômicas, demográficas e de saúde da população, mas, nem tanto pela cor da pele negra ou branca (CARMICHAEL et al, 2014).

Estudo de Kozuki et al (2015) encontrou relação estatisticamente significativa entre baixa estatura materna e parto prematuro. O baixo volume uterino e a pelve pequena podem influenciar para esse desfecho. Alguns fatores de confusão podem estar associados a esses resultados, como a desnutrição aguda, baixo nível socioeconômico, dificuldades de acesso ou na qualidade da assistência pré-natal.

Outro fator de risco identificado na revisão foi a história familiar de nascimento pré-termo. Pesquisa realizada na Argentina revelou que o risco de parto prematuro é maior em mulheres com história familiar recorrente de nascimentos pré-termo. O estudo sugere que fatores genéticos desempenham papel importante na recorrência do parto prematuro (KRUPITZKI et al, 2013).

Os extremos de IMC são fatores de risco para parto prematuro (LYNCH et al, 2014; MORKEN, KÄLLEN, JACOBSSON, 2014; PARKER et al, 2014). Grave e moderada magreza e obesidade grau III são fatores de risco para parto prematuro (LYNCH et al, 2014). Os fatores que levam o IMC baixo a influenciar para a ocorrência de parto prematuro podem estar relacionados a deficiências no estado nutricional, desnutrição materna crônica, baixa concentração de nutrientes na dieta, fatores psicossociais, restrição de crescimento placentário e infecção/inflamação no sistema imunológico (LYNCH et al, 2014).

No que diz respeito à obesidade, as razões que levam para o aumento de parto prematuro nesse grupo ainda são desconhecidas. Os estudos sugerem a influência de medidores inflamatórios que são mais elevados em mulheres obesas e a contribuição de complicações pela obesidade, como a doença hipertensiva específica da gravidez (DHEG) e a restrição de crescimento intrauterino (LYNCH et al, 2014). Outro estudo mostrou que a obesidade materna está associada a maior risco de parto prematuro induzido, mas não espontâneo (PARKER et al, 2014). No entanto, pesquisa realizada no Rio Grande do Sul não relacionou parto prematuro com IMC pré-gestacional (GONÇALVES et al, 2012). Estudo multicêntrico realizado no Brasil identificou que alto IMC e ganho de peso durante a gestação foram fatores de proteção para o parto prematuro (PASSINI JR et al, 2014).

Mulheres trabalhadoras têm 2,2 vezes mais chances de ter parto prematuro do que as mulheres não trabalhadoras. O trabalho pode afetar a gravidez, devido a riscos ocupacionais, envolvendo agentes químicos e físicos, longa jornada de trabalho, longa jornada em pé, movimentação de cargas pesadas e estresse psicossocial (AGUIRRE, BALDERAS, TORRES, 2014). Estresse e ansiedade, durante o período da gravidez, vêm sendo discutidos com o intuito de relacioná-los como fatores de risco para parto prematuro. O estresse pode influenciar na resposta hormonal e inflamatória, desempenhando um papel na indução do parto, por meio da mudança na bioquímica do ambiente uterino (ALMEIDA et al, 2012; ROUGET et al, 2013).

Investigação realizada no Maranhão por Almeida et al (2012), junto a mulheres grávidas que foram questionadas quanto aos eventos que poderiam desencadear estresse, como problemas conjugais, falta de apoio familiar, conflitos, violência, situação financeira e

preocupações, durante a gestação, identificou que gestantes que viveram situações estressantes têm duas vezes mais chances de parto prematuro. No entanto, o estudo não utilizou nenhum instrumento acurado para detectar estresse, levando em consideração apenas a percepção relatada pelas mulheres.

Porém, uma investigação dos Estados Unidos que tinha o intuito de verificar o papel entre o estresse percebido no pré-natal e aumento de parto prematuro não encontrou relação entre estresse e prematuridade (SERAVALLI, PATTERSON; NELSON, 2014). Resultados semelhantes foram encontrados no México, onde a pesquisa identificou que estresse percebido e ansiedade não aumentaram o risco de parto prematuro espontâneo (ELIZARRARAZ et al, 2014).

No Egito, estudo com mulheres que realizavam ducha vaginal de rotina, uma prática prevalente e de raízes tradicionais e religiosas nessa comunidade, revelou que tal prática aumenta os riscos de parto prematuro e vaginose bacteriana (SHAABAN et al, 2013). Outro hábito cultural que foi investigado é o jejum feito por gestantes, durante o período do Ramadan, no Líbano. Tal hábito poderia influenciar para a ocorrência de parto prematuro, devido a deficiências nutricionais. Porém, o estudo revelou que o jejum feito no período do Ramadan não foi associado ao risco de parto prematuro (AWWAD et al, 2012).

Mulheres que utilizam álcool, durante a gravidez, estão mais propensas a ter um parto prematuro, existindo uma associação significativa entre o consumo de álcool durante a gravidez e o parto prematuro. O álcool pode levar a lesões vasculares que contribuem para resultados adversos na gravidez (SALIHUA et al, 2011). Porém, uma investigação realizada no Chile não encontrou relação entre o consumo de álcool e parto prematuro. O consumo de álcool, neste estudo, aumentou o risco de morte fetal, mas não de parto prematuro (CORNMANN-HOMONOFF et al, 2012).

O tabagismo, durante a gravidez, é um fator de risco para parto prematuro que já está bem fundamentado nos estudos científicos (MORKEN, KÄLLEN E JACOBSSONE, 2014; BASSIL et al, 2014; ARORA et al, 2015). O feto de uma mãe fumante fica exposto, de forma passiva, ao fumo. A utilização do cigarro durante a gravidez provoca a diminuição do oxigênio, pela redução do fluxo sanguíneo uterino (MAGGIOLO, 2011). A nicotina pode levar à doença placentária isquêmica, desencadeando o parto prematuro (QIU et al, 2014). Uma investigação realizada na Europa Central e Oriental revelou que as mulheres fumantes têm 2,4 vezes mais propensão ao parto prematuro (ARORA et al, 2015).

O uso de maconha, durante a gravidez, também aumenta o risco de parto prematuro. Pesquisa realizada na França identificou que os consumidores de maconha tiveram 6,4% de

taxa de nascimentos prematuros contra 2,8% dos não consumidores (SAUREL-CUBIZOLLES, PRUNET, BLONDEL, 2014). Na Austrália, o uso de maconha, durante a gravidez, foi associado com trabalho de parto prematuro (HAYATBAKHS et al, 2012). O princípio ativo da maconha atravessa a barreira placentária, afetando o feto e alterando o sistema vascular, diminuindo a perfusão útero-placentária (HAYATBAKHS et al, 2012; SAUREL-CUBIZOLLES, PRUNET, BLONDEL, 2014).

Os usos de cocaína e *crack*, na gravidez, também estão relacionados ao aumento no número de casos de prematuridade. A cocaína provoca ativação dos sistemas adrenérgicos, contribuindo para o trabalho de parto prematuro e o *crack* reduz o fluxo placentário, colaborando para o envelhecimento da placenta (BRASIL, 2012).

As condições sócio-econômicas são importantes fatores de risco para o parto prematuro. Um estudo realizado na Austrália Ocidental revelou que mulheres de menor estrato sócio-econômico têm risco aumentado para desfechos adversos no parto, incluindo parto pré-termo. Este risco pode ser relacionado à desigualdade no acesso aos serviços de saúde, principalmente, ao pré-natal (HAMMOND et al, 2013).

Uma revisão sistemática verificou que mulheres que moram em bairros sócio-economicamente desfavorecidos têm um risco aumentado de parto prematuro. Além das questões sócio-econômicas envolvidas, viver em bairros desfavorecidos pode acarretar maior exposição a ambientes poluídos e sem segurança (VOS et al, 2014). Pesquisa realizada no Brasil, em São Paulo, verificou a abordagem espacial da prematuridade e identificou que, nas regiões de periferia, existia um maior número de casos de partos prematuros, sendo essas regiões áreas de população de baixa renda. As regiões identificadas no estudo, provavelmente, têm dificuldades de acessar os serviços de saúde e menor nível socioeconômico (PAULUCCI, NASCIMENTO; SCHULZE, 2011).

Outra investigação realizada no Maranhão identificou uma associação estatisticamente significativa entre parto pré-termo e renda mensal menor do que dois salários mínimos. Gestantes com renda mensal inferior a dois salários mínimos têm duas vezes mais chances de ter um bebê prematuro. A baixa renda expõe a mulher a outros fatores de risco para o parto prematuro como nutrição deficiente, sobrecarga de trabalho, estresse e assistência de saúde inadequada (ALMEIDA et al, 2012).

O IDH do país pode influenciar para o desfecho de parto prematuro. Países de maior IDH têm um aumento da indicação de partos prematuros e uma diminuição na natimortalidade e mortalidade neonatal precoce. Esse fato é explicado pelo excesso de intervenções médicas para reduzir complicações maternas. No entanto, não é observada uma diminuição no

nascimento prematuro associado com melhor desenvolvimento humano do país (MORISAKI et al, 2014).

A investigação de Paulucci, Nascimento e Schulze (2011) identificou associação entre prematuridade e baixa escolaridade materna, porém, esse resultado pode ser relacionado ao local de moradia, uma vez que essas mulheres moram em bairros de difícil acesso aos serviços de saúde. Da mesma forma, as investigações de Martins et al (2011), Gonzaga et al (2016) e Oliveira et al (2016) revelaram associação entre prematuridade e baixa escolaridade.

A escolaridade do pai também pode ser fator de risco para o parto prematuro. Na Turquia, o único fator sócio-econômico que afetou o risco para parto prematuro foi o menor nível educacional do parceiro, ou seja, parceiro com menos de oito (8) anos de estudo foi um fator de risco significativo para parto prematuro. Porém, no grupo pré-termo foi significativamente menor o suporte social percebido, a partir de família e amigos (GUNGOR, OSKAY E BEJI, 2011).

Mães solteiras parecem ser mais vulneráveis para um parto prematuro. Um estudo com um grupo de mulheres de origem africana, que tiveram parto prematuro, revelou que 57% delas eram solteiras (ROUGET et al, 2013). O mecanismo pelo qual esse fator sociodemográfico tem influência para o parto prematuro ainda não foi completamente compreendido, porém, a sugestão é da contribuição desse fator para o estresse materno ligado às más condições de vida e a falta de um companheiro para dividir as dificuldades e responsabilidades (ALMEIDA et al, 2012; ROUGET et al, 2013).

Pesquisa realizada no Canadá identificou que mulheres com índices de privação material e social têm maior risco de ter um parto prematuro tardio. Neste estudo, a privação material foi avaliada por meio da proporção das pessoas com idades entre 15 e mais anos que não tinham diploma do ensino médio, o rendimento médio e a relação de emprego da população. Já a privação social foi identificada pela proporção de pessoas que vivem sozinhas, separadas, divorciadas ou viúvas e a proporção das famílias monoparentais (BASSIL et al, 2014).

Pode-se observar que essa categoria elencou um grande número de fatores de risco para o parto prematuro. É importante que o profissional de saúde, ao realizar a consulta de pré-natal, faça um histórico completo da gestante para poder avaliar esses riscos. Alguns dos fatores de risco identificados nessa categoria podem ser modificados pela mulher ou pela orientação do profissional de saúde, como é o caso das questões comportamentais. Nessas situações, a mulher deve ser incentivada, antes mesmo de engravidar, quanto às alterações de hábitos ou, até mesmo após a descoberta da gravidez, ela pode se beneficiar dessas mudanças.

É importante que o sistema de saúde e os profissionais ofereçam apoio adequado para que essas mudanças de hábitos possam ocorrer como a realização de aconselhamento nutricional, grupo/atividades de lazer, grupo de apoio para cessação do tabaco e outras drogas, entre outros.

Além disto, alguns riscos podem ser modificáveis por meio de mudança estrutural maior, como no caso da criação de leis que protejam a mulher trabalhadora e propiciem um ambiente de trabalho adequado para a gestante trabalhadora. Em vários países, já existem leis de proteção à gestante trabalhadora, enquanto em outros não há uma legislação específica (AGUIRRE, BALDERAS, TORRES, 2014).

No caso dos fatores ambientais, alguns são passíveis de modificação, mas essa mudança não depende somente da vontade da mãe/gestante, necessitando de uma intervenção em um determinado contexto. A identificação de riscos sócio-econômicos no atendimento da gestante é importante ser realizada na consulta de pré-natal. Tais riscos são difíceis de serem modificados, porém a equipe pode oferecer uma atenção especial para essas gestantes, assim como encaminhá-las para o serviço social.

Portanto, os programas de planejamento familiar podem contribuir para a diminuição dos índices de complicações na gravidez e de parto prematuro, a partir do momento em que as mulheres identificam os seus riscos e se preparam para a gravidez. Todas as mulheres devem se planejar para a gravidez, no entanto, mulheres expostas a determinados fatores de risco para parto prematuro precisam ter uma consciência ainda maior dos riscos que a gestação acarreta para poder evitar ou minimizar os danos.

2.1.2 Fatores de risco associados às condições clínicas preexistentes

A gravidez associada a outras condições de saúde preexistentes e não relacionadas ao período gestacional pode aumentar os riscos de parto prematuro. Nesta categoria, foram elencados os seguintes riscos: anemia, infecção por malária, asma, hipertireoidismo, tratamento de hemodiálise, infecções sexualmente transmissíveis, uso de antirretroviral, uso de medicações, hipertensão, diabetes preexistentes, história de cirurgia bariátrica, de esplenectomia ou de anomalias uterinas congênitas, excisão anterior da zona de transformação e transplante de fígado (ALLEN et al, 1998; JABIRY-ZIENIEWICZ et al, 2011; LUEWAN, CHAKKABUT, TONGSONG, 2011; CHAN et al, 2011; SIT et al, 2011; GERSHOVITZ et

al, 2011; MAGNUSSEN et al, 2011; CHI, MAYON-WHITE, WOJNAROWSKA, 2011; CHEN et al, 2012; KHALID et al, 2012; NEWMAN et al, 2013; ROUGET, 2013; SHAHIR et al, 2013; ROOS et al, 2013; HABERMANN et al, 2013; VAN DEN BROEK, JEAN-BAPTISTE, NEILSON, 2014; GONZALES, TAPIA E GASCO, 2014; KREITCHMANN et al, 2014; MORKEN, KÄLLEN, JACOBSSON, 2014; LUMBIGANON et al, 2014; DIAV-CITRIN et al, 2014; PILS et al, 2014; GUI et al, 2014; LEUNG et al, 2015; ARORA et al, 2015).

As condições de saúde associadas à gravidez podem contribuir com o parto prematuro. Investigação conduzida por Lumbiganon et al, (2014) identificou que mulheres com algumas doenças, denominadas de causas indiretas pelos autores, têm um aumento de três vezes no risco de parto prematuro. As causas indiretas encontradas foram anemia, malária ou dengue, doença pulmonar, doença cardíaca e doença hepática.

Alguns estudos relacionam a anemia ao parto prematuro. Em investigação, na África, ser anêmica durante a gravidez quase dobrou as chances de parto prematuro. A anemia está relacionada à má nutrição materna, sendo um importante fator de risco para a mãe no pós-parto e também é reconhecida como um fator de risco para o parto prematuro (VAN DEN BROEK, JEAN-BAPTISTE, NEILSON, 2014).

Estudo realizado no Peru revelou que os valores de hemoglobina para determinar anemia em gestantes não devem ser reajustados em locais de alta altitude. Nesse tipo de local, a atividade eritropoética aumenta para compensar a hipóxia tecidual. Se os valores forem ajustados, um maior número de gestantes serão diagnosticadas falsamente como anêmicas, resultando em tratamentos desnecessários (GONZALES, TAPIA, GASCO, 2014). Com relação à questão, investigação realizada em 43 hospitais no Peru não encontrou associação entre altas altitudes e parto prematuro. A pesquisa avaliou os nascimentos de acordo com três diferentes tipos de altitude: baixa, moderada e alta. A elevada altitude estaria relacionada à diminuição do fluxo útero-placentário, podendo levar à hipóxia (LEVINE et al, 2015).

Algumas doenças infecciosas foram encontradas como fatores de risco ao parto prematuro, nos estudos selecionados na revisão. Dentre estas doenças, está a infecção por malária. A malária contribui para o desenvolvimento de anemia materna e, conseqüentemente, aumenta os índices de parto prematuro nas mulheres infectadas (ALLEN et al, 1998; VAN DEN BROEK, JEAN-BAPTISTE E NEILSON, 2014; LUMBIGANON et al, 2014).

As infecções sexualmente transmissíveis também podem levar a desfechos desfavoráveis na gravidez. A contaminação por sífilis ativa, na gravidez, gera risco de resultados adversos, incluindo parto prematuro (NEWMAN et al, 2013). Estudo realizado em

países da América Latina revelou que 19,8% das mulheres com infecção pelo HIV tiveram parto prematuro e que o uso de antirretroviral, na concepção, aumenta em 40% o risco para resultado materno adverso, principalmente, parto pré-termo. O mecanismo envolvido para a ocorrência de parto prematuro em mulheres que faziam uso de antirretroviral no momento da concepção ainda não foi elucidado, porém, os autores identificaram que alterações imunológicas podem influenciar para o desfecho do parto prematuro (KREITCHMANN et al, 2014). Investigação realizada na África revelou que a terapia com antirretroviral para HIV aumenta os riscos de trabalho de parto prematuro (CHEN et al, 2012). Porém, outra pesquisa realizada na África não observou diferenças estatísticas de parto prematuro em mulheres com infecção pelo HIV ou sífilis (VAN DEN BROEK, JEAN-BAPTISTE E NEILSON, 2014).

Mulheres com doença inflamatória intestinal têm maior risco de parto prematuro, porém os mecanismos envolvidos para esse resultado ainda não estão bem compreendidos na literatura (LEUNG et al, 2015).

Asma é um fator de risco para o parto prematuro induzido. O processo envolvido para esse desfecho ainda não está reconhecido, porém é questionado quanto ao uso de medicação e à propensão das mulheres asmáticas em requerer a indução do parto (ROUGET, 2013). Mulheres com níveis pré-gestacionais altos de colesterol, triglicerídeos e glicose têm maior risco de parto prematuro, quando comparadas com mulheres com níveis normais. O mecanismo envolvido para esse risco não foi especificado (MAGNUSSEN et al, 2011).

Hipertireoidismo foi outro fator de risco ao parto prematuro encontrado nos estudos selecionados (LUEWAN, CHAKKABUT E TONGSONG, 2011), além das mulheres em tratamento de hemodiálise. Quanto a esse último fator, um estudo realizado na Austrália e na Nova Zelândia revelou que 53,4% das gestantes em hemodiálise tiveram partos prematuros, o que pode ser explicado pelo maior risco de complicações como hipertensão e pré-eclâmpsia, doenças associadas à prematuridade (SHAHIR et al, 2013).

A hipertensão crônica aumenta a incidência de descolamento prematuro de placenta, pré-eclâmpsia sobreposta, mortalidade perinatal, restrição do crescimento uterino e parto prematuro (DIX, 2012). Mulheres com hipertensão e diabetes pré-existentes à gravidez têm maior risco de parto prematuro (MORKEN, KÄLLEN, JACOBSSON, 2014; ARORA et al, 2015). Hipertensas têm três (3) vezes mais propensão de terem um parto prematuro (ARORA et al, 2015), assim como as pacientes com diabetes prévia ou diabetes gestacional severa têm risco aumentado para tal. Os níveis altos de glicose, no final da gravidez, estão relacionados a complicações (GUI et al, 2014), uma vez que a gravidez gera diversas alterações hormonais

que afetam o controle glicêmico, podendo acelerar complicações vasculares (CASHION, 2012).

Além de patologias na gravidez, a utilização de algumas medicações também pode desencadear o parto prematuro. O uso de antipsicóticos de primeira geração e de lítio, durante a gravidez, parece estar associado ao parto prematuro (HABERMANN et al, 2013; DIAV-CITRIN et al, 2014). A investigação realizada no Reino Unido verificou que não houve associação entre exposição materna a corticosteróides tópicos, durante a gravidez, e parto prematuro (CHI, MAYON-WHITE E WOJNAROWSKA, 2011). O uso de antidepressivos pode aumentar os riscos para parto prematuro, porém, investigação realizada nos Estados Unidos não verificou associação entre o uso de antidepressivo na gravidez e parto prematuro (SIT et al, 2011).

Alguns estudos têm relacionado a ocorrência de parto prematuro com a excisão da zona de transformação (KHALID et al, 2012; PILS et al, 2014). A excisão da zona de transformação é um dos métodos mais utilizados para tratamento de lesões neoplásicas intraepiteliais cervicais (PILS et al, 2014) . O mecanismo envolvido para o acontecimento do parto prematuro, após a excisão da zona de transformação, é incerto. Porém, já está bem definido que, quanto maior a quantidade de tecido removido, maior é o risco de parto prematuro (KHALID et al, 2012).

Estudo realizado na Áustria identificou que mulheres com excisão anterior da zona de transformação possuem maior risco de parto prematuro (PILS et al, 2014). Na Irlanda, uma pesquisa identificou que a excisão ampla da zona de transformação mais profunda do que 1,2 cm e maior que seis (6) cm³ aumenta, em até três vezes, o risco de parto prematuro, quando comparada com as menores. Porém, o intervalo de tempo entre a excisão e a gravidez não teve efeito sobre as taxas de parto prematuro (KHALID et al, 2012).

Investigação com mulheres que realizaram transplante de fígado, que tinha o intuito de identificar as complicações obstétricas mais comuns, revelou que 30,8% das mulheres tiveram parto prematuro. As intercorrências da gestação pós-transplante depende da função estável do enxerto, podendo incluir modificações na terapia imunossupressora. É recomendável atrasar a gravidez de um (1) a dois (2) anos, após o transplante (JABIRY-ZIENIEWICZ et al, 2011).

História de cirurgia bariátrica, de esplenectomia ou de anomalias uterinas congênitas está associada ao parto prematuro (GERSHOVITZ et al, 2011; CHAN et al, 2011; ROOS et al, 2013). Em relação ao risco de um nascimento prematuro após cirurgia bariátrica, o mecanismo envolvido não está claro, sendo sugerido que deficiências de micronutrientes

possam afetar o crescimento fetal e placentário e a modificação no IMC, após a cirurgia, possam causar efeitos à mulher (ROOS et al, 2013).

No que diz respeito à esplenectomia, há especulação de que as diferenças de regulação da imunidade inata, na qual o baço tem importante tarefa de indução e manutenção, podem favorecer para o desfecho de parto prematuro. Isto porque o sistema imunológico tem papel fundamental no sucesso da gravidez (GERSHOVITZ et al, 2011).

As anomalias uterinas congênitas são variadas, defeitos de canalização e útero septado aumentam o risco de parto prematuro. Tais alterações podem provocar contrações uterinas mais frequentes e descoordenadas ou reduzir a capacidade uterina, favorecendo ao parto prematuro (CHAN et al, 2011).

A maioria dos riscos elencados nessa categoria não podem ser modificados, mas podem ser controlados. O controle rigoroso da glicemia materna, antes da gravidez, por exemplo, é primordial para evitar resultados adversos; além disso, as mulheres com diabetes pré-gestacional necessitam saber reconhecer as complicações vasculares (CASHION, 2012).

Mulheres com hipertensão pré-gestacional precisam começar o tratamento anti-hipertensivo, avaliar lesões em órgãos alvo, identificar a causa da hipertensão, mudar o estilo de vida, como cessação do uso de tabaco e álcool, iniciar exercícios aeróbicos, perder peso e controlar a dieta, antes da gravidez. Tais cuidados são necessários para evitar danos à saúde da mãe e do bebê (DIX, 2012).

Melhorar a nutrição materna também pode prevenir o parto prematuro (VAN DEN BROEK, JEAN-BAPTISTE E NEILSON, 2014). As condições maternas devem ser investigadas e, se possível, devem ser melhoradas/controladas, antes da gravidez (LUMBIGANON et al, 2014).

Constata-se que, nessa categoria, foi elencado grande número de fatores de risco que não são modificáveis. Os profissionais de saúde e as gestantes devem estar atentos para esses riscos, se possível, antes mesmo da gravidez. O ideal seria que esses riscos fossem tratados ou controlados, antes de a mulher engravidar. Portanto, mais uma vez fica evidente que o planejamento familiar, as atividades de educação em saúde e a promoção da saúde da mulher como um todo são importantes instrumentos na prevenção do parto prematuro que podem ser realizados pelo enfermeiro.

2.1.3 Fatores de risco associados à história reprodutiva anterior

A história reprodutiva anterior é um dado relevante, que precisa ser identificado na anamnese das gestantes. Resultados obstétricos adversos anteriores são indicativos de parto prematuro (TRILLA et al, 2014). Nessa categoria, foram identificados, nos artigos encontrados nesta revisão, os seguintes fatores de risco: mola hidatiforme, nascimento pré-termo, história de cesariana anterior, aborto e primiparidades.

Mola hidatiforme, pouco antes do parto, aumentou em quase 25% o risco de parto pré-termo em uma pesquisa realizada na Suécia, porém esse resultado pode ser devido a fatores de confusão. Esse aumento pode ser relacionado a um nível mais elevado de ansiedade e medo, após o episódio ou com a realização da curetagem uterina para retirada da mola hidatiforme (JONEBORG et al, 2014).

Já está bem discutido na literatura e nos estudos científicos que um nascimento pré-termo anterior é importante fator de risco para o parto prematuro (GUNGOR, OSKAY E BEJI, 2011; RAFAEL et al, 2012; HAMMOND et al, 2013; ROUGET et al, 2013; , FEBRASGO, 2013; ADANE et al, 2014, NELSON et al, 2014, VAN DEN BROEK, JEAN-BAPTISTE E NEILSON, 2014, TRILLA et al, 2014; PASSINI JR et al, 2014). O principal fator de risco para o parto pré-termo é a história pregressa de parto prematuro (FEBRASGO, 2013; MONTENEGRO E REZENDE, 2014). Pesquisa realizada na África mostrou que mulheres com história de parto prematuro anterior tiveram duas vezes mais chances de repetir o parto pré-termo (VAN DEN BROEK, JEAN-BAPTISTE E NEILSON, 2014).

Estudo realizado com mulheres de origem africana revelou que 20% daquelas que tiveram parto prematuro já tinham tido uma história de parto prematuro anterior (ROUGET et al, 2013). Mulheres que tiveram parto prematuro anterior de gêmeos têm um risco aumentado de parto prematuro em uma gravidez única posterior (RAFAEL et al, 2012). A probabilidade de repetir um parto pré-termo é de 20%; após dois partos pré-termos anteriores, o risco passa para 35-40% (MONTENEGRO E REZENDE, 2014). A Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (2013) diz que, após um parto anterior de 35 semanas, a chance de um segundo parto prematuro é de 16%; após dois, o risco aumenta para 41%; e após três partos prematuros, chega a 67%.

História de aborto anterior também foi frequente em mulheres que tiveram partos prematuros (ROUGET et al, 2013; PASSINI JR et al, 2014). Assim, mulheres com relatos de abortos anteriores têm um risco aumentado de parto prematuro e este risco mostra-se em um

padrão dose-resposta, ou seja, quanto mais abortos anteriores a mulher teve, maiores são os riscos de parto prematuro na gravidez atual. Mulheres com história anterior de abortos espontâneos têm maior risco de disfunções placentárias, o que favorece o trabalho de parto prematuro (GUNNARSDOTTIR et al, 2014).

No estudo realizado por Almeida et al (2012), mulheres primíparas tiveram duas vezes mais chances de parto prematuro. Porém, tal achado necessita ser analisado em conjunto com outros fatores sociodemográficos, como idade e baixa escolaridade (ALMEIDA et al, 2012). Outro fator de risco relevante para ser questionado na entrevista de gestantes, no momento da consulta, são os partos anteriores. A história de cesariana anterior é caracterizada como um fator de risco para parto prematuro (HAMMOND et al, 2013; LAVERIANO e REDONDO, 2013; BASSIL et al, 2014). A cicatriz anterior de cesárea pode prejudicar a implantação da placenta, favorecendo problemas como descolamento prematuro de placenta e parto prematuro espontâneo (LAVERIANO e REDONDO, 2013).

Pode-se observar que, ao realizar a consulta de pré-natal, o profissional de saúde deve fazer a anamnese detalhada da gestante, pois a história reprodutiva anterior pode influenciar na gravidez atual. Além de realizar a anamnese, o registro dos dados na carteira de gestante e no prontuário para que outros profissionais obtenham essa informação, de maneira facilitada.

Portanto percebe-se, nessa categoria, que a história obstétrica anterior produz influência sobre a gravidez atual e pode colaborar para a ocorrência do parto prematuro. Assim, é necessário que o profissional de saúde, que realiza o pré-natal, em especial o Enfermeiro, faça uma anamnese detalhada da gestante, avaliando e orientando quanto aos riscos gestacionais. Em algumas situações, o profissional de saúde pode indicar o acompanhamento pré-natal mais frequente, encaminhar essa gestante para a realização de exames específicos ou ao pré-natal de alto risco. O planejamento familiar e a promoção da saúde das mulheres que têm história obstétrica anterior de risco também são estratégias importantes de serem realizadas. Ressalta-se a consulta de puerpério como um instrumento para o fortalecimento do planejamento familiar que pode contribuir para a mulher reconhecer os riscos de uma gravidez futura.

2.1.4 Fatores de risco associados à doença obstétrica na gravidez atual

A presença de doenças/problemas na gravidez atual aumenta os riscos de parto pré-termo. Algumas intercorrências clínicas durante a gestação podem crescer em até quatro vezes as chances de parto prematuro (ALMEIDA et al, 2012). Nessa categoria, foram identificados na revisão os seguintes fatores de risco: Doença Hipertensiva Específica da Gestação (DHEG), Hemorragia pré-parto, Hiperêmese gravídica, Colestase intra-hepática da gravidez, Diabetes gestacional, Indução do parto, Fertilização in vitro e Ganho de peso maior que oito (8) quilos, durante a gravidez.

Entre as intercorrências que contribuem para o parto prematuro estão a DHEG (ALMEIDA et al, 2012; HAMMOND et al, 2013; GONZAGA et al, 2016; BERGER et al, 2016). Para mulheres de origem africana, a hipertensão gestacional foi um dos principais fatores de risco identificados no parto prematuro (ROUGET et al, 2013). Pesquisa no Chile revelou que a hipertensão foi responsável por 74% dos partos prematuros com indicação médica (OVALLE et al, 2012). Na Tanzânia (África), estudo identificou que mulheres que tiveram pré-eclâmpsia, na gravidez anterior, têm 2,5 vezes mais risco de parto prematuro. O risco relaciona-se aos efeitos da pré-eclâmpsia recorrente e a outros fatores não especificados no estudo (MAHANDE et al, 2013). Em São Paulo, hipertensão arterial na gravidez foi uma variável significativa para o parto prematuro (BERGER et al, 2016).

Os distúrbios hipertensivos são classificados em hipertensão gestacional (hipertensão sem proteinúria, após 20 semanas de gestação), pré-eclâmpsia (hipertensão e proteinúria, após as 20 semanas de gestação) e eclâmpsia (desenvolvimento de convulsões ou coma, em pacientes com pré-eclâmpsia) (DIX, 2012).

A pré-eclâmpsia desenvolve sintomas durante a gravidez, que desaparecem após o parto. Os distúrbios hipertensivos causam diminuição da perfusão placentária, contribuindo para descolamento prematuro de placenta e parto prematuro (DIX, 2012). A pré-eclâmpsia também aumenta a atividade uterina, colaborando para o parto prematuro (MONTENEGRO ; REZENDE, 2014). Ainda, se o distúrbio hipertensivo complicar, pode ser necessária a indicação de parto pré-termo para interrupção da doença (BRASIL, 2010; DIX, 2012).

Mulheres com distúrbios hipertensivos necessitam de vários cuidados, entre eles, a monitorização de pressão arterial, edema, reflexos tendinosos profundos, presença de sangramento, tônus uterino e hipersensibilidade, a solicitação de exames laboratoriais, exame de urina e a orientação da gestante para verificar diariamente a atividade do feto. Alguns

casos podem necessitar de tratamento farmacológico com sulfato de magnésio para prevenir e tratar a atividade convulsiva e medicamentos anti-hipertensivos (DIX, 2012).

Outra intercorrência na gravidez importante de ser avaliada é a presença de distúrbios hemorrágicos. Mulheres que apresentam hemorragia pré-parto têm um risco elevado de parto prematuro (ALMEIDA et al, 2012; HAMMOND et al, 2013; BHANDARI et al, 2014; PASSINI JR et al, 2014). A perda de sangue, devido aos distúrbios hemorrágicos, reduz a capacidade de carregamento sanguíneo, contribuindo para o parto prematuro (CASHION, 2012b).

Os distúrbios hemorrágicos são diversos. Os que ocorrem no final da gravidez podem ser devidos à placenta prévia (placenta que cobre parcial ou completamente o colo do útero ou está próxima do colo), descolamento prematuro de placenta, rotura uterina e vasa prévia (sangramento dos vasos sanguíneos fetais que atravessam as membranas amnióticas) (BRASIL, 2010; CASHION, 2012 b). Existe também a hemorragia anteparto, de origem desconhecida, com diagnóstico realizado por meio de exclusão (BHANDARI et al, 2014).

Mulheres com sangramento vaginal no 3º trimestre necessitam realizar exame especular e inspeção vaginal, para descartar lesões como causa do sangramento. Também precisam realizar ultrassonografia para avaliar se a placenta é prévia (RAMOS et al, 2011).

Estudo realizado na Suécia identificou que mulheres com hiperêmese gravídica têm risco mais do que o dobro de parto pré-termo (BOLIN et al, 2013). A hiperêmese gravídica caracteriza-se por vômitos na gravidez que pode causar perda de 5% de peso, desidratação e desnutrição (MONTENEGRO E REZENDE, 2014). A hiperêmese gravídica pode contribuir para distúrbios placentários, influenciando ao parto prematuro (BOLIN et al, 2013).

A colestase intra-hepática da gravidez é uma doença hepática comum, durante a gravidez, e caracteriza-se por prurido materno e ácidos biliares elevados. As pesquisas de Wikstrom Shemer et al (2013) e de Geenes et al (2014) concluíram que existe risco aumentado de prematuridade para gestantes com colestase intra-hepática da gravidez. O risco de parto prematuro pode estar associado ao risco de morte fetal, devido ao aumento dos ácidos biliares maternos que pode levar à indução do parto, antes das 37 semanas. Em relação ao parto prematuro espontâneo, os ácidos biliares podem ter efeito na contratilidade do miométrio ou deixar as mulheres mais sensíveis ao efeito da ocitocina (GEENES et al, 2014).

O diabetes gestacional aumenta o risco de parto prematuro induzido, em mulheres de origem africana (ROUGET et al, 2013). O diabetes gestacional caracteriza-se por hiperglicemia diagnosticada na gravidez (OPPERMANN, WEINERT E REICHELT, 2011). Em geral, mulheres com diabetes gestacional continuam a gravidez até as 40 semanas de

gestação (CASHION, 2012). Nos casos em que as gestantes não consigam um controle metabólico adequado, apresentem vasculopatia, nefropatia ou têm história de natimorto anterior, pode ser indicada a antecipação do parto (BRASIL, 2010).

Estudo realizado nos Estados Unidos verificou aumento nos índices de parto prematuro, de 1992-94 a 2002-04; esse aumento foi relacionado à taxa de indução do parto, mas não ao aumento da taxa de cesariana. É importante ressaltar que a indução do parto prematuro deve levar em consideração os riscos de uma gestação até 40 semanas em relação aos riscos do parto antes do tempo (ZHANG E KRAMER, 2012).

Mulheres que realizaram fertilização in vitro podem ter risco aumentado de parto prematuro. A investigação realizada por Turker et al (2013) com recém-nascidos internados na unidade de terapia intensiva neonatal identificou que a fertilização in vitro pode estar associada ao parto prematuro. O ganho de mais de oito (8) quilos, durante a gestação, aumentou o risco de parto pré-termo, em investigação realizada em Rio Grande (Rio Grande do Sul) (GONÇALVES et al, 2012).

Essa categoria elencou fatores de risco que necessitam ser monitorados pelos profissionais de saúde, na atenção pré-natal. A maioria dos fatores não são modificáveis, mas tem a possibilidade de acompanhamento para evitar maiores danos à saúde e, conseqüentemente, diminuir o risco de parto prematuro. Para isso, é necessário que o profissional de saúde esteja atento e saiba encaminhar a mulher para exames complementares e serviços necessários.

2.1.5 Fatores de risco associados às intercorrências clínicas e ao risco fetal

Nessa categoria, foram elencados fatores de risco que podem aparecer durante o curso da gravidez, e desencadear o parto prematuro. São eles: a infecção do trato urinário, infecção genito-urinária, internação hospitalar, infecção por Chlamydia, doença respiratória e fetos do sexo masculino.

A infecção é um fator de risco comprovado como causador do parto pré-termo. Infecções urinárias e vaginais aumentam o risco de parto prematuro (PIOTROWSKI, 2012). Estudo com mulheres de origem africana revelou que a infecção urinária está presente em 24% dos partos prematuros (ROUGET et al, 2013). No Rio Grande do Sul, uma investigação encontrou associação entre internação hospitalar por infecção urinária e ameaça de trabalho de parto pré-termo (HACKENHAAR e ALBERNAZ, 2013).

As infecções do trato urinário (ITU) são classificadas em bacteriúria assintomática, cistite e pielonefrite (MCATEER, 2012). O aumento do risco de trabalho de parto pré-termo em gestantes com ITU pode ser explicado, devido à resposta inflamatória que produz prostaglandinas ou pela colonização do fluido amniótico pelas bactérias do foco infeccioso, que podem produzir prostaglandinas. As prostaglandinas induzem à contração do endométrio, deflagrando o trabalho de parto (DUARTE et al, 2008).

Na Turquia, a infecção genito-urinária e a internação hospitalar durante a gravidez foram fator de risco para o nascimento prematuro (GUNGOR, OSKAY E BEJI, 2011). O diagnóstico e o tratamento das infecções urinárias diminuem o risco de parto prematuro (FEBRASGO, 2013). No Chile, a infecção bacteriana ascendente, representada pela infecção urinária ou vaginal, associou-se com mais de 50% dos nascimentos prematuros espontâneos (OVALLE et al, 2012).

A vaginose bacteriana com presença de *Mycoplasma* foi associada com aumento do risco de parto prematuro. Porém, o tratamento da vaginose bacteriana tem um efeito misto na prevenção de parto prematuro (FOXMAN et al, 2014). O diagnóstico e o tratamento da vaginose bacteriana é um método que ainda não foi comprovado na redução da prematuridade (FEBRASGO, 2013). Investigação nos Estados Unidos demonstrou que a diversidade do microbioma vaginal, no transcurso da gravidez humana, está relacionada com trabalho de parto prematuro (HYMAN et al, 2013).

A vaginose caracteriza-se por uma grande quantidade de bactérias anaeróbias, com diminuição ou ausência de lactobacilos (PAGANOTI et al, 2012). O diagnóstico de vaginose bacteriana é predominantemente clínico (BRASIL, 2010; PAGANOTI et al, 2012). É recomendado que, em gestações de alto risco, seja realizada pesquisa de vaginose bacteriana, especialmente, em mulheres com história anterior de prematuridade (BRASIL, 2010). Apesar de a maioria dos estudos relatarem que o tratamento das infecções genitais não reduz o risco de prematuridade, apontam que, se o tratamento da vaginose bacteriana for realizado, antes de 20 semanas de gestação, há uma redução no risco de parto prematuro (PAGANOTI et al, 2012).

Uma meta-análise verificou que a infecção por *Chlamydia*, durante a gravidez, aumenta o risco de parto prematuro (SILVA et al, 2011a). Estudo realizado, em Vitória (Espírito Santo), evidenciou alta prevalência de *Chlamydia* em parturientes com trabalho de parto prematuro, porém não encontrou associação estatística, devido à baixa prevalência de alguns fatores de risco na amostra (LOPES, 2014). A *Chlamydia* é uma infecção sexualmente

transmissível, silenciosa e de difícil diagnóstico. O diagnóstico pode ser feito por exame de cultura do colo uterino (LOWDERMILK, 2012).

Outra investigação realizada nos Estados Unidos mostrou que a presença de doença respiratória, durante a temporada da influenza, aumentou as chances de parto prematuro. O artigo menciona a vacinação contra a influenza como uma estratégia importante para diminuir as internações de gestantes (MARTIN et al, 2013).

Outro fator de risco evidenciado nos estudos é que fetos do sexo masculino têm uma maior probabilidade de parto prematuro, porém a razão para essa diferença ainda é desconhecida, sendo que o sexo do feto poderia contribuir em diferenças nos mecanismos adaptativos para o estresse (CHALLIS et al, 2013; ROUGET et al, 2013). Já estudo que teve o objetivo de avaliar os fatores de risco para o parto prematuro, em uma população de descendência Africana do Caribe francês, identificou que o parto prematuro era mais provável para fetos do sexo masculino (ROUGET et al, 2013). Porém, o estudo realizado na Turquia não confirmou diferença de sexo no nascimento prematuro (GUNGOR, OSKAY E BEJI, 2011).

A gravidez múltipla e a mal-formação fetal foram fatores de risco para o parto prematuro encontrado em um estudo multicêntrico realizado no Brasil (PASSINI JR et al, 2014). A gravidez gemelar aumenta os riscos de parto prematuro; as taxas variam de 25 a 75% (BRASIL, 2012). A gravidez gemelar faz uma sobredistensão uterina, que contribui para o parto pré-termo e aumenta a possibilidade de parto pré-termo indicado (MONTENEGRO; REZENDE, 2014). A reprodução assistida tem sido responsável pelo aumento no número de casos de gestações múltiplas (FEBRASGO, 2013).

Essa categoria elencou, em sua maioria, fatores de risco para o parto prematuro passíveis de serem controlados pela gestante e pelos profissionais de saúde. A avaliação do risco gestacional, da anamnese e do exame físico detalhado em cada consulta de pré-natal é fundamental para identificar precocemente essas alterações. No pré-natal, é importante que os profissionais de saúde estejam atentos a qualquer alteração no estado de saúde da mulher e saibam orientar, tratar ou encaminhar as gestantes, quando necessário.

2.1.6 Fatores de risco associados ao acesso dos serviços de saúde

As questões relacionadas aos serviços de saúde estão sendo constantemente discutidas como influenciadoras ao parto prematuro. Investigação realizada no Maranhão, com mulheres adolescentes grávidas, revelou associação entre o baixo número de consultas pré-natal e a prematuridade. Mulheres com menos de quatro consultas pré-natais tiveram três vezes mais chances de ter um parto prematuro (MARTINS et al, 2011).

O estudo realizado em Istambul (Turquia) revelou que um pré-natal inadequado, com menos de quatro consultas, é um fator de risco significativo para parto prematuro (GUNGOR, OSKAY E BEJI, 2011). No Maranhão, pesquisa identificou que a assistência pré-natal deficitária, com menos de cinco consultas, aumenta em cinco vezes as chances de parto prematuro (ALMEIDA et al, 2012). Em São Paulo, realizar menos de sete consultas de pré-natal mostrou associação significativa com parto prematuro (BALBI, CARVALHARES E PARADA; 2016).

As dificuldades no acesso aos serviços de pré-natal estão relacionadas a barreiras culturais, sociais e financeiras (GUNGOR, OSKAY E BEJI, 2011). Em São Paulo, estudo apontou aumento nos casos de prematuridade em regiões onde os serviços de saúde são escassos, o que faz com que a população tenha dificuldade de acessar os serviços de saúde (PAULUCCI; NASCIMENTO; SCHULZE, 2011).

Para Martins et al (2011), o pré-natal é importante na prevenção do parto prematuro, pois identifica precocemente riscos biológicos e oferece suporte psicossocial nas dificuldades e situações de estresse. Entende-se que no pré-natal haverá controle de doenças e, principalmente, de infecções urinárias e genitais que podem desencadear o parto prematuro.

O pré-natal é uma estratégia eficaz e útil para a diminuição dos índices de parto prematuro (GUNGOR, OSKAY E BEJI, 2011). Investimento na qualificação dos serviços que prestam assistência pré-natal é fundamental para enfrentar o desafio da diminuição dos índices de parto prematuro. Além do aumento na oferta do serviço de pré-natal, é imprescindível qualificar o serviço prestado, pois de nada adianta a gestante acessar o serviço, se esse não oferecer todos os exames e encaminhamentos necessários. Para isso, investimentos na formação/educação profissional são essenciais.

Neste capítulo, ficou evidente a necessidade do conhecimento dos fatores de risco do parto prematuro por parte dos profissionais que prestam a assistência pré-natal, no sentido de qualificar o atendimento. Na revisão de literatura encontraram-se diversos fatores de risco

que, muitas vezes, podem passar despercebidos pelos profissionais. Portanto, saber reconhecer os fatores de risco e encaminhar adequadamente cada caso é fundamental para tentar reduzir a ocorrência do parto prematuro.

2.2 PREVENÇÃO DO PARTO PREMATURO

Apesar do parto prematuro ser desencadeado por uma diversidade de fatores, é possível tentar reduzir o número de casos e das possíveis complicações, por meio de medidas de prevenção. O profissional de saúde pode atuar na prevenção primária, secundária e terciária. Esta tese tem o foco na prevenção primária e secundária do parto prematuro, uma vez que irá discutir a organização do trabalho do Enfermeiro atuante nas unidades de saúde, especialmente, no atendimento pré-natal.

A prevenção primária do parto prematuro ocorre por intermédio da identificação de fatores clínicos associados a riscos que podem ser controlados e incentivem a evolução favorável da gravidez (BITTAR, FRANCISCO, ZUGAIB, 2013). A prevenção do parto prematuro começa antes mesmo da gravidez. Já existem evidências científicas de que os cuidados pré-concepção, com redução dos riscos, contribuiu para a redução do parto prematuro (WHO, 2012, FEBRASGO, 2013).

O cuidado pré-concepcional é um instrumento para melhorar os resultados perinatais maternos e infantis. Diversas intervenções são importantes, nesse período, como o planejamento familiar, a identificação dos fatores de risco, intervenções e aconselhamento e a vacinação. A promoção da saúde das mulheres, antes mesmo da gravidez, e o investimento na qualidade do pré-natal são exemplos de prevenção primária do parto prematuro. Portanto, a mulher deve ficar grávida na sua melhor condição clínica. O tratamento das condições crônicas, a mudança de hábitos prejudiciais como fumo, álcool e drogas, o controle de infecções sexualmente transmissíveis, hábitos de vida e dieta saudáveis, e a prática de exercícios físicos regulares e a suplementação com ácido fólico são cuidados fundamentais, nesse período (FEBRASGO, 2013).

A prevenção secundária da prematuridade tem seu foco na identificação de gestantes de risco para parto prematuro (BITTAR, FRANCISCO, ZUGAIB, 2013; FEBRASGO, 2013). Um exemplo de prevenção secundária é a detecção de alterações do colo uterino, por

ultrassonografia transvaginal, métodos bioquímicos e as medidas preventivas adotadas podem ser repouso, cerclagem do colo uterino e uso da progesterona (FEBRASGO, 2013).

A avaliação do colo do útero é útil na identificação de riscos para o parto prematuro, pois quanto menor o comprimento do colo, maior é a chance de ocorrer um trabalho de parto prematuro. Essa avaliação pode ser feita por meio da ultrassonografia transvaginal, realizada preferencialmente entre 22 e 24 semanas de gestação, para medição do colo do útero, em todas as gestantes, considerando como 20 mm o ponto de corte para detecção de colo curto. Frente a um colo curto, é recomendado repouso, investigação de infecções geniturinárias, acompanhamento das contrações uterinas e do comprimento do colo, realização de testes bioquímicos e a utilização de progesterona natural, por via vaginal, até 36 semanas (BITTAR, ZUGAIB, 2009; FEBRASGO, 2013).

Existem alguns marcadores bioquímicos conhecidos para o parto prematuro, entre eles, as interleucinas (IL 6 e 8), hormônio liberador da corticotropina (CRH), estriol salivar, a fibronectina fetal, a proteína-1 fosforilada ligada ao fator de crescimento insulina-símile (pIGFBP-1). Os três primeiros não trazem benefícios na predição do parto prematuro, porém a fibronectina fetal apresenta melhores resultados fetais (BITTAR, ZUGAIB, 2009; FEBRASGO, 2013).

A fibronectina fetal deve ser realizada em gestantes, em que há dúvidas em relação ao diagnóstico do trabalho de parto prematuro ou em gestantes assintomáticas, que possuem risco para o parto prematuro espontâneo. Ela é liberada em casos de rotura de membranas, presença de fator mecânico, infeccioso, inflamatório ou isquêmico. No caso do teste dar positivo, são recomendadas a internação, a corticoterapia antenatal e a tocolise. A predição do parto prematuro deve ser realizada, associando-se os dois exames: medida do colo do útero, por meio de ultrassonografia transvaginal e medição da fibronectina fetal (BITTAR, ZUGAIB, 2009; FEBRASGO, 2013).

Na prevenção terciária, são realizadas intervenções com o intuito de reduzir complicações para o neonato, após o início do parto prematuro. Exemplos de prevenção terciária são a utilização de uterolíticos para inibir as contrações, a corticoterapia antenatal, a antibioticoterapia profilática para o estreptococo do Grupo B (prevenção da sepse neonatal), a transferência da gestante para unidade de referência e o uso de sulfato de magnésio (neuroproteção do concepto) para diminuir os índices de mortalidade neonatal e melhorar os resultados de saúde (WHO, 2012; BITTAR, FRANCISCO, ZUGAIB, 2013; FEBRASGO, 2013).

A tocólise, inibição das contrações uterinas, geralmente não evita o parto prematuro, pois os fatores desencadeantes continuam presentes. A tocólise consegue, apenas, adiar as contrações por algum tempo, em alguns casos. Porém, pode permitir a transferência da gestante para um centro de referência e a utilização da corticoterapia antenatal. A corticoterapia antenatal é essencial para acelerar a maturidade pulmonar no recém-nascido, além de reduzir a incidência da hemorragia intraventricular e da enterocolite necrosante (FEBRASGO, 2013).

Investir em ações de prevenção ao parto prematuro é primordial. Entre as ações de prevenção, Victora (2013) cita a prevenção de gestações na adolescência, investimentos em melhorar a escolaridade de mulheres, planejamento familiar e a atenção especial à população indígena.

Pesquisa realizada em São Paulo utilizou o monitoramento telefônico mensal de gestantes como estratégia de prevenção ao parto prematuro aliado à realização das consultas de pré-natal. O monitoramento telefônico das gestantes mostrou-se como uma estratégia útil na redução dos partos prematuros (TUON et al, 2016).

Portanto, o acompanhamento pré-natal de qualidade é um importante instrumento na prevenção do parto prematuro. O profissional de saúde que realiza o pré-natal tem papel fundamental nas ações de prevenção, devendo reconhecer precocemente os fatores de risco que podem desencadear o trabalho de parto prematuro, identificar e empregar adequadamente medidas de prevenção.

2.3 ASSISTÊNCIA PRÉ-NATAL

O acompanhamento pré-natal tem o objetivo de “assegurar o desenvolvimento da gestação, permitindo 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, p.33).

Neste sentido, pesquisa de nível nacional, realizada no Brasil, revelou uma cobertura da 98,7% de assistência pré-natal, sendo a maioria das consultas realizadas no serviço público. Das mulheres que realizaram pré-natal, 60,6% iniciaram o acompanhamento até as 12 semanas de gestação e 73,1% fizeram seis ou mais consultas. Apenas 10% das gestantes tiveram a solicitação de exames de rotina e receberam orientações sobre o parto e o

aleitamento materno. A maioria das gestantes (89,6%) realizou as consultas de pré-natal na atenção básica. Porém, mulheres de maior risco gestacional e com resultados adversos em gestações anteriores apresentaram menor cobertura, início tardio e menor número de consultas de pré-natal (VIELLAS et al, 2014).

O estudo realizado na cidade do Rio de Janeiro (RJ), que avaliou a qualidade da assistência pré-natal, verificou baixa adequação da rotina de pré-natal, conforme os protocolos do Ministério da Saúde. Foram encontradas dificuldades na captação precoce, nos registros na carteira da gestante, na solicitação de vacina, na orientação sobre o parto, amamentação e do direito ao acompanhante, no sistema de referência para a maternidade, no momento do parto (DOMINGUES et al, 2012).

No município de Maringá (Paraná), foi identificada associação entre a qualidade do atendimento pré-natal e o nascimento prematuro, revelando dificuldades na realização de exames laboratoriais e na realização de procedimentos clínicos. Um pré-natal inadequado foi mais frequente entre mães não brancas, que não planejaram a gestação, que fizeram pré-natal misto e entre múltiparas (MELO, OLIVEIRA, MATHIAS, 2015).

O início tardio do pré-natal afeta na adequação do número de consultas e na rotina completa de solicitação de exames, vacinação e orientações sobre o parto e amamentação. É importante que, além de realizar os procedimentos de rotina do pré-natal, o profissional saiba avaliar e utilizar tais dados para o diagnóstico, tratamento e acompanhamento adequado das intercorrências (DOMINGUES et al, 2012).

Portanto, a assistência pré-natal adequada e de qualidade está diretamente relacionada ao desenvolvimento saudável da gravidez e pode contribuir para a redução dos índices de parto prematuro. Para melhor compreensão, este capítulo foi dividido em dois subcapítulos: O primeiro foi denominado assistência pré-natal de risco habitual no SUS, e traz as recomendações do Ministério da Saúde de como deve ser a rotina de pré-natal na atenção básica. O segundo subcapítulo foi intitulado assistência pré-natal realizada por enfermeiros e fala das questões legais para o exercício do cuidado de enfermagem no pré-natal e traz uma revisão de publicações envolvendo a temática.

2.3.1 Assistência pré-natal de risco habitual no SUS

O acompanhamento pré-natal no SUS segue as orientações do Ministério da Saúde. Este subcapítulo foi elaborado a partir das publicações que orientam a assistência pré-natal,

que são o caderno de atenção básica, denominado “Atenção ao pré-natal de baixo risco”, do manual “Gestação de alto risco: manual técnico” e da Portaria e Plano de ação da Rede Cegonha.

No Brasil, a assistência pré-natal sofreu algumas alterações, após a implantação da Rede Cegonha. A Rede Cegonha foi lançada, em 2011, com o intuito de garantir atendimento de qualidade e humanizado, desde a gestação até os dois anos de vida do bebê. Entre as diretrizes da Rede Cegonha, estão a garantia do acolhimento com avaliação e classificação de risco e vulnerabilidade, ampliação do acesso, melhoria da qualidade do pré-natal e vinculação da gestante à unidade de referência e ao transporte seguro. A Rede Cegonha organiza-se em quatro componentes: Pré-natal; Parto e nascimento; Puerpério e Atenção Integral à Saúde da Criança; e sistema logístico (BRASIL, 2011).

O pré-natal, quando realizado pelo SUS, deve ser, preferencialmente, acessado na unidade básica de saúde (UBS) mais próxima da residência da gestante, com a sua captação precoce. A gestante precisa realizar um mínimo de seis (6) consultas de pré-natal, sendo essas mensais até a 28ª semana, quinzenais de 28 a 36 semanas e semanais, após as 36 semanas até o nascimento. O aumento da frequência nas consultas, no final da gravidez, visa a avaliar riscos comuns nessa fase da gestação, entre os quais o risco de parto prematuro (BRASIL, 2011; BRASIL, 2012).

Os profissionais de saúde no pré-natal realizarão, na primeira consulta da gestante, os seguintes procedimentos: acolhimento, anamnese e histórico, cadastro no SISPRENATAL¹, registro das informações no prontuário e no cartão da gestante, classificação do risco gestacional e, nos casos necessários, encaminhamento ao pré-natal de alto risco, verificada a situação vacinal e atualizado o calendário vacinal, realização dos testes rápidos, solicitação de exames de rotina, orientação sobre as consultas subsequentes, exame físico, oferta dos medicamentos necessários, incluindo o ácido fólico e o sulfato ferroso, avaliado o estado nutricional, realizar práticas educativas e orientações (BRASIL, 2012).

Entre os exames básicos da rotina pré-natal estabelecidos no protocolo do Ministério da Saúde, na primeira consulta, estão o teste rápido de gravidez, teste rápido de triagem para sífilis e sorologia para sífilis (VDRL/RPR), teste rápido diagnóstico para HIV e sorologia para HIV I e II, proteinúria, dosagem de hemoglobina e hematócrito, grupo sanguíneo e fator Rh, teste de Coombs, glicemia em jejum, Toxoplasmose IgM e IgG, sorologia para Hepatite B, exame de urina e urocultura, ultrassonografia obstétrica (não é obrigatória), citopatológico de

¹Sistema de informação utilizado para cadastro, monitoramento e avaliação das gestantes.

colo de útero, exame de secreção vaginal (se necessário), parasitológico de fezes (se houver indicação clínica); eletroforese de hemoglobina (se a gestante for negra, tiver antecedentes familiares de anemia falciforme ou apresentar história de anemia crônica) (BRASIL, 2012, p.68-69). No exame físico, é indispensável que o profissional de saúde faça

avaliação nutricional (peso e cálculo do IMC), medida da pressão arterial, palpação abdominal e percepção dinâmica, medida da altura uterina, ausculta dos batimentos cardíacos, registro dos movimentos fetais, realização do teste de estímulo sonoro simplificado, verificação da presença de edema, exame ginecológico e coleta de material para colpocitologia oncótica, exame clínico das mamas e toque vaginal, de acordo com as necessidades de cada mulher e com a idade gestacional (BRASIL, 2012, p. 67).

Ainda, é necessário realizar a avaliação de mucosas, da tireóide, dos pulmões, do coração, do abdome e das extremidades. Nas consultas subsequentes, os profissionais de saúde devem atualizar anamnese, rever calendário vacinal, dados do cartão da gestante e da ficha pré-natal, fazer exame físico, oferecer orientações e ações educativas e avaliar o risco gestacional (BRASIL, 2012).

É necessário que a gestante realize mais exames, ao longo da gravidez. No segundo trimestre, o profissional de saúde precisa avaliar a necessidade do teste de tolerância para glicose com 75g (se glicemia estiver acima de 85mg/dl ou se houver fator de risco) e Coombs indireto (se for Rh negativo). No terceiro trimestre, todas as gestantes devem se submeter ao hemograma, glicemia em jejum, Coombs indireto (se for Rh negativo), VDRL, Anti-HIV, sorologia para hepatite B, repetir o exame de toxoplasmose, se o IgG não for reagente, urocultura + urina tipo I e bacterioscopia de secreção vaginal, após 37 semanas de gestação. O exame de rubéola deve ser oferecido para mulheres, em risco de contrair a doença, para proceder a vacinação, após a gravidez e proteger gestações futuras (BRASIL, 2012).

A Rede Cegonha garantiu o financiamento dos exames de teste rápido de gravidez, sífilis, HIV, urocultura, acréscimo de um hemograma, ultrassom obstétrico para 100% das gestantes, proteinúria (teste rápido), teste indireto de antiglobulina humana (TIA) para RH negativo. Nos casos de gestantes de alto risco, foram incluídos a contagem de plaquetas, dosagem de proteínas (urina 24 horas), dosagens de uréia, creatinina e ácido úrico, eletrocardiograma, ultrassom obstétrico com Doppler, Cardiotocografia anteparto (BRASIL, 2011).

É importante não apenas a garantia da realização dos exames a todas as gestantes, mas, também, que os resultados sejam entregues em tempo oportuno (BRASIL, 2011). Só assim o profissional de saúde poderá atuar com o intuito de minimizar os riscos. Ainda, é de responsabilidade dos pré-natalistas realizarem busca ativa das gestantes faltosas, incentivar o aleitamento materno até os seis meses, orientar a gestante sobre os sinais de risco, encaminhar para o atendimento odontológico (BRASIL, 2012).

O MS trabalha com o Enfoque de Risco, considerando que alguns indivíduos têm maior probabilidade do que os outros de adoecer ou morrer. Sendo assim, há a necessidade de cuidados maiores para aqueles que têm maior probabilidade de sofrer danos. No caso das gestantes, as mulheres que têm maior probabilidade de ter danos são denominadas de gestantes de alto risco (BRASIL, 2010).

Na gestação, a equipe de saúde deve, continuamente, avaliar os riscos, sendo necessária a reclassificação do risco gestacional em cada consulta de pré-natal. Um pré-natal eficiente identifica, precocemente, problemas que possam causar danos para mulher ou bebê e atua de modo a impedir um resultado desfavorável (BRASIL, 2010). O acolhimento com a classificação de risco e vulnerabilidade é fundamental na assistência pré-natal (BRASIL, 2011).

Os profissionais de saúde da atenção pré-natal são importantes nesse processo, pois necessitam estar atentos a todas as etapas da assistência para poderem identificar os riscos gestacionais e avaliá-los, dinamicamente, para poder encaminhar a gestante aos serviços/procedimentos necessários (BRASIL, 2010). Alguns problemas identificados como de risco não necessariamente serão encaminhados para outro nível de atenção, podendo ser resolvidos na atenção primária. Nesses casos, podem requerer maior atenção da equipe de saúde, intervalo menor entre consultas, maior número de visitas domiciliares ou ampliação de ações educativas (BRASIL, 2010; BRASIL, 2012).

Algumas gestantes possuem problemas que só podem ser resolvidos na atenção secundária ou terciária, sendo encaminhadas ao pré-natal de alto risco (BRASIL, 2010). Em torno de 10% das gestações devem ser encaminhadas ao pré-natal de alto risco (BRASIL, 2012). Uma investigação que utilizou dados da pesquisa Nascer no Brasil revelou que 25% das gestantes foram consideradas de risco (VIELLAS et al, 2014). Nos casos em que a gestante seja encaminhada ao serviço de atenção secundário ou terciário, o vínculo com a equipe da atenção básica deve ser mantido (BRASIL, 2010; BRASIL, 2012).

O pré-natal de alto risco tem o objetivo de interferir em uma gestação de risco, de maneira a reduzir as chances de resultados desfavoráveis para a mãe e para o feto (BRASIL,

2010). O acesso ao pré-natal de alto de risco é um direito da gestante garantido na Rede Cegonha (BRASIL, 2011). O trabalho de pré-natal deve estar organizado de maneira a disponibilizar atendimento de qualidade, em tempo oportuno e no nível de complexidade necessário. A organização da rede de atenção obstétrica nos municípios é fundamental. A rede de atenção define os fluxos de atendimento e as responsabilidades de cada unidade na assistência obstétrica. O ponto de interlocução da rede assistencial é a atenção básica (BRASIL, 2010). A Rede Cegonha estipula que cada localidade elabore um desenho do fluxo que cada gestante percorrerá no sistema de saúde, de acordo com a necessidade de cada mulher, garantindo, assim, uma assistência integral (BRASIL, 2012).

A gestante será encaminhada ao pré-natal de alto risco, frente a alterações mais graves, que não possam ser tratadas na unidade básica de saúde e, se apresentar Coombs indireto positivo, traços de proteinúria na urina, mantido há mais de 15 dias, ou com edema maciço ou hipertensão associados, infecção do trato urinário de repetição, anemia moderada persistente, anemia grave, vômitos frequentes refratários, oligodrâminio, polidrâminio, crescimento intrauterino restrito, diabetes gestacional, pré-eclâmpsia. Nos casos de HIV reagente e teste de hepatite B reagente, a gestante deve ser encaminhada aos serviços especializados de tratamento para tais situações. Gestantes adolescentes sem maiores riscos podem ser acompanhadas na atenção básica (BRASIL, 2012).

O pré-natal, para ser considerado de qualidade, deve incluir 10 passos: o início do pré-natal até a 12^a semana de gestação, a garantia de recursos necessários à atenção, exames preconizados, escuta ativa da gestante e de acompanhantes, garantia de transporte público gratuito da gestante para o pré-natal, pré-natal do parceiro, garantia de acesso à unidade de referência especializada, fornecer estímulo e informações sobre os benefícios do parto fisiológico e elaboração do Plano de Parto, visita e vinculação da gestante ao local do parto e conhecimento das gestantes sobre os seus direitos (BRASIL, 2012).

O pré-natal do parceiro é uma estratégia que está sendo trabalhada pelo Ministério da Saúde que tem o intuito de envolver os homens nas ações de planejamento reprodutivo e na gestação, além de servir como porta de entrada e acesso aos serviços de saúde. A participação do pai no processo de gestação é essencial para o bem-estar biopsicossocial da mãe e do recém-nascido. O pré-natal do homem trabalha com ações de prevenção, promoção, autocuidado e adoção de estilos de vida mais saudáveis (BRASIL, 2016).

O Ministério da Saúde ressalta a importância dos registros nos serviços de saúde. As UBS precisam manter adequadamente preenchidos os instrumentos de registros em todas as etapas do atendimento. Nas gestantes de alto risco, este cuidado carece ser mais atento, pois

essas mulheres podem necessitar de encaminhamentos a outros profissionais de saúde. Entre os registros de saúde das gestantes destacam-se o prontuário, o cartão da gestante e o partograma. Neste sentido, Brasil (2010) aponta que nos serviços há ausência de dados nos registros de saúde, evidenciando a falta de conhecimento dos profissionais sobre a importância dos registros para uma assistência de qualidade. Além disso, o abastecimento de informações no SISPRENATAL web é fundamental (BRASIL, 2011).

2.3.2 Assistência pré-natal realizada por enfermeiros

De acordo com o MS e pela Lei do Exercício Profissional, o Enfermeiro pode realizar consulta de enfermagem e fazer o acompanhamento pré-natal de risco habitual, na rede básica de saúde (BRASIL, 1986; BRASIL, 2012; COFEN, 2015). O Enfermeiro, com especialização em obstetrícia, assume responsabilidades diferenciadas na assistência, cabendo-lhe, privativamente, a consulta de enfermagem obstétrica. Porém, o enfermeiro sem especialização em obstetrícia pode prestar assistência de enfermagem à gestante, parturiente, puérpera e ao recém-nascido (COFEN, 2015).

Conforme o Caderno de Atenção Básica Atenção ao Pré-natal de Baixo Risco, são atribuições do Enfermeiro no atendimento pré-natal a orientação sobre a importância do pré-natal, da amamentação e da vacinação; o cadastramento da gestante no SISPRENATAL e preenchimento do Cartão da Gestante; realizar consulta de pré-natal de risco habitual, intercalando com a consulta médica; solicitar exames; realizar testes rápidos; prescrever medicamentos padronizados; orientar a vacinação; identificar as gestantes de alto risco e encaminhá-las; realizar exame clínico das mamas e coleta para exame citopatológico do colo do útero; fazer atividades educativas; orientar as gestantes e a equipe quanto aos fatores de risco e à vulnerabilidade; orientar sobre a periodicidade das consultas e realizar busca ativa das gestantes faltosas; realizar visitas domiciliares durante o período gestacional e puerperal (BRASIL, 2012, p.47).

A assistência pré-natal prestada pelo Enfermeiro ainda é restrita. Investigação de nível nacional verificou que o profissional médico realiza as consultas de pré-natal, em 75,6% das gestantes (VIELLAS et al, 2014). Com o intuito de verificar como é a assistência pré-natal por enfermeiros e o que tem sido publicado sobre o assunto realizou-se uma revisão de literatura na Biblioteca Virtual em Saúde do Ministério da Saúde

Na revisão de literatura, foram encontrados dois estudos que identificaram o perfil do Enfermeiro que atua na assistência pré-natal (DUARTE, MAMEDE, 2012; CUNHA et al, 2012). Em Cuiabá (MT), a maioria dos profissionais são mulheres, com idade média de 36,5 anos, formados há pelo menos 10 anos, não possuem especialização em obstetrícia, não realizaram cursos na área e aprenderam a atender as gestantes na própria prática (DUARTE, MAMEDE, 2012). Em Rio Branco (AC), os profissionais são do sexo feminino, com média de idade de 34,3 anos, quatro anos de formação profissional, experiência de pré-natal de 54 meses, 52,1% trabalham em mais de um local, 11,7% tem especialização em obstetrícia, sendo que os demais fizeram capacitação em pré-natal (CUNHA et al, 2012). Ao realizar o acompanhamento pré-natal, os profissionais de enfermagem sentem prazer (DUARTE, MAMEDE, 2013).

Alguns artigos relatam as atividades desenvolvidas pelo Enfermeiro no pré-natal. Entre as ações desenvolvidas estão verificação de pressão arterial e peso, cálculo da idade gestacional, exame físico, ausculta de batimentos cardíacos fetais, orientações, solicitação e interpretação de exames, e anotações (DUARTE, MAMEDE, 2012; CUNHA et al, 2012).

A pesquisa de Duarte e Mamede (2012) revelou diversos procedimentos que não foram enfatizados na consulta de enfermagem, entre eles ausculta pulmonar, determinação de frequência cardíaca, inspeção de pele e mucosas, exames de mamas, palpação obstétrica, inspeção de genitais, exame especular, prescrição de medicamentos e ações educativas.

Os estudos mostram que a enfermagem, na assistência pré-natal, organiza o seu trabalho de modo que o enfermeiro, geralmente, fica responsável pela consulta de pré-natal e os técnicos e auxiliares de enfermagem verificam a pressão arterial, o peso e a altura, antes da consulta de pré-natal (DUARTE, MAMEDE, 2012; CUNHA et al, 2012). Uma revisão de literatura destacou a importância do Enfermeiro nas diversas atividades realizadas com as gestantes, principalmente, no que se refere à realização do teste rápido de HIV (SILVA, TAVARES e PAZ, 2011).

Além dos procedimentos realizados pelo Enfermeiro na consulta de pré-natal, é importante o registro adequado de tais atividades. Pesquisa realizada no Rio Grande do Sul identificou ausência de registros em muitos históricos de enfermagem, o que dificulta o conhecimento sobre a população, suas necessidades e fatores de risco que podem comprometer o pré-natal (ALVES et al, 2013).

Alguns artigos tratam da qualidade da assistência pré-natal prestada pelos enfermeiros ou caracterizam esta assistência (FERNANDES, ANDRADE, RIBEIRO, 2011; CORRÊA, BONADIO, TSUNECIRO, 2011; DUARTE, MAMEDE, 2013; DUARTE e ALMEIDA,

2014; ALVES et al, 2015). A revisão de literatura realizada por Duarte e Almeida (2014) identificou que o papel do Enfermeiro é fundamental para melhor qualidade da assistência pré-natal.

Em Tabira (PE), 75% das usuárias consideraram boa a assistência de enfermagem recebida na consulta de pré-natal e 70% disseram que suas necessidades foram atendidas (MOURA et al, 2015). Os artigos revelam que a assistência pré-natal prestada por enfermeiros é de qualidade e segue os parâmetros do Ministério da Saúde (FERNANDES, ANDRADE, RIBEIRO, 2011; CORRÊA, BONADIO, TSUNECHIRO, 2011, SPINDOLA, PROGIANTI, PENNA, 2012; DUARTE, MAMEDE, 2013). Porém, um estudo realizado em Cuiabá (Mato Grosso) identificou deficiência de ações e competências para um pré-natal qualificado (DUARTE, MAMEDE, 2013).

O cuidado de enfermagem pode sofrer influência de fatores culturais e dos valores pessoais de cada enfermeiro e supera condutas tecnicistas, o que proporciona atendimento de melhor qualidade (ALVES et al, 2015). No estudo realizado com puérperas usuárias de um serviço de saúde de Porto Alegre (Rio Grande do Sul), o Enfermeiro é um profissional importante no desenvolvimento de ações de saúde no pré-natal, principalmente, no que se refere ao estímulo da presença da gestante às consultas (VIEIRA et al, 2011).

Outros artigos identificam as características das gestantes atendidas no pré-natal realizado por enfermeiros (MARQUES et al, 2012; ALVES et al, 2013). Pesquisa realizada em Porto Alegre, que teve o objetivo de comparar as características das gestantes atendidas em consulta de enfermagem no pré-natal, no período de 1972 a 2009, identificou que o atendimento realizado pelo Enfermeiro modificou-se ao longo dos anos. Essa modificação sofreu influências das demandas das usuárias, das políticas e determinações legais vigentes (MARQUES et al, 2012).

Ainda, existe uma diferença na organização do trabalho de enfermagem, conforme o modelo de atenção à saúde. Este é o caso, quando se compara enfermeiros que trabalham na estratégia de saúde da família (ESF) com os que trabalham nas unidades básicas de saúde tradicionais. Neste sentido, o estudo de Duarte, Mamede (2013) aponta que os enfermeiros da ESF são mais atuantes e autônomos na assistência às gestantes.

A qualidade da consulta de pré-natal realizada por enfermeiros foi tema de discussão, em um artigo de Fortaleza (CE). Um pré-natal de qualidade foi considerado pelos enfermeiros como uma assistência com acolhimento, educação em saúde, atenção integral, mínimo de seis consultas, trabalho em equipe e funcionalidade do sistema de referência e contrarreferência. O trabalho em equipe é um importante fator no acompanhamento pré-natal. Normalmente, as

consultas de enfermagem são intercaladas com a consulta médica, além das consultas com os outros profissionais da saúde, como o dentista e a nutricionista (GUERREIRO et al, 2012).

Visando a minimizar as diferenças na assistência, alguns estudos tratam da padronização das ações realizadas no pré-natal (STUMM, SANTOS, RESSEL, 2012; DUARTE e MAMEDE, 2012; DUARTE e MAMEDE, 2013). A revisão sistemática realizada por Stumm, Santos e Ressel (2012) ressaltou a necessidade de padronizar as atividades da assistência ao pré-natal para possibilitar a organização do serviço. Ainda, a padronização das atividades pode estimular o fortalecimento e a melhoria da assistência pré-natal (DUARTE e MAMEDE, 2013). Porém, em Cuiabá (MT), foi verificado que as ações de pré-natal realizadas pelos profissionais de enfermagem não são padronizadas, prejudicando a qualidade da assistência (DUARTE e MAMEDE, 2012; DUARTE e MAMEDE, 2013).

Uma forma de padronizar as ações no pré-natal é por meio da utilização de protocolos assistenciais. A utilização de protocolos, durante o pré-natal, foi citada em diferentes estudos (RODRIGUES, NASCIMENTO, ARAÚJO, 2011; DUARTE e MAMEDE, 2013; DUARTE, ALMEIDA, 2015). O protocolo organiza a assistência pré-natal, estabelecendo condutas e procedimentos, otimiza o processo de trabalho, orienta e apóia a prática. Assim, o protocolo fornece maior segurança para o enfermeiro na assistência pré-natal (RODRIGUES, NASCIMENTO, ARAÚJO, 2011).

A revisão de literatura realizada por Duarte e Almeida (2015) mostrou a existência de protocolos assistenciais que guiam o enfermeiro nas consultas de pré-natal e direcionam a realização de alguns procedimentos. Porém, alguns fatores dificultam a utilização de protocolos por enfermeiros na assistência pré-natal, entre eles, a falta de capacitações, a falta de esclarecimentos sobre a importância dos protocolos e a falta de criação de protocolos que promovam a interação da equipe de saúde (RODRIGUES, NASCIMENTO, ARAÚJO, 2011).

Estudo realizado, em Divinópolis (MG) identificou a necessidade da utilização de protocolos assistenciais para melhorar a interação do trabalho médico e de enfermagem (RODRIGUES, NASCIMENTO, ARAÚJO, 2011). Em Cuiabá (MT), estudo revelou que não existe o estabelecimento de condutas, por meio de protocolos (DUARTE e MAMEDE, 2013).

Entre as ações destacadas no cuidado de enfermagem no pré-natal, muitos estudos discutem sobre aquelas relacionadas à educação em saúde (DUARTE, BORGES, ARRUDA, 2011; GUERREIRO et al, 2012; STUMM et al, 2012; AGUIAR et al, 2013; DUARTE, ALMEIDA; 2014; MOURA et al, 2015). A educação em saúde é considerada um elemento essencial na qualificação do pré-natal (STUMM et al, 2012). Muitas lacunas na atenção pré-natal poderiam ser solucionadas com ações educativas (DUARTE, BORGES, ARRUDA,

2011). O enfermeiro, ao utilizar a educação em saúde, contribui para a autonomia do cuidado, qualificando a atenção em saúde (DUARTE, ALMEIDA; 2014).

Para Duarte, Almeida (2014), a educação em saúde é realizada pelos enfermeiros tanto nas consultas de enfermagem como nos trabalhos em grupo. Na realização das ações de educação em saúde, é importante considerar o conhecimento prévio de cada mulher (DUARTE, BORGES, ARRUDA, 2011). No entanto, estudo realizado em Fortaleza (Ceará) identificou que o modelo de educação em saúde utilizado pela enfermeira é o tradicional, no qual não há espaços para discussão em conjunto (GUERREIRO et al, 2012).

O cuidado de enfermagem, realizado com auxílio da educação em saúde, foi citado como insatisfatório pelas usuárias de um serviço em Fortaleza (Ceará) (GUERREIRO et al, 2012). Em Tabira (PE), estudo realizado trouxe como resultado que, diante dos diversos assuntos que necessitam de ser abordados, durante o pré-natal, os enfermeiros fornecem poucas orientações (MOURA et al, 2015). Já a investigação realizada em Gurupi (Tocantins), que tinha o objetivo de analisar as orientações de enfermagem fornecidas às gestantes quanto às queixas clínicas mais frequentes, durante a gravidez, identificou que o enfermeiro fornece orientações adequadas às gestantes, porém, nem todas as recomendações possíveis foram indicadas (AGUIAR et al, 2013). Para Duarte, Borges, Arruda (2011), as ações educativas no pré-natal não têm sido tão efetivas quanto poderiam ser.

Uma atividade de educação em saúde de extrema importância no cuidado de enfermagem no pré-natal é a do grupo de gestantes, sendo o Enfermeiro um facilitador desta atividade (GUERREIRO et al, 2012; LIMA, 2013). Os grupos de gestantes favorecem o vínculo e a aproximação das gestantes com a unidade de saúde, facilitando o acesso ao serviço (LIMA, 2013).

O vínculo, o acolhimento e a empatia do Enfermeiro com as gestantes nas consultas de pré-natal foram itens elencados nas publicações (VIEIRA et al, 2011; GUERREIRO et al, 2012; STUMM et al, 2012; SPINDOLA, PROGIANTI, PENNA, 2012; GONÇALVES et al, 2013; LIMA, 2013; DUARTE, ALMEIDA, 2014; ALVES et al, 2015). O vínculo e o acolhimento são importantes estratégias utilizadas no pré-natal, pois favorecem a adesão às consultas de pré-natal e possibilitam uma atenção integral. Por meio desse instrumento de trabalho, a mulher sente-se segura e passa a confiar na equipe de saúde (VIEIRA et al, 2011). O acolhimento proporciona vínculo com a gestante e a equipe de saúde, sendo a consulta de enfermagem propícia para o desenvolvimento de acolhimento (GONÇALVES et al, 2013). O Enfermeiro é considerado o vínculo entre a gestante e o pré-natal (DUARTE, ALMEIDA, 2014).

A empatia e a humanização, por meio da escuta qualificada, favorecem o esclarecimento de dúvidas e fazem com que a gestante se sinta acolhida, possibilitando um pré-natal satisfatório (GUERREIRO et al, 2012). O acolhimento e a humanização da assistência proporcionam a qualificação do pré-natal (STUMM et al, 2012; GONÇALVES et al, 2013). O acolhimento é percebido por intermédio do atendimento atencioso e paciente, com diálogo e privacidade proporcionados pelo Enfermeiro (SPINDOLA, PROGIANTI, PENNA, 2012).

O pouco revezamento entre os profissionais que realizam a consulta de pré-natal propicia a aproximação entre a mulher e o Enfermeiro. Essa continuidade do atendimento favorece o estabelecimento de vínculo e confiança (SPINDOLA, PROGIANTI, PENNA, 2012).

Nesta lógica, investigação realizada no Rio de Janeiro revelou que as mulheres têm confiança e se sentem mais à vontade nas consultas com o Enfermeiro; além disto, dizem que as relações de poder entre o Enfermeiro e as gestantes são menos autoritárias. O diferencial na consulta de enfermagem é a escuta sem pressa, a confiança e o esclarecimento de dúvidas (SPINDOLA, PROGIANTI, PENNA, 2012).

Algumas dificuldades para o desenvolvimento do acolhimento são os empecilhos na gestão dos serviços, na organização do trabalho, na formação profissional e no reconhecimento da comunidade (GONÇALVES et al, 2013). Além disto, o Enfermeiro, ao realizar a assistência pré-natal, depara-se com diversas dificuldades. Algumas ações essenciais ao pré-natal não estão disponíveis para o Enfermeiro, em alguns municípios, como é o caso do impedimento da solicitação por enfermeiros do exame de ultrassonografia e sorologias (GUERREIRO et al, 2012; DUARTE, MAMEDE, 2013).

Em diversas realidades, os enfermeiros preenchem a requisição dos exames das gestantes em que realizam o pré-natal, porém, solicitam que o médico assine e carimbe tal exame (GUERREIRO et al, 2012; DUARTE, MAMEDE, 2013). Outra situação encontrada, que dificulta a organização do trabalho para o acompanhamento pré-natal realizado por enfermeiros, é a falta de iniciativa desses profissionais para a prescrição de medicamentos. Em algumas situações, os enfermeiros encaminham as gestantes para avaliação e conduta médica, caso haja a necessidade da prescrição de medicamentos (GUERREIRO et al, 2012; DUARTE, MAMEDE, 2013).

Em Divinópolis (MG), alguns enfermeiros não consideram que as ações realizadas por eles fizessem parte da assistência pré-natal, identificando apenas a consulta médica como importante. Alguns enfermeiros não fazem a consulta de pré-natal na sua unidade e justificam

tal conduta pela falta de tempo e a sobrecarga de trabalho (RODRIGUES, NASCIMENTO, ARAÚJO, 2011). A sobrecarga de trabalho do Enfermeiro nas unidades de saúde deve-se aos inúmeros atributos que há na equipe de saúde (WISNIEWSKI, GRÓSS, BITTENCOURT, 2014).

A falta de tempo é um motivo citado para não fornecer uma atenção integral e de qualidade às gestantes (VENANCIO et al, 2011; WISNIEWSKI, GRÓSS, BITTENCOURT, 2014). Não apenas o Enfermeiro percebe a falta de tempo como um fator que prejudica a assistência. As próprias gestantes também percebem que o atendimento de enfermagem no pré-natal poderia ser melhorado, se o Enfermeiro tivesse mais tempo para a consulta (WISNIEWSKI, GRÓSS, BITTENCOURT, 2014). Por isto, é imprescindível que o Enfermeiro reveja o seu papel junto com a equipe, para que as atividades administrativas da unidade não interfiram na assistência prestada à gestante (VENANCIO et al, 2011).

Entre as dificuldades elencadas nos artigos pesquisados estão a formação acadêmica inadequada e a falta de investimentos na formação profissional para o atendimento pré-natal (RODRIGUES, NASCIMENTO, ARAÚJO, 2011; VENANCIO et al, 2011; CUNHA et al, 2012; NARCHI, CRUZ, GONÇALVES, 2013). Ficaram evidentes as falhas na formação acadêmica dos profissionais de enfermagem (VENANCIO et al, 2011; STUMM et al, 2012). Outros autores identificaram que, para melhorar a qualidade da assistência pré-natal, são necessários investimentos para a qualificação dos profissionais que atuam na assistência (RODRIGUES, NASCIMENTO, ARAÚJO, 2011; VENANCIO et al, 2011; CUNHA et al, 2012; NARCHI, CRUZ, GONÇALVES, 2013).

Em Dourados (MS), os enfermeiros desejam ampliar seus conhecimentos, pois se sentem despreparados, em algumas situações (VENANCIO et al, 2011). No entanto, uma investigação realizada em Rio Branco (AC) revelou que a maioria dos enfermeiros entrevistados não relatou dificuldades de domínio do conteúdo pré-natal, referindo que aprenderam a realizar o atendimento no curso de graduação. Porém, 72,7% desses enfermeiros realizaram, nos últimos cinco (5) anos, um curso de assistência pré-natal (CUNHA et al, 2012).

O artigo de Narchi, Cruz e Gonçalves (2013) aborda a inserção dos enfermeiros obstetras ou especialistas para melhorar a qualidade da atenção à mulher. Porém, no Brasil, os enfermeiros obstetras possuem diversas dificuldades de atuação, desde a falta de autonomia e visibilidade, até dificuldades de assumir seu papel assistencial, pois, muitas vezes, não atuam na sua área.

Alguns estudos identificaram dificuldades para a prestação da assistência pré-natal (GUERREIRO et al, 2012; STUMM et al 2012; CUNHA et al, 2012; DUARTE, MAMEDE, 2013; DUARTE, ALMEIDA, 2014). Em Fortaleza (CE), os enfermeiros elencaram dificuldades na entrega dos resultados de exames, no sistema de referência e contrarreferência, em recursos materiais, em solicitar exames e falta de trabalho em equipe (GUERREIRO et al, 2012). A revisão integrativa realizada por Stumm et al (2012) identificou dificuldades dos enfermeiros em estabelecer os fatores de risco na gestação, realizar o exame físico, prescrever medicações e orientar quanto ao parto.

Em Rio Branco (AC), as dificuldades relacionaram-se à interpretação de exames, prescrição de medicamentos, tratamento das infecções sexualmente transmissíveis, realização de palpação abdominal em obesas, identificação de gestantes de alto risco, acompanhamento de pacientes Rh negativas e falta de domínio do conteúdo de pré-natal e ausência de recursos materiais (CUNHA et al, 2012). Dificuldades na estrutura física e no processo de trabalho também foram elencadas em uma revisão de literatura (DUARTE, ALMEIDA, 2014).

Outros estudos relatam a experiência de programas específicos, em que há a atuação da enfermagem (RUBIN et al, 2011; FERRARA et al, 2012; NISHIKAWA, SAKAKIBARA, 2013; GRZESKOWIAK et al, 2014; VINDIGNI et al, 2014). Nos Estados Unidos, um programa de acompanhamento telefônico para gerenciamento de diabetes, em gestantes, realizado por enfermeiros, mostrou que as mulheres acompanhadas por esse programa tinham menos probabilidade de ter um bebê macrossômico e índices elevados de glicose pós-parto (FERRARA et al, 2012). No Japão, um programa de intervenção de enfermagem, utilizando palpação abdominal das gestantes, identificou melhorias nas relações materno-fetais. O programa mostrou maior vinculação das mulheres ao pré-natal e maior frequência da comunicação da mãe com o bebê (NISHIKAWA, SAKAKIBARA, 2013).

Um programa de visita domiciliar, realizado para gestantes de baixa renda por enfermeiros, vem sendo desenvolvido no estado da Pensilvânia (Estados Unidos), com o intuito de melhorar os resultados da gravidez, a saúde das crianças, a autossuficiência dos pais e ajudar no planejamento das gestações. Tal programa está conseguindo resultados favoráveis, reduzindo, em até duas (2) vezes uma segunda gestação (RUBIN et al, 2011).

Na Austrália, estudo está sendo realizado com mulheres que recebem orientações por enfermeiros no pré-natal para o controle e manejo de asma, visando a identificar a eficácia clínica e o custo de tal serviço (GRZESKOWIAK et al, 2014). A inserção de enfermeiros, em serviços de urgência e ambulatoriais, em dois distritos carentes com alta prevalência de HIV foi tema de uma investigação realizada no Quênia. Após a inserção do enfermeiro, houve

aumento no número total de atendimentos ambulatoriais, inclusive no número de atendimentos pré-natais (VINDIGNI et al, 2014).

Artigo sobre a assistência de enfermagem na evitabilidade de óbitos neonatais revela que 22,6% dos óbitos neonatais seriam reduzidos, se as mulheres tivessem tido uma adequada atenção pré-natal. O enfermeiro foi considerado importante parceiro das mulheres e de suas famílias para melhorar a qualidade da atenção pré-natal e para reduzir tais índices (BRANDÃO, GODEIRO, MONTEIRO, 2012).

Uma revisão integrativa, que teve o objetivo de identificar a contribuição do cuidado de enfermagem para a participação da mulher, no processo decisório no ciclo gravídico-puerperal, não encontrou estudos que abordassem especificamente o tema. As publicações, no geral, abordam o assunto, no período da parturição e puerpério, mas existe uma lacuna no conhecimento, no que se refere ao pré-natal e cuidado de enfermagem, nesse período (BUSANELLO et al, 2011).

Publicação realizada em um município do Rio Grande do Norte buscou identificar o entendimento de enfermeiros acerca da integralidade das ações em saúde na assistência pré-natal. A integralidade foi relacionada à resolução dos problemas, a partir da realidade da gestante e no fortalecimento dos vínculos. Foi identificado que o serviço de referência e contrarreferência é um empecilho para a efetivação da integralidade (MELO et al, 2011).

Este subcapítulo de revisão revelou uma diversidade de estudos, abordando a assistência pré-natal, porém não foi encontrado nenhum artigo que tratasse especificamente da contribuição do enfermeiro na prevenção de partos prematuros. Ficou evidente que o pré-natal é essencial para a prevenção de complicações, sendo que o enfermeiro atua ativamente nesta assistência. Alguns pontos ficaram destacados nesta revisão, entre eles a necessidade de capacitação do profissional Enfermeiro para a qualificação da assistência pré-natal e classificação do risco gestacional. Também de suma importância mostra-se a participação ativa do Enfermeiro nas ações de educação em saúde, tanto em grupo, quanto individualmente, nas consultas de enfermagem.

3 METODOLOGIA

O presente estudo utiliza duas abordagens, a quantitativa e a qualitativa. A primeira etapa foi de natureza quantitativa e buscou responder ao primeiro objetivo: elencar os fatores de risco relacionados ao parto prematuro, em gestantes que receberam assistência ao parto no município do Rio Grande/RS. A segunda etapa foi de natureza qualitativa e buscou responder aos demais objetivos propostos: enumerar os fatores de risco relacionados ao parto prematuro, segundo a percepção dos enfermeiros que realizam a assistência pré-natal pelo SUS, no município do Rio Grande/RS; conhecer a conduta dos enfermeiros que realizam assistência pré-natal pelo SUS, no município do Rio Grande/RS, diante dos fatores de risco relacionados ao parto prematuro; identificar como está organizado o trabalho dos enfermeiros que realizam o pré-natal pelo SUS, no município do Rio Grande/RS, para a prevenção dos partos prematuros.

3.1 Etapa Quantitativa

A primeira etapa da pesquisa teve caráter quantitativo e observacional, do tipo caso-controle. Como um estudo do tipo caso-controle tentou “estabelecer uma relação temporal de fenômenos, comparando casos de uma doença ou problemas com controles (pessoas que não tiveram o problema ou doença), realizando uma análise retrospectiva” (BARROS et al, 2012, p. 101).

Nesta etapa, foram utilizados dados do banco de dados da pesquisa intitulada “**Parto prematuro: estudo dos fatores associados para a construção de estratégias de prevenção**”². Para o desenvolvimento do presente estudo, foram considerados os dados coletados nos hospitais do município do Rio Grande/RS.

² Estudo multicêntrico, desenvolvido em quatro municípios brasileiros: Rio Grande, no Rio Grande do Sul; Guarapuava, no Paraná; Feira de Santana, na Bahia; e Natal, no Rio Grande do Norte.

3.1.1 Local

O município do Rio Grande conta com dois hospitais, um público e outro filantrópico. O hospital público é o Hospital Universitário Dr. Miguel Riet Correa Jr., vinculado à Universidade Federal do Rio Grande (HU/FURG). O HU/FURG tem 25 leitos de maternidade, que atendem exclusivamente pelo SUS, e possui uma Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN). O mesmo é considerado um Hospital Amigo da Criança desde 2002, tem a referência em gestação de alto risco para a microrregião da zona sul e possui a única Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN) da cidade. Realiza aproximadamente 66% dos partos do município, tendo uma média de 1650 partos por ano.

O hospital filantrópico é a Associação Santa Casa do Rio Grande (ASCRG), que possui uma maternidade com 18 leitos de internação e atende usuárias do SUS e de planos privados de saúde. A maternidade do Hospital Santa Casa realiza aproximadamente 34% dos partos do município, tendo uma média de 850 partos por ano. As entrevistas foram realizadas na maternidade desses hospitais, durante o período de internação da parturiente.

3.1.2 Participantes do estudo

As participantes que constituírem o grupo caso, selecionadas do banco de dados, foram as puérperas que tiveram parto prematuro, ou seja, entre 20 e 36 semanas e seis (6) dias de gestação e o concepto pesou mais do que 500 gramas. A idade gestacional (IG) foi obtida por meio da data da última menstruação (DUM), quando a mulher tinha certeza da data, ou com a ecografia realizada até 20 semanas. Quando não era possível obter a IG por nenhum dos dois métodos, foi realizado o exame de Capurro no recém-nascido, respeitando essa ordem hierárquica. A IG por DUM somente foi considerada, quando a mulher afirmava regularidade em seu ciclo menstrual.

O grupo controle foi formado pela próxima mulher que teve parto a termo, ou seja, com mais de 37 semanas, após cada mulher de parto prematuro investigada, que teve seu parto no município do Rio Grande/RS.

Os critérios de inclusão foram, nos casos, mulheres que tiveram parto entre 20 e 36 semanas mais 6 dias de gestação (<37 semanas) e o concepto pesou mais de 500 gramas. Os

controles foram mulheres que tiveram parto a termo, ou seja, com 37 semanas ou mais, selecionadas nos mesmos hospitais de onde se originaram os casos. A seleção de casos e controles foi realizada até atingir o tamanho da amostra necessária para realização do estudo. Utilizou-se como critério de exclusão as mulheres sem condições cognitivas de responder as perguntas.

3.1.3 Tamanho da amostra

O parâmetro definido para o cálculo amostral foi a prevalência, em torno de 12% de partos prematuros destacado pela literatura (PASSINI JR et al, 2014), e a estimativa de partos no município em questão, que tinha um total de 2.500 partos por ano na época da coleta. O banco de dados foi formado com 303 casos e 307 controles.

3.1.4 Coleta de Dados

Esta etapa da pesquisa trabalhou com dados secundários, uma vez que sua coleta foi a partir da extração das informações armazenadas no banco de dados criadas a partir do Programa Epi-Data.

Os dados foram coletados por integrantes do Grupo de Pesquisa Viver Mulher, da Universidade Federal do Rio Grande, durante o ano de 2015, por meio de entrevista com puérperas, no momento da internação do pós-parto.

Os entrevistadores visitaram diariamente as maternidades dos hospitais envolvidos no estudo e realizaram a identificação das puérperas, por meio de informação obtida no livro de registro de nascimento de cada maternidade. Ao encontrar alguma puérpera que pudesse ser incluída na pesquisa, foram explicados os objetivos do estudo e foi realizado o convite para participação do mesmo. Havendo concordância, um termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE) foi assinado pela puérpera, autorizando a realização da entrevista. Os controles originaram-se do mesmo hospital dos casos e os procedimentos para a participação do estudo foram os mesmos.

A entrevista foi realizada, após as primeiras 24h do pós-parto, de modo a não interferir no restabelecimento da puérpera. Ao final de cada dia de trabalho, o entrevistador codificava os questionários por ele aplicados e, no dia seguinte, os entregava na sede do Grupo de Pesquisa.

O instrumento da coleta de dados foi questionário pré-codificado (ANEXO A) dividido em treze partes que abordavam diversas características da gestação. As características questionadas às puérperas foram: dados de identificação da gestante; dados pessoais sobre a mãe; dados pessoais sobre o pai da criança; renda familiar; dados sobre a gravidez; problemas na gravidez; saúde oral; vacinas; história reprodutiva; hábitos durante a gravidez (cigarro, álcool e outras drogas); características do trabalho da mãe; dados sobre o parto e o bebê; e dados sobre a rede de atenção.

3.1.5 Processamento e Análise dos Dados

Os dados foram codificados e revisados, criando-se um banco de dados no programa Epi-Data. Foi realizada dupla digitação, por digitadores independentes, em ordem inversa, comparando as digitações para a limpeza do banco de dados. O programa utilizado para análise estatística foi o Stata, versão 12.1 (StataCorp, College Station, EUA) e o nível de significância considerado nas análises foi de 5% de um teste bicaudal. Foram calculadas as frequências das variáveis estudadas, análises bivariadas (Teste Exato de Fisher) e teste t para comparação das médias.

Foi considerada como variável dependente a prematuridade. As variáveis independentes incluídas na análise foram características maternas, características gestacionais e complicações na gravidez e comportamentos de risco.

Nas características maternas, incluíram-se: tipo de internação (SUS, convênio/particular), idade da mãe (até 19, 20-34 e maior que 35 anos), escolaridade (até 8, 9-11 e maior que 12 anos), cor da pele (branca, parda/mulata, negra), estado civil (solteira, casada, separada/divorciada) e renda (tercis). As características gestacionais foram gravidez planejada, realização de pré-natal, trimestre da 1ª consulta de pré-natal, número de gestações (primípara e múltipara), aborto prévio e prematuridade prévia. Complicações na gravidez foram pesquisadas, dentre as quais, ocorrência ou não de hipertensão arterial, diabetes na gravidez, infecção urinária, ameaça de aborto, ameaça de parto prematuro, sangramento,

corrimento vaginal, fumo na gravidez, álcool na gravidez, uso de *crack*, uso de cocaína e trabalho na gravidez.

3.1.6 Aspectos éticos

A macropesquisa a que está vinculado este estudo obteve autorização para o seu desenvolvimento por parte do Comitê de Ética em Pesquisa da Área da Saúde – CEPAS/FURG, com o parecer 134/2013 (ANEXO B).

Esta parte do presente estudo obteve autorização da coordenadora desta macropesquisa para a obtenção de dados relativos ao município do Rio Grande, no banco de dados (ANEXO C). Este estudo seguiu as normas estabelecidas pela Resolução CNS 466/12 (BRASIL, 2012b). O anonimato dos participantes foi garantido. O banco de dados construído ficará arquivado com guarda segura pelo período de cinco anos, sob a responsabilidade da coordenadora do Grupo de Pesquisa Viver Mulher, da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande – EEnf/FURG.

3.2 Etapa Qualitativa

A etapa qualitativa do estudo foi do tipo exploratório e descritivo. Para a concretização desta etapa, foi utilizado o banco de dados da pesquisa **“Estratégias de prevenção do parto prematuro na rede de serviços de saúde que prestam atendimento pré-natal no SUS: Conhecimento dos enfermeiros”³**.

³Estudo qualitativo com o objetivo de avaliar o conhecimento dos enfermeiros sobre os fatores de risco para a prematuridade e as estratégias utilizadas por eles para a prevenção do parto prematuro na rede de serviços de saúde que prestam atendimento pré-natal pelo SUS em um município do sul do Rio Grande do Sul.

3.2.1 Local

As coletas de dados foram realizadas nas Unidades de Atenção Primária em Saúde, do município do Rio Grande (RS), que prestam atendimento pré-natal, e o Ambulatório de Ginecologia do Posto de Atendimento Médico (PAM). No momento da coleta de dados, o município do Rio Grande possuía 31 Unidades Básicas de Saúde, sendo seis (6) Unidades tradicionais, duas (2) Unidades de Saúde 24 horas de pronto atendimento, vinte e uma (21) Unidades de Estratégia de Saúde da Família (ESF) e duas (2) Unidades mistas, que funcionam, durante o dia, como ESF e, à noite, em esquema de pronto atendimento. As 21 Unidades de ESF e as duas (2) Unidades mistas são compostas por 28 equipes de ESF.

Das 31 Unidades de Saúde do município, 25 realizam atendimento pré-natal. As unidades que não possuem atendimento pré-natal encaminham as usuárias para o Ambulatório de Ginecologia. O Ambulatório de Ginecologia é o serviço de atenção secundária da Secretaria de Município da Saúde (SMS). Serve como referência para as Unidades de Saúde, no que diz respeito ao atendimento integral à saúde da mulher. Portanto, o Ambulatório de Ginecologia realiza atendimento pré-natal tanto de risco habitual quanto de alto risco.

3.2.2 Participantes do estudo

Participaram do estudo enfermeiros envolvidos na assistência pré-natal oferecida nas Unidades de Saúde do Município do Rio Grande e no Ambulatório de Ginecologia do Posto de Atendimento Médico (PAM). Para a identificação dos participantes primeiramente foi solicitada para a coordenação da Secretaria de Saúde do município a indicação dos enfermeiros envolvidos na assistência pré-natal. Tendo em vista que algumas unidades de saúde contam com mais de um enfermeiro por equipe, poderiam participar deste estudo 52 enfermeiros envolvidos no atendimento pré-natal de risco habitual, no município do Rio Grande.

Os critérios de inclusão para os participantes do estudo foram ser enfermeiro envolvido na assistência pré-natal de risco habitual oferecido pelo SUS nas unidades de saúde do município e aceitar participar da pesquisa. Os critérios de exclusão foram tentativa de realização de mais de duas entrevistas sem sucesso, e enfermeiros que estavam de licença,

férias ou afastados no momento da coleta de dados. A totalidade dos que atendiam aos critérios de inclusão foi de 52 enfermeiros. Entretanto, após serem utilizados os critérios de exclusão, esta pesquisa contou com 45 participantes entrevistados.

3.2.3 Coleta de Dados

A coleta de dados ocorreu por meio de entrevistas individuais, utilizando um instrumento semiestruturado (ANEXO D) com os enfermeiros que prestam assistência pré-natal. Primeiramente foi realizado contato telefônico com cada enfermeiro para agendamento das entrevistas.

As entrevistas foram realizadas no próprio local de trabalho dos participantes, por acadêmicos de enfermagem e uma estudante do Curso de Doutorado em Enfermagem, pertencentes ao Grupo de Pesquisa Viver Mulher. Antes de proceder à realização das entrevistas, os entrevistadores realizaram treinamento e capacitação de como deveria ser procedida a coleta dos dados. A coleta de dados ocorreu no período de julho a outubro de 2016. Todas as entrevistas foram gravadas e, após, transcritas.

3.2.4 Análise dos Dados

A análise de dados foi realizada por meio de uma análise descritiva e análise temática das questões abertas, em que foram descobertos os núcleos de sentido (MINAYO, 2007). Primeiramente houve a identificação do perfil dos participantes do estudo. Na análise descritiva dos dados foram quantificados os fatores de risco elencados pelos enfermeiros, construindo uma tabela com os fatores de risco elencados e o número de enfermeiros que citaram cada um deles. Para a análise das condutas tomadas pelos enfermeiros diante de cada fator de risco, em vista do grande número de fatores citados, foram selecionados aqueles mencionados por mais de 10 enfermeiros. Após, correlacionaram-se os resultados encontrados com os protocolos do Ministério da Saúde e artigos sobre a temática (BRASIL, 2012 c; BRASIL, 2012).

Na análise temática, no primeiro momento, foi realizada a pré-análise com a leitura flutuante dos dados, constituição do *corpus* e formulação e reformulação dos pressupostos e objetivos. A segunda etapa constituiu-se da exploração do material na busca das categorias. Ao analisar os depoimentos, foram identificadas quatro categorias temáticas: educação em saúde e a prevenção do parto prematuro; a dinâmica de trabalho e sua relação com a prevenção do parto prematuro; planejamento familiar como estratégia de prevenção do parto prematuro; o trabalho em equipe na prevenção do parto prematuro. Na terceira etapa, foram realizados o tratamento e a interpretação dos dados, tendo como referência os manuais sobre pré-natal do Ministério da Saúde (MINAYO, 2007; BRASIL, 2010; BRASIL, 2011; BRASIL, 2012).

3.2.5 Aspectos éticos

A pesquisa possuía autorização do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Rio Grande (CEPAS/FURG) sob o número 143/2015 (ANEXO E) e, também, do Núcleo de Estudos e Pesquisa em Saúde – NUMESC, da Secretaria Municipal de Saúde do Rio Grande.

As informações fornecidas pelos participantes foram utilizadas, apenas, para divulgação dos achados da pesquisa, mantendo o anonimato. O anonimato dos participantes foi garantido mediante sua identificação por código E (enfermeiro) e a seguinte numeração da entrevista, exemplo: E1, E2.

Os materiais oriundos da pesquisa estão arquivados e ficarão guardados por cinco (5) anos, sob a responsabilidade da coordenadora do Grupo de Pesquisa Viver Mulher, da Escola de Enfermagem, da Universidade Federal do Rio Grande (FURG).

O presente estudo obteve autorização da coordenadora da macropesquisa para a realização e obtenção de dados (ANEXO F). Este estudo seguiu as normas estabelecidas pela Resolução CNS 466/12 (BRASIL, 2012b).

4. RESULTADOS E DISCUSSÕES

Como forma de apresentar os dados, resultados e discussões encontram-se dispostos no formato de três artigos científicos, que correspondem aos objetivos propostos na tese.

O primeiro artigo, intitulado **“Fatores de risco maternos para o parto prematuro em um município do sul do Brasil”**, responde ao primeiro objetivo da tese, o de elencar os fatores de risco relacionados ao parto prematuro, em gestantes que receberam assistência ao parto no município do Rio Grande/RS.

O segundo artigo, denominado **“Fatores de risco para o parto prematuro e cuidados identificados pelos enfermeiros do pré-natal”**, corresponde ao segundo e terceiro objetivos da tese, ou seja, enumerar os fatores de risco relacionados ao parto prematuro, segundo a percepção dos enfermeiros que realizam a assistência pré-natal pelo SUS, no município do Rio Grande/RS; e conhecer a conduta dos enfermeiros que realizam assistência pré-natal pelo SUS, no município do Rio Grande/RS, diante dos fatores de risco relacionados ao parto prematuro.

O terceiro artigo, intitulado **“Organização do trabalho de enfermeiros no pré-natal frente aos fatores de risco para parto prematuro”**, responde ao quarto objetivo da tese, o de identificar como está organizado o trabalho dos enfermeiros que realizam o pré-natal pelo SUS, no município do Rio Grande/RS, para a prevenção dos partos prematuros.

4.1 ARTIGO 1

FATORES DE RISCO MATERNOS PARA O PARTO PREMATURO EM UM MUNICÍPIO DO SUL DO BRASIL⁴

RESUMO: O objetivo da pesquisa foi elencar os fatores de risco relacionados ao parto prematuro, em gestantes que receberam assistência ao parto, em um município do sul do Brasil. Estudo quantitativo, observacional do tipo caso-controle. A coleta de dados foi por meio de entrevistas durante o ano de 2015. Os casos foram 303 puérperas que tiveram parto prematuro entre 20 e 36 semanas e 6 dias de gestação, com concepto pesando mais de 500 gramas. O grupo controle foi formado por 307 mulheres que tiveram parto a termo no mesmo hospital dos casos. Análise estatística no Stata com nível de significância de 5% de um teste bicaudal, calculadas as frequências das variáveis, análises bivariadas e teste t. Apresentaram significância estatística para o parto prematuro: a idade da mãe entre 20 e 34 anos; a escolaridade materna maior de 12 anos; uma maior renda materna; a realização de menos de seis consultas de pré-natal; uma história de prematuridade prévia; a hipertensão arterial; a ameaça de aborto; a ameaça de parto prematuro; sangramento; o uso de crack na gravidez; e o trabalho da mãe na gravidez. Alguns fatores identificados como de risco ao parto prematuro são modificáveis ou, pelo menos, passíveis de serem controlados por meio de uma assistência pré-natal de qualidade.

PALAVRAS-CHAVE: Trabalho de parto prematuro. Fatores de Risco. Cuidado pré-natal. Estudos de casos e controles.

KEYWORDS: Obstetric Labor, Premautre. Risk Factors. Prenatal Care. Case-Control Studies.

INTRODUÇÃO

O trabalho de parto prematuro é definido como o parto que ocorre entre 22 e 37 semanas de gestação. Denominam prematuros extremos aqueles nascidos, antes das 28 semanas; muito prematuros, os nascidos entre 28 a 32 semanas; e prematuros tardios, os nascidos entre 32 a 37 semanas¹.

⁴ Artigo a ser encaminhado para o periódico Ciência e Saúde Coletiva, normas disponíveis em: <http://www.scielo.br/revistas/csc/pinstruc.htm>

Em nível mundial, o trabalho de parto prematuro é a primeira causa de morte infantil, sendo que cerca de 1,1 milhão de crianças morre a cada ano ¹⁻³. No Brasil, a prematuridade vem sendo identificada como a maior causa de morte em crianças ⁴. O país é o 10º colocado nas taxas de parto prematuro, no mundo ¹. Pesquisa multicêntrica, realizada no Brasil, identificou uma prevalência de parto prematuro de 12,3% ⁵.

O trabalho de parto prematuro está associado à mortalidade neonatal, sendo que quanto menor a idade gestacional do recém-nascido, maior o risco de morte ⁶. Além disso, o parto prematuro está associado a baixo peso ao nascer, a complicações do recém-nascido, maior tempo de internação, intervenções medicamentosas, maior necessidade de leitos de Unidade de Terapia Intensiva (UTI) neonatal, entre outros ⁷⁻¹⁰.

No que se refere à etiologia, o parto prematuro divide-se em parto pré-termo espontâneo e parto pré-termo indicado. O parto pré-termo espontâneo é um processo multifatorial que resulta em mudanças uterinas que levam ao parto. O parto pré-termo indicado é a interrupção da gravidez por indução do parto ou parto cesariano eletivo, devido a complicações maternas, fetais ou outros motivos. A maior parte dos nascimentos prematuros ocorre, espontaneamente, mas também pode acontecer pela indução precoce do trabalho de parto ou realização de cesariana ¹.

O motivo exato que causa o trabalho de parto prematuro, na maioria das vezes, não é identificado. Estudos supõem que o processo envolva uma multiplicidade de fatores ^{1,11}. Os fatores de risco para o parto prematuro podem estar relacionados: às características individuais e sociodemográficas desfavoráveis; a condições clínicas preexistentes; à história reprodutiva anterior; à doença obstétrica na gravidez atual; e a intercorrências clínicas e condições dos serviços de saúde ^{1,12}.

Revisão integrativa identificou, em publicações, os seguintes fatores de risco para o parto prematuro: síndrome hipertensiva na gravidez, estresse materno, pouca idade materna, número insuficiente de consultas de pré-natal, hábitos de vida inadequados, placenta prévia, diabetes, doença cardiovascular e uníparas com gestação dupla ¹³. Investigação em um município do interior paulista identificou que o nascimento pré-termo teve associação com idade materna de 35 anos ou mais, cesariana, realização de menos de sete consultas de pré-natal, nascer em hospital de alto risco, gestação gemelar e malformação ¹⁴.

Frente à complexidade que envolve a ocorrência dos partos prematuros, as diferenças existentes nas regiões do Brasil e a necessidade de conhecer os motivos que contribuem para o trabalho de parto prematuro na região Sul do Brasil, o presente estudo teve o objetivo de

elencar os fatores de risco relacionados ao parto prematuro, em gestantes que receberam assistência ao parto, em um município do sul do Brasil.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo quantitativo observacional do tipo caso-controle. Utilizou o banco de dados da pesquisa intitulada **“Parto prematuro: estudo dos fatores associados para a construção de estratégias de prevenção”**. A macropesquisa é um estudo multicêntrico, desenvolvido em quatro municípios brasileiros, localizados nos Estados do Rio Grande do Sul, Paraná, Bahia e Rio Grande do Norte. Para construção deste artigo foram utilizados os dados de um município no Rio Grande do Sul. Este município conta com dois hospitais, um público e outro filantrópico, ambos com serviço de maternidade, local onde foi realizada a pesquisa.

Os participantes foram mulheres que realizaram parto nas maternidades do município em questão. O parâmetro definido para o cálculo amostral foi a prevalência, em torno de 12% de partos prematuros destacado pela literatura ⁵, e a estimativa de partos no município em questão, que tinha um total de 2.500 partos por ano na época da coleta. O banco de dados foi formado com 303 casos e 307 controles. O banco de dados foi construído por meio de entrevistas com puérperas realizadas durante o ano de 2015. Foi utilizado um questionário pré-codificado, após as primeiras 24h do pós-parto.

Os critérios de inclusão para os casos foram: mulheres que tiveram parto entre 20 e 36 semanas mais 6 dias de gestação (<37 semanas), cujo conceito pesou mais de 500 gramas; conceito vivo; mulher em condições de comunicação verbal. Os controles foram mulheres que tiveram partos a termo, ou seja, com 37 semanas ou mais, selecionadas nos mesmos hospitais de onde se originaram os casos; e mulher em condições de comunicação verbal. A idade gestacional (IG) foi obtida, considerando a data da última menstruação (DUM), quando a mulher tinha certeza da data e afirmava regularidade em seu ciclo menstrual, ou com a ecografia realizada até 20 semanas. Quando não era possível obter a IG por nenhum dos dois métodos, foi utilizado o resultado do exame de Capurro no recém-nascido que estava no prontuário, respeitando essa ordem hierárquica. Utilizou-se como critério de exclusão: as mulheres sem condições cognitivas de responder as perguntas; mulheres cujo produto do parto foi feto morto ou que veio a óbito até o momento da coleta de dados.

Foi considerada como variável dependente a prematuridade. As variáveis independentes incluídas na análise foram características maternas, características gestacionais, complicações na gravidez e comportamentos de risco.

Nas características maternas, incluíram-se: tipo de internação (SUS, convênio/particular), idade da mãe (até 19, 20-34 e maior que 35 anos), escolaridade (até 8, 9-11 e maior que 12 anos), cor da pele (branca, parda/mulata, negra), estado civil (solteira, casada, separada/divorciada) e renda (tercis). As características gestacionais foram gravidez planejada, realização de pré-natal, trimestre da 1ª consulta de pré-natal, número de gestações (primípara e múltípara), aborto prévio e prematuridade prévia. As complicações na gravidez pesquisadas foram: ocorrência de hipertensão arterial, diabetes na gravidez, infecção urinária, ameaça de aborto, ameaça de parto prematuro, sangramento, corrimento vaginal, fumo na gravidez, álcool na gravidez, uso de crack, uso de cocaína e trabalho na gravidez.

Os dados, após codificação e revisão, foram inseridos em um banco de dados no programa Epi-Data. Foi realizada dupla digitação, por digitadores independentes, em ordem inversa, comparando as digitações para a limpeza do banco de dados. O programa utilizado para análise estatística foi o Stata, versão 12.1 (StataCorp, CollegeStation, EUA) e o nível de significância considerado nas análises foi de 5% de um teste bicaudal. Foram calculadas as frequências das variáveis estudadas, análises bivariadas (Teste Exato de Fisher) e teste t para comparação das médias.

Este estudo seguiu as normas estabelecidas pela Resolução CNS 466/12 e foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa, da Universidade Federal do Rio Grande (CEPAS-FURG), sob o parecer número 134/2013.

RESULTADOS

As características maternas dos nascimentos que apresentaram variáveis com significância estatística foram: idade, escolaridade e renda da mãe. Em relação à idade materna, encontrou-se maior ocorrência de prematuridade entre mulheres de 20 a 34 anos. No entanto, ter até 19 anos mostrou-se como um fator protetor para a prematuridade neste estudo. Quanto à escolaridade materna, ter 12 anos ou mais de estudo está associado ao parto prematuro. Mulheres mais ricas também tiveram maior ocorrência de partos prematuros. Não foram verificadas diferenças entre casos e controles, quanto ao tipo de internação, cor da pele e estado civil (Tabela 1).

Tabela 1. Descrição de características maternas conforme o nascimento prematuro. Rio Grande, 2015.

Variável	Controles (n=307)	Casos (n=303)	Valor p*
	N (%)	N (%)	
Tipo de interação			0,38
SUS	298 (98,7)	292 (97,7)	
Convênio/particular	4 (1,3)	7 (2,3)	
Idade da mãe (anos)			0,03
Até 19	71 (23,4)	45 (14,5)	
20 a 34	189 (62,4)	210 (69,8)	
≥35	43 (14,2)	46 (15,3)	
Escolaridade (anos)			0,01
Até 8	146 (48,2)	109 (36,7)	
9 a 11	113 (37,3)	124 (41,7)	
≥12	44 (14,5)	64 (21,6)	
Cor de pele			0,80
Branca	220 (73,1)	220 (74,6)	
Parda/mulata	49 (16,3)	42 (14,2)	
Preta	32 (10,6)	33 (11,2)	
Estado civil			0,18
Solteira	193 (63,1)	172 (57,3)	
Casada	105 (34,3)	113 (37,7)	
Separada/divorciada	8 (2,6)	15 (5,0)	
Renda (tercis)			<0,01
Mais pobres	88 (28,6)	100 (33,0)	
Intermediárias	93 (30,3)	54 (17,8)	
Mais ricas	126 (41,0)	149 (49,2)	

* Teste exato de Fisher

Quanto às características gestacionais, as variáveis que tiveram associação com a prematuridade foram a realização de menos de seis consultas de pré-natal e a história materna de prematuridade prévia. Não foram verificadas diferenças entre casos e controles, quanto ao planejamento da gravidez, à realização de pré-natal, ao tempo de início do pré-natal, ao número de gestações e à história materna de aborto prévio. (Tabela 2).

Tabela 2. Descrição de características gestacionais conforme o nascimento prematuro. Rio Grande, 2015.

Variável	Controles (n=307)	Casos (n=303)	Valor p*
	N (%)	N (%)	
Gravidez planejada			0,50
Não	193 (63,3)	180 (60,6)	
Sim	112 (36,7)	117 (39,4)	
Realizou pré-natal			0,10
Não	15 (4,9)	25 (8,4)	
Sim	290 (95,1)	275 (91,6)	
Consultas de pré-natal			<0,01
< 6	43 (15,0)	82 (30,0)	
≥6	244 (85,0)	191 (70,0)	
Trimestre da 1ª consulta pré-natal			0,16
1º	194 (69,0)	202 (74,5)	
2º ou 3º	87 (31,0)	769 (25,9)	
Nº de gestações			0,79
Primípara	109 (39,9)	102 (38,6)	
Multípara	164 (60,1)	162 (61,4)	
Aborto prévio			0,09
Não	129 (76,8)	115 (68,0)	
Sim	39 (23,2)	54 (32,1)	
Prematuridade prévia			<0,01
Não	80 (69,0)	72 (50,0)	
Sim	36 (31,0)	72 (50,0)	

* Teste exato de Fisher

A Tabela 3 apresenta os resultados encontrados para as complicações na gravidez e comportamentos de risco. As variáveis que tiveram relação com a prematuridade foram história materna de hipertensão arterial, ameaça de aborto, ameaça de parto prematuro, sangramento, uso de crack e trabalho na gravidez. As variáveis diabetes, infecção urinária na gravidez, corrimento vaginal, uso de fumo, uso de álcool e uso de cocaína na gravidez, não apresentaram diferenças entre casos e controles.

Tabela 3. Descrição de complicações na gravidez e comportamentos de risco conforme o nascimento prematuro. Rio Grande, 2015.

Variável	Controles (n=307)	Casos (n=303)	Valor p*
	N (%)	N (%)	
Hipertensão arterial			<0,01
Não	253 (84,0)	216 (72,2)	
Sim	48 (16,0)	83 (27,8)	
Diabetes na gravidez			0,07
Não	283 (96,3)	269 (92,8)	
Sim	11 (3,7)	21 (7,2)	
Infecção urinária			0,87
Não	157 (52,7)	153 (51,7)	
Sim	141 (47,3)	143 (48,3)	
Ameaça de aborto			<0,01
Não	292 (96,7)	259 (87,5)	
Sim	10 (3,3)	37 (12,5)	
Ameaça de parto prematuro			<0,01
Não	269 (92,1)	214 (71,8)	
Sim	23 (7,9)	84 (28,2)	
Sangramento			<0,01
Não	240 (80,3)	203 (67,9)	
Sim	59 (19,7)	96 (32,1)	
Corrimento vaginal			0,68
Não	159 (53,4)	162 (55,1)	
Sim	139 (46,6)	132 (44,9)	
Fumo na gravidez			1,00
Não	239 (79,9)	236 (79,7)	
Sim	60 (20,1)	60 (20,3)	
Álcool na gravidez			0,31
Não	240 (78,7)	246 (82,3)	
Sim	65 (21,3)	53 (17,7)	
Usou crack			0,03
Não	302 (99,0)	286 (96,3)	
Sim	3 (1,0)	11 (3,7)	
Usou cocaína			0,12
Não	304 (99,7)	392 (98,3)	
Sim	1 (0,3)	5 (1,7)	
Trabalho na gravidez			0,02
Não	189 (62,2)	157 (52,5)	
Sim	115 (37,8)	142 (47,5)	

* Teste exato de Fisher

DISCUSSÃO

Na análise estatística, mostraram-se, significativamente associadas à prematuridade, as variáveis: idade materna, escolaridade, renda, consultas de pré-natal, prematuridade prévia, hipertensão, ameaça de aborto, ameaça de parto prematuro, sangramento, uso de crack e trabalho na gravidez.

A faixa etária materna, neste estudo, que apresentou influência na ocorrência de partos prematuros, foi a de 20 a 34 anos. Já a idade materna até 19 anos mostrou-se como um fator protetor para o parto prematuro nessa realidade. Este achado é contrário ao que vem sendo apresentado e discutido na literatura, que considera os extremos de idade materna como fatores de risco ao parto prematuro¹⁵⁻²⁴, ou seja, mulheres com mais de 35 anos de idade têm maiores riscos de complicações na gravidez¹⁷ e a gravidez na adolescência predispõe a condições socioeconômicas desfavoráveis, desnutrição, anemia e imaturidade biológica¹⁵. Porém, a idade materna pode estar associada a agentes confundidores como doenças crônicas ou fatores sociodemográficos, podendo não ser um fator de risco independente²⁵.

Neste estudo, as mulheres com mais de 12 anos de escolaridade apresentaram maior associação com a prematuridade, divergindo do que é apresentado na literatura que mostra a associação entre prematuridade e baixa escolaridade materna. A literatura traz que a prematuridade em mulheres com baixa escolaridade pode estar relacionada a fatores confundidores tais como morar em locais de difícil acesso aos serviços de saúde^{15, 25-27}. No Brasil, mulheres com menor escolaridade apresentam menor cobertura de assistência pré-natal, por barreiras no acesso e início tardio do acompanhamento²⁸. Entretanto, estudo realizado no Maranhão não encontrou associação entre escolaridade e prematuridade²⁹.

No presente estudo, as mulheres com maior renda tiveram maior proporção de partos prematuros. Os resultados, mais uma vez, divergem daqueles da literatura em que mulheres com menor renda têm risco aumentado de parto prematuro. Isto porque a menor renda teria correlação com as dificuldades encontradas para acessar os serviços de saúde, viver em bairros inseguros, exposição a ambientes poluídos, nutrição deficiente, sobrecarga de trabalho, entre outros^{18, 26, 29-30}.

Algumas características maternas encontradas neste estudo divergem significativamente daquelas que vêm sendo apresentadas e discutidas na literatura. Entre essas características estão a relação entre prematuridade e idade materna de 20 a 34 anos, escolaridade maior do que 12 anos e maior renda. Uma hipótese explicativa para tal fato pode ser a associação entre partos prematuros e o agendamento de cesarianas eletivas. O número de cesarianas eletivas vem aumentando rapidamente e já existe uma teoria de que esse aumento esteja relacionado à prematuridade, devido ao agendamento precoce das cesáreas^{1, 4}. No Rio Grande do Sul, uma pesquisa encontrou relação entre partos prematuros e cesarianas, porém essa relação pode ter sido influenciada por outros fatores de risco associados³¹.

Estudo que analisou a tendência temporal dos partos prematuros, entre os anos de 2001 a 2010, identificou relação estatisticamente significativa entre cesarianas e partos

prematturos, sendo que a proporção de cesáreas cresceu no período, mostrando forte relação com o desfecho¹⁴.

Investigação que utilizou dados da Pesquisa Nascer no Brasil identificou uma taxa de parto prematturo de 11,5%. Desses partos prematturos, 60,7% foram partos prematturos espontâneos e 39,3% foram partos prematturos por intervenção médica, principalmente por meio de cesarianas. Nos partos prematturos espontâneos, foram identificados, como fatores de risco, a gravidez na adolescência, a baixa escolaridade materna e o cuidado pré-natal inadequado. Os partos prematturos por intervenção médica tiveram como fatores de risco a idade materna avançada, uma maior escolaridade materna e renda elevada³².

Frente a esse cenário, o Conselho Federal de Medicina (CFM) definiu critérios para a realização de cesarianas eletivas no Brasil, estabelecendo que a cesariana eletiva somente poderá ser realizada a partir da 39ª semana de gestação³³. Será que as mulheres do presente estudo com maior faixa etária, maior renda e maior escolaridade estariam agendando precocemente cesarianas eletivas? As cesarianas eletivas estariam atuando como um fator confundidor?

No entanto, esta pesquisa não conseguiu relacionar os dados para comprovar tal hipótese. Outra hipótese explicativa destes resultados poderia ser pela relação entre a idade materna avançada, por maior *status* socioeconômico com a maior frequência de patologias ou história de cesarianas prévias que poderiam contribuir para a intervenção médica no parto³².

Quanto às características gestacionais, a variável menos de seis consultas de pré-natal foi estatisticamente significativa para parto prematturo. Tal variável já tem sua relação com o parto prematturo bem fundamentada na literatura^{15, 29, 34}. No Estado do Maranhão/Brasil, pesquisa identificou que a assistência pré-natal deficitária, com menos de cinco consultas, aumenta em cinco vezes as chances de parto prematturo²⁹. Pesquisa em nível nacional identificou que 73,1% das gestantes brasileiras fizeram seis ou mais consultas de pré-natal e que mulheres de maior risco gestacional e com resultados adversos em gestações anteriores, apresentaram menor cobertura, início tardio e menor número de consultas de pré-natal²⁸.

Conforme o Ministério da Saúde, a gestante precisa realizar no mínimo seis consultas de pré-natal, sendo mensais até a 28ª semana, quinzenais de 28 a 36 semanas e semanais após as 36 semanas até o nascimento³⁵.

Estudo realizado em São Paulo identificou associação entre parto prematturo e menos de sete consultas de pré-natal. Porém, essa associação pode ocorrer pelo fato de que o parto, antes do tempo, tenha diminuído a possibilidade de a mulher consultar mais vezes, sendo o menor número de atendimentos uma consequência e não uma causa do parto pré-termo¹⁴.

A história materna de prematuridade prévia foi um fator de risco para o parto prematuro identificado nesta pesquisa. Parto prematuro prévio é descrito pela literatura como o principal fator de risco para recorrência de parto prematuro ^{5, 9, 18, 22, 34,36-38}. Após um parto de 35 semanas, a chance do segundo parto ser prematuro é de 16%; após dois, o risco aumenta para 41% e, após três partos prematuros, chega a 67% ⁹.

Pesquisa realizada na África mostrou que mulheres com história de parto prematuro anterior tiveram duas vezes mais chances de repetir o parto pré-termo ²². A probabilidade de repetir um parto pré-termo é de 20%; após dois partos pré-termos anteriores, o risco passa para 35-40% ¹⁰.

Em relação às características gestacionais, este estudo não apresentou associação entre parto prematuro e planejamento da gravidez, realização de pré-natal, tempo de início do pré-natal, número de gestações e história materna de aborto prévio. Aborto anterior também foi frequente em mulheres que tiveram partos prematuros ¹⁹. Mulheres com história anterior de abortos espontâneos têm maior risco de disfunções placentárias, o que favorece o trabalho de parto prematuro ³⁹. Estudo identificou que mulheres primíparas tiveram duas vezes mais chances de parto prematuro ²⁹. Porém, tal achado necessita ser analisado em conjunto com outros fatores sociodemográficos, como idade e baixa escolaridade²⁹.

Quanto às complicações na gestação, a variável hipertensão arterial na gravidez foi considerada um fator de risco para o parto prematuro. No Chile, a hipertensão foi responsável por 74% dos partos prematuros com indicação médica ⁴⁰; e na Tanzânia (África), mulheres que apresentaram pré-eclâmpsia, em gravidez anterior, tiveram 2,5 vezes mais risco de parto prematuro ⁴¹. Em São Paulo (SP), hipertensão arterial na gravidez foi uma variável significativa para o parto prematuro ⁴².

Os distúrbios hipertensivos classificam-se em hipertensão gestacional (hipertensão sem proteinúria, após 20 semanas de gestação), pré-eclâmpsia (hipertensão e proteinúria, após as 20 semanas de gestação) e eclâmpsia (desenvolvimento de convulsões ou coma, em pacientes com pré-eclâmpsia) ⁴³. Distúrbios hipertensivos contribuem para descolamento prematuro de placenta e aumento da atividade uterina, colaborando para a ocorrência do parto prematuro ^{10,43}.

História de ameaça de aborto e de ameaça de parto na gravidez atual mostrou associação com o trabalho de parto prematuro, revelando que mulheres que tiveram essas complicações aumentam as chances de um parto pré-termo. A história anterior de parto prematuro e de aborto já está bem discutida na literatura e nos estudos científicos como importantes fatores de risco para o parto prematuro ^{9, 18-19, 22, 34, 36, 38}.

Outro fator de risco para o parto prematuro identificado neste estudo foi o sangramento durante a gravidez. Mulheres que apresentam hemorragia pré-parto têm um risco elevado de parto prematuro^{18, 29, 44}. A perda de sangue, devido aos distúrbios hemorrágicos, reduz a capacidade de carregamento sanguíneo, contribuindo para o parto prematuro⁴⁵.

Os distúrbios hemorrágicos na gravidez são diversos. Os que ocorrem no final da gravidez podem ser devido à placenta prévia (placenta que cobre parcial ou completamente o colo do útero ou está próxima do colo), descolamento prematuro de placenta, rotura uterina e vasa prévia (sangramento dos vasos sanguíneos fetais que atravessam as membranas amnióticas)^{12,45}. Existe também a hemorragia anteparto, de origem desconhecida, com diagnóstico realizado por meio de exclusão⁴⁴.

Com relação ao uso de crack na gravidez, os resultados encontrados neste estudo vão ao encontro da literatura. O uso de crack, na gravidez, também está relacionado ao aumento no número de casos de prematuridade. O crack reduz o fluxo placentário, colaborando para o envelhecimento da placenta³⁵.

No que diz respeito às drogas lícitas como álcool e fumo, a literatura traz que mulheres que utilizam álcool e fumo durante a gravidez estão mais propensas a ter um parto prematuro. O álcool pode levar a lesões vasculares que contribuem para resultados adversos na gravidez⁴⁶. O tabagismo, durante a gravidez, é um fator de risco para parto prematuro que já está bem fundamentado nos estudos científicos⁴⁷⁻⁴⁹. O feto de uma mãe fumante fica exposto, de forma passiva ao fumo. A utilização do cigarro, durante a gravidez provoca a diminuição do oxigênio, pela redução do fluxo sanguíneo uterino⁵⁰. A nicotina pode levar à doença placentária isquêmica, desencadeando o parto prematuro⁵¹. Investigação realizada na Europa Central e Oriental revelou que as mulheres fumantes têm 2,4 vezes mais propensão ao parto prematuro⁴⁹.

O uso de crack durante a gravidez apresentou significância estatística para o trabalho de parto prematuro nesta pesquisa. Porém, o uso de álcool, cigarro e cocaína não apresentou relação com a prematuridade, divergindo dos dados encontrados na literatura. O uso de cocaína na gravidez contribui para o parto prematuro, pois a cocaína provoca ativação dos sistemas adrenérgicos³⁵.

Outra variável que mostrou associação com o parto prematuro neste estudo foi o trabalho da mulher na gravidez. Estudo mostra que mulheres trabalhadoras têm 2,2 vezes mais chances de ter parto prematuro do que as mulheres não trabalhadoras. O trabalho pode afetar a gravidez, devido aos riscos ocupacionais, envolvendo agentes químicos, físicos e exposições,

longa jornada de trabalho, longa permanência em pé, movimentação de cargas pesadas e estresse psicossocial⁵².

As variáveis infecção urinária e corrimento vaginal na gravidez não apresentaram diferenças entre casos e controles. Tal resultado difere da literatura, pois as infecções genitais e do trato urinário vêm sendo associadas a parto prematuro^{19, 34, 40, 53}.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

As variáveis que apresentaram significância estatística para o parto prematuro neste estudo foram: a idade da mãe entre 20 e 34 anos; a escolaridade materna maior do que 12 anos; maior renda materna; realização de menos de seis consultas de pré-natal; história materna de prematuridade prévia; história materna de hipertensão arterial; ameaça de aborto; ameaça de parto prematuro; sangramento; uso de crack na gravidez; e trabalho da mulher na gravidez.

A maioria das variáveis identificadas como de risco para o parto prematuro já são amplamente discutidas na literatura. Porém, este estudo identificou algumas variáveis com resultados divergentes das publicações na área, como a idade materna, a escolaridade e a renda. Considera-se que tais variáveis estejam relacionadas a fatores confundidores como o agendamento de cesariana eletiva. Este estudo não conseguiu determinar tal hipótese a partir dos dados coletados, sendo para isso necessário realizar-se outra investigação.

Alguns fatores identificados como de risco ao parto prematuro são modificáveis ou, pelo menos, passíveis de serem controlados, por meio de uma assistência pré-natal de qualidade. É o caso do número de consultas de pré-natal, hipertensão arterial, ameaça de aborto, ameaça de parto prematuro, sangramento vaginal, uso de crack e trabalho da mãe na gravidez. Este estudo mostra-se relevante pelo fato de que, a partir da identificação dos fatores de risco para o parto prematuro é possível conhecer a realidade estudada e traçar estratégias de controle e prevenção de tal desfecho.

REFERÊNCIAS

1. WHO Library Cataloguing-in-Publication. *Born too soon: the global action report on preterm birth*. 2012.
2. Liu L, Johnson HL, Cousens S, Perin J, Scott S, Lawn JE, Rudan I, Campbell H, Cibulskis R, Li M, Mathers C, Black R. Global, regional and national causes of child mortality: an

- updated systematic analysis for 2010 with time trends since 2000. *The Lancet* 2012 [cited 2016 mai 03]; 379 (9832). Available from: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0140673612605601>
3. Liu L, Oza S, Hogan D, Chu Y, Perin J, Zhu J, Lawn J, Cousens S, Mathers C, Black R. Global, regional, and national causes of under-5 mortality in 2000–15: an updated systematic analysis with implications for the Sustainable Development Goals. *The Lancet*. 2016 [cited 2017 sep 13]; 388: 3027–35. Available from: [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(16\)31593-8](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(16)31593-8).
 4. Victora C. Membros do grupo de trabalho: Fernando Barros, Alicia Matijasevich, Mariângela Silveira Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia, Universidade Federal de Pelotas, Pelotas, RS Julho de 2013. Pesquisa para estimar a prevalência de nascimentos pré-termo no Brasil e explorar possíveis causas. Unicef brasil. Disponível em: http://www.unicef.org/brazil/pt/br_prematuridade_possiveis_causas.pdf.
 5. Passini Jr R, Cecatti JG, Lajos GJ, Tedesco RP, Nomura ML, Dias TZ, Haddad SM, Rehder PM, Pacagnella RC, Costa ML, Sousa MH for the Brazilian Multicentre Study on Preterm Birth study group. Brazilian Multicentre Study on Preterm Birth (EMIP): Prevalence and Factors Associated with Spontaneous Preterm Birth. *PLOS ONE*. 2014 [cited 2018 feb 19]; 9 (10): e109069. Available from: <http://journals.plos.org/plosone/article/file?id=10.1371/journal.pone.0109069&type=printable>
 6. Demitto MO, Gravena AAF, Dell’agnolo CM, Antunes MB, Pelloso SM. High risk pregnancies and factors associated with neonatal death. *Rev Esc Enferm USP*. 2017 [cited 2017 sep 13]; 51: e03208. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S1980-220X2016014703208>
 7. Piotrowski KA. Complicações do trabalho de parto e do parto. In: Lowdermilk DL, Perry SE, Cashion K, Alden KR. *Saúde da mulher e enfermagem obstétrica*. Rio de Janeiro: Elsevier; 2012. p. 773-817.
 8. Kenner C; Ellerbee S. Cuidados de enfermagem para o recém-nascido de alto risco. In: Lowdermilk DL, Perry SE, Cashion K, Alden KR. *Saúde da mulher e enfermagem obstétrica*. Rio de Janeiro: Elsevier; 2012. p. 888-923.
 9. Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (FEBRASGO). *Manual de perinatologia*. São Paulo: Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia, 2013.
 10. Montenegro CAB, Rezende Filho J. *Rezende obstetrícia fundamental*. 13ª edição. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2014.

11. Bittar RE, Francisco RPV, Zugaib M. Prematuridade: quando é possível evitar? *Rev Bras Ginecol Obstet.* 2013 [cited 2017 sep 27]; 35 (10). Available from: <http://dx.doi.org/10.1590/S0100-72032013001000001>
12. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. *Gestação de alto risco: manual técnico.* 5. ed. Brasília : Editora do Ministério da Saúde, 2010.
13. Pohlmann FC, Kerber NPC, Viana JS, Carvalho VF, Costa CC, Souza CS, Silva C. Parto prematuro: abordagens presentes na produção científica nacional e internacional. *Enfermería Global.* 2016 [cited 2017 sep 15]; 42: 398- 409. Available from: http://scielo.isciii.es/pdf/eg/v15n42/pt_revision1.pdf
14. Balbi B, Carvalhaes MABL, Parada CMGL. Tendência temporal do nascimento pré-termo e de seus determinantes em uma década. *Ciênc. saúdecoletiva*[online]. 2016 [cited 2017 jul 10]; 21(1): 233-241. Available from: <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232015211.20512015>
15. Martins MG, Santos GHN, Sousa MS, Costa JEFB, Simões VMF. Associação de gravidez na adolescência e prematuridade. *Rev Bras Ginecol Obstet.* 2011 [cited 2017 sep 13]; 33(11). Available from: <http://dx.doi.org/10.1590/S0100-72032011001100006>
16. Pimenta AM, Nazareth JV, Souza KV, Pimenta GM. “The house of the pregnant women” program: users’ profile and maternal and perinatal health care results. *TextoContextoEnferm.* 2012 [cited 2017 sep 29]; 21 (4): 912-20. Available from: http://www.scielo.br/pdf/tce/v21n4/en_23.pdf
17. Gonçalves ZR, Monteiro DLM. Complicações maternas em gestantes com idade avançada. *FEMINA.* 2012 [cited 2017 sep 13]; 40 (5): 275-9. Available from: <http://files.bvs.br/upload/S/0100-7254/2012/v40n5/a3418.pdf>
18. Hammond G, Langridge A, Leonard H, Hagan R, Jacoby P, Deklerk N et al. Changes in risk factors for preterm birth in Western Australia 1984–2006. *BJOG.* 2013 [cited 2016 mai 03]; 120 (9): 1051-60. Available from: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/1471-0528.12188/epdf>
19. Rouget F, Lebreton J, Monfort C, Bodeau-Livinec F, Janky E, Multigner L et al. Medical and Sociodemographic Risk Factors for Preterm Birth in a French Caribbean Population of African Descent. *Matern Child Health J.* 2013 [cited 2017 sep 15]; 17 (6): 1103-11. DOI: 10.1007/s10995-012-1112-x.

20. Castell EC, Rizo-Baeza MM, Cordero MJA, Rizo-Baeza J, Guillén VG. Maternal age as risk factor of prematurity in Spain; Mediterranean área. *Nutr Hosp*. 2013 [cited 2017 sep 13]; 28(5):1536-1540. Available from: <http://scielo.isciii.es/pdf/nh/v28n5/25original20.pdf>
21. Laopaiboon M, Lumbiganon P, Intarut N, Mori R, Ganchimeg T, Vogel JP et al. Advanced maternal age and pregnancy outcomes: a multicountry assessment. *BJOG*. 2014 [cited 2016 mai 03]; 121 (1). 2014. Available from: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/1471-0528.12659/epdf>
22. Van Den Broek NR, Jean-Baptiste R, Neilson JP. Factors Associated with Preterm, Early Preterm and Late Preterm Birth in Malawi. *PLoS ONE*. 2014 [cited 2016 mai 05]; 9 (3). DOI: [10.1371/journal.pone.0090128](https://doi.org/10.1371/journal.pone.0090128)
23. Althabe F, Moore JL, Gibbons L, Berrueta M, Goudar SS, Chomba E et al. Adverse maternal and perinatal outcomes in adolescent pregnancies: The Global Network's Maternal Newborn Health Registry study. *Reproductive Health*[internet]. 2015 [cited 2016 mai 13];12(2). S8. Available from: <http://download.springer.com/static/pdf/826/art%253A10.1186%252F1742-4755-12-S2-S8.pdf?originUrl=http%3A%2F%2Fwww.springer.com/journal/1186%2F1742-4755-12-S2-S8&token2=exp=1462279257~acl=%2Fstatic%2Fpdf%2F826%2Fart%25253A10.1186%252F1742-4755-12-S2->
24. Canhaço EE, Bergamo AM, Lippi UG, Lopes RGC. Perinatal outcomes in women over 40 years of age compared to those of other gestations. *Einstein*. 2015 [cited 2017 sep 27];13(1): 58-64. Available from: <http://dx.doi.org/10.1590/S1679-45082015AO3204>
25. Oliveira LL, Gonçalves AC, Costa JSD, Bonilha ALL. Maternal and neonatal factors related to prematurity. *Rev Esc Enferm USP*. 2016; 50(3):382-389. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-623420160000400002>
26. Paulucci RS, Nascimento LFC, Schulze CA. Abordagem espacial dos partos prematuros em Taubaté, SP. *Rev Paul Pediatr*. 2011 [cited 2016 mai 05]; 29 (3): 336-40. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/rpp/v29n3/a05v29n3.pdf>
27. Gonzaga ICA, Santos SLD, Silva ARV, Campelo V. Prenatal care and risk factors associated with premature birth and low birth weight in the a capital in the Brazilian Northeast. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2016 [cited 2017 sep 13]; 21(6):1965-1974. Available from: <http://www.scielosp.org/pdf/csc/v21n6/1413-8123-csc-21-06-1965.pdf>

28. Viellas EF, Domingues RMSM, Dias MAB, Gama SGN, Theme Filha MM, Costa JV et al. Prenatalcare in Brazil. *Cad. Saúde Pública*. 2014 [cited 2016 mai 05];30 (supl. 1). Available from: <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311X00126013>.
29. Almeida AC, Jesus ACP, Lima PFT, Araújo MFM, Araújo TM. Fatores de risco maternos para prematuridade em uma maternidade pública de Imperatriz-MA. *Rev GaúchaEnferm.*, Porto Alegre (RS) 2012 jun; 33(2):86-94.
30. Vos AA, Posthumus AG, Bonsel GL, Steegers EA, Denktas S. Deprived neighborhoods and adverse perinatal outcome: a systematic review and meta-analysis. *ActaObstetGynecol Scand*. 2014. [cited 2016 mai 05]; 93 (8): 727-40. Available from: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/aogs.12430/pdf>
31. Tabile PM, Teixeira RM, Toso G, Matras RC, Fuhrmann IM, Pires MC et al. Characteristics of pre-term births in a school hospital in the interior of South Brazil: analysis of 6 year. *Revista da AMRIGS*. 2016 [cited 2017 sep 15]; 60 (3): 168-172. Available from: http://www.amrigs.org.br/revista/60-03/02_1523_Revista%20AMRIGS.PDF
32. Leal MC, Esteves-Pereira AP, Nakamura-Pereira M, Torres JA, Theme-Filha M, Domingues RMSM et al. Prevalence and risk factors related to preterm birth in Brazil. *Reproductive Health*. 2016; 13(Suppl 3):127. DOI 10.1186/s12978-016-0230-0.
33. Conselho Federal de Medicina (CFM). *Resolução CFM nº 2.144/2016*. Brasília-DF: 2016.
34. Gungor I, Oskay U, Beji NK. Biopsychosocial risk factors for preterm birth and postpartum emotional well-being: a case-control study on Turkish women without chronic illnesses. Blackwell Publishing Ltd, *Journal of Clinical Nursing*. 2011[cited 2017 sep 13]; 20 (5-6): 653-6. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21320194>
35. 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*, 2012.
36. Adane AA, Ayele TA, Ararsa LG, Bitew BD, Zeleke BM. Adverse birth outcomes among deliveries at Gondar University Hospital, Northwest Ethiopia. *BMC Pregnancy and Childbirth*. 2014 [cited 2016 Mai 06]; 14 (90). Available from: <http://www.biomedcentral.com/1471-2393/14/90>
37. Nelson DB, Hanlon A, Nachamkin I, Haggerty C, Mastrogiannis DS, Liu C et al. Early Pregnancy Changes in Bacterial Vaginosis-Associated Bacteria and Preterm Delivery. *Paediatric and Perinatal Epidemiology*. 2014 [cited 2016 mai 04]; 28 (2): 88-96. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4031320/>

38. Trilla CC, Medina MC, Ginovart G, Betancourt J, Armengol JA, Calaf J. Maternal risk factors and obstetric complications in late preterm prematurity. *Eur J ObstetGynecolReprod Biol.* 2014 [cited 2017 sep 29]; 179: 105-9. DOI: 10.1016/j.ejogrb.2014.05.030
39. Gunnarsdottir J, Stephansson O, Cnattingius S, Akerud H, Wikstrom AK. Risk of placental dysfunction disorders after prior miscarriages: a population-based study. *Am J Obstet Gynecol.* 2014 [cited 2016 mai 03]; 211 (1): 34.e1-8. Available from: [http://www.ajog.org/article/S0002-9378\(14\)00112-4/pdf](http://www.ajog.org/article/S0002-9378(14)00112-4/pdf)
40. Ovalle F, Kakarieka E, Rencoret G, Fuentes A, Del Río MJ, Morong C et al. Factores asociados con el parto prematuro entre 22 y 34 semanas en un hospital público de Santiago. *Rev Med Chile.* 2012 [cited 2016 mai 05]; 140:19-29. Available from: <http://www.scielo.cl/pdf/rmc/v140n1/art03.pdf>
41. Mahande MJ, Daltveit AK, Mmbaga BT, Masenga G, Obure J, Manongi R et al. Recurrence of Preeclampsia in Northern Tanzania: A Registry-Based Cohort Study. *PLoS ONE.* 2013 [cited 2016 mai 03]; 8 (11). Available from: <http://journals.plos.org/plosone/article/asset?id=10.1371%2Fjournal.pone.0079116.PDF>
42. Berger AZ, Zorzim VI, Pôrto EF, Alfier FM. Premature childbirth: pregnant women's characteristics of a population in the South area of São Paulo. *Rev. Bras. Saúde Matern. Infant.* 2016 [cited 2017 sep 27]; 16 (4): 437-445. Available from: <http://dx.doi.org/10.1590/1806-93042016000400005>
43. Dix, D. Distúrbios hipertensivos na gravidez. In: Lowdermilk DL, Perry SE, Cashion K, Alden KR. *Saúde da mulher e enfermagem obstétrica.* Rio de Janeiro: Elsevier; 2012. p. 650-665.
44. Bhandari S, Raja EA, Shetty A, Bhattacharya S. Maternal and perinatal consequences of antepartum haemorrhage of Unknown origin. *BJOG.* 2014 [cited 2017 sep 27]; 121(6):44-52. Available from: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/1471-0528.12464/epdf>
45. Cashion K. Distúrbios hemorrágicos no anteparto. In: Lowdermilk DL, Perry SE, Cashion K, Alden KR. *Saúde da mulher e enfermagem obstétrica.* Rio de Janeiro: Elsevier; 2012. p. 666-683.
46. Salihua HM, Kornosky JL, Lynch O, Alio AP, August EM, Marty PJ. Impact of prenatal alcohol consumption on placenta-associated syndromes. *Alcohol.* 2011 [cited 2017 sep 15]; 45 (1): 73-9. DOI: 10.1016/j.alcohol.2010.05.010. Epub 2010 Jul 2.
47. Morken N, Källen K, Jacobsson B. Predicting Risk of Spontaneous Preterm Delivery in Women with a Singleton Pregnancy. *Paediatric and Perinatal Epidemiology.* 2014 [cited

- 2016 mai 03]; 28 (1):11-22. Available from: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/ppe.12087/epdf>
48. Bassil KL, Yasseen AS, Walker M, Sgro MD, Shah PS, Smith GN et al. The association between obstetrical interventions and late preterm birth. *Am J Obstet Gynecol*. 2014 [cited 2016 mai 03]; 210 (6). Available from: [http://www.ajog.org/article/S0002-9378\(14\)00165-3/pdf](http://www.ajog.org/article/S0002-9378(14)00165-3/pdf)
49. Arora CP, Kacerovsky M, Zinner B, Ertl T, Ceausu L, Rusnak I et al. Disparities and relative risk ratio of preterm birth in six Central and Eastern European Centers. *Croat Med J*. 2015[cited 2016 mai 03]; 56 (2). Available from: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4410174/pdf/CroatMedJ_56_0119.pdf
50. Maggiolo, J. Tabaquismo durante elembarazo. *Neumol. Pediatr*. 2011; 6 (1): 12-15.
51. Qiu J, He X, Cui H, Zhang C, Dang Y, Han X et al. Passive Smoking and Preterm Birth in Urban China. *Am J Epidemiol*. 2014 [cited 2016 mai 05]; 180 (1): 94-102. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4070933/>
52. Aguirre ET, BalderasEM, Torres MMD. Condición laboral asociada a complicacionesenelembarazoennoreste de México. *Med SegurTrab* (Internet). 2014 [cited 2016 mai 03]; 60 (237). Available from: <http://scielo.isciii.es/pdf/mesetra/v60n237/original1.pdf>
53. Hackenhaar AA, Albernaz EP. Prevalência e fatores associados à internação hospitalar para tratamento da infecção do trato urinário durante a gestação. *Rev. Bras. Ginecol. Obstet*. 2013 [cited 2017 sep 13]; 35 (5): 199-204. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/rbgo/v35n5/02.pdf>

4.2 ARTIGO 2

Fatores de risco para o parto prematuro e cuidados identificados pelos enfermeiros do pré-natal⁵

RESUMO: OBJETIVO: enumerar os fatores de risco relacionados ao parto prematuro, segundo a percepção dos enfermeiros que realizam a assistência pré-natal; e conhecer a conduta dos enfermeiros diante dos fatores de risco. **MÉTODO:** Pesquisa qualitativa, realizada no período de julho a outubro de 2016, por meio de entrevista com instrumento semiestruturado, com 45 enfermeiros que realizam atendimento pré-natal em unidades de saúde em um município do sul do Brasil, utilizando análise descritiva dos dados. **RESULTADOS:** Foram identificados 49 fatores de risco para o parto prematuro. Muitos enfermeiros não souberam explicar o encaminhamento para o fator de risco ou citaram cuidados isolados. Foi encontrada disparidade em relação às condutas, sendo que alguns cuidados não foram identificados. **CONCLUSÃO:** Tais achados mostram a necessidade de investimentos em educação permanente para os enfermeiros, de forma que possam identificar prontamente os fatores de risco ao parto prematuro e saibam prescrever os cuidados necessários. O conhecimento dos enfermeiros que atuam na assistência pré-natal pode contribuir para a redução dos partos prematuros.

DESCRITORES: Cuidados de Enfermagem; Trabalho de Parto Prematuro; Fatores de Risco; Cuidado pré-natal.

INTRODUÇÃO

O parto prematuro é definido como aquele que acontece entre 22 e 37 semanas de gestação. No mundo ocorrem cerca de 15 milhões de nascimentos prematuros por ano⁽¹⁾. No Brasil a prevalência de parto prematuro é de 12,3%⁽²⁾. A causa exata para o nascimento prematuro é difícil de ser identificada, pois o mesmo pode ser desencadeado por múltiplos fatores e, na maioria dos casos, acontece espontaneamente⁽¹⁾.

Por ser uma condição, na maioria das vezes, multifatorial, a prevenção do parto prematuro é difícil de ser alcançada. Diversas estratégias devem ser adotadas, destacando-se o

⁵ Artigo a ser encaminhado para a Revista da Escola de Enfermagem da USP, normas disponíveis em: <http://www.scielo.br/revistas/reeusp/pinstruc.htm>

planejamento da gravidez, a realização de pré-natal, a avaliação do risco gestacional e a prevenção das complicações^(1,3).

O enfermeiro, mesmo não sendo o profissional que realiza a consulta de pré-natal de alto risco, possui um papel fundamental na prevenção do parto prematuro, podendo atuar nos cuidados de pré-concepção, favorecendo a saúde das mulheres, avaliando os fatores de risco e aconselhando para os fatores modificáveis⁽⁴⁾. Ao atuar na realização do pré-natal de risco habitual, realizando consulta de enfermagem pode identificar precocemente os riscos gestacionais e encaminhar as gestantes⁽³⁻⁴⁾. O enfermeiro também possui papel fundamental nas ações relacionadas à educação em saúde e proporciona o desenvolvimento do acolhimento⁽⁵⁻⁶⁾.

Tendo em vista a importância do profissional de enfermagem na atenção pré-natal para a identificação dos riscos gestacionais e a pequena quantidade de artigos que mostram a participação do enfermeiro na prevenção dos partos prematuros, este estudo tem como questões de pesquisa: Quais os fatores de risco para o parto prematuro e as condutas frente a esses fatores identificados pelos enfermeiros? Os objetivos desta pesquisa foram enumerar os fatores de risco relacionados ao parto prematuro, segundo a percepção dos enfermeiros que realizam a assistência pré-natal pelo SUS e conhecer a conduta dos enfermeiros que realizam assistência pré-natal pelo SUS, diante dos fatores de risco relacionados ao parto prematuro.

METODOLOGIA

Estudo qualitativo, realizado a partir do banco de dados do projeto de pesquisa intitulado “Estratégias de prevenção do parto prematuro na rede de serviços de saúde que prestam atendimento pré-natal no SUS: Conhecimento dos enfermeiros”⁶.

Os locais do estudo foram as 26 unidades de saúde que realizam atendimento de pré-natal em um município do sul do Brasil. Os critérios de inclusão foram: ser enfermeiro envolvido na assistência pré-natal de risco habitual oferecido pelo SUS nas unidades básicas de saúde do município. Os critérios de exclusão foram: realização de mais de duas tentativas de marcação ou de realização da entrevista. Participaram deste estudo 45 enfermeiros.

A coleta de dados foi realizada por estudantes do curso de graduação e de um curso de doutorado, por meio de entrevistas semiestruturadas, realizadas no período de julho a outubro de

⁶ Estudo qualitativo com o objetivo de avaliar o conhecimento dos enfermeiros sobre os fatores de risco para a prematuridade e as estratégias utilizadas por eles para a prevenção do parto prematuro na rede de serviços de saúde que prestam atendimento pré-natal pelo SUS em um município do sul do Rio Grande do Sul.

2016, no ambiente de trabalho, após marcação prévia. Para a construção deste artigo utilizaram-se dados do perfil dos participantes e os depoimentos referentes às seguintes perguntas do instrumento: Quais fatores você considera como de risco para o parto prematuro? Quais os cuidados/encaminhamentos que devem ser feitos para cada um desses fatores que você identificou?

As entrevistas foram gravadas, transcritas, efetuando-se a análise descritiva dos dados. Primeiramente houve a identificação do perfil dos participantes; após, foram quantificados os fatores de risco elencados pelos enfermeiros, construindo uma tabela com os fatores de risco elencados e o número de enfermeiros que citaram cada um deles. Para a análise das condutas tomadas pelos enfermeiros diante de cada fator de risco, em vista do grande número de fatores citados, foram selecionados aqueles mencionados por mais de 10 enfermeiros. Após, correlacionaram-se os resultados encontrados com os protocolos de pré-natal de risco habitual e de alto risco do Ministério da Saúde^(3,7).

O estudo obteve a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa local, sob o número 143/2015. O presente estudo obteve autorização da coordenadora da pesquisa para a realização e obtenção de dados. Esta pesquisa seguiu as normas estabelecidas pela Resolução CNS 466/12⁽⁸⁾. O anonimato dos participantes foi garantido mediante sua identificação por código E (enfermeiro) e a seguinte numeração da entrevista, exemplo: E1, E2.

RESULTADOS

Os enfermeiros que participaram deste estudo tinham média de 43,9 anos de idade, 19 anos de formação, 11,4 anos de atuação na Secretaria de Saúde em questão, 8,5 anos de experiência no pré-natal e 05 estão a menos de 01 ano atuando nessa área. Quanto à formação acadêmica, 36 têm especialização em estratégia de saúde da família, 07 em enfermagem do trabalho, 07 em urgência e emergência, 04 em projetos assistenciais, 04 em saúde coletiva/saúde pública, 11 referiram outras especializações, 07 têm mestrado e 02 doutorado. No tocante às capacitações realizadas, 40 referiram ter realizado pelo menos uma capacitação, sendo que 33 enfermeiros relataram capacitação envolvendo o tema pré-natal.

O conteúdo das entrevistas realizadas possibilitou a identificação de 49 fatores de risco para o parto prematuro, porém cada enfermeiro elencou, em média, cinco fatores. Os fatores de risco elencados pelos enfermeiros encontram-se no Quadro 1, a seguir, juntamente com o quantitativo de enfermeiros que os citaram.

Quadro 1- Fatores de risco para o parto prematuro identificados pelos enfermeiros que realizam assistência pré-natal em Rio Grande (RS)

Fator de risco	Número citações
Doenças hipertensivas	29
Extremos de idade materna	25
Gestante usuária de drogas/tabaco	25
Infecção do trato urinário	20
Diabetes na gestação	20
Falta de realização do pré-natal	20
Infecções sexualmente transmissíveis	16
Inadequadas condições sociais	10
Gestante portadora de doenças graves	10
Multiparidade	05
Baixa escolaridade	05
Violência/leucorréia/descolamento de placenta/obesidade/ nutrição inadequada	04
Hemorragias/gemelaridade/ história de aborto/uso de medicamentos/parto prematuro anterior	03
Malformação/ falta de planejamento familiar/ placenta prévia/ queda ou trauma/ falta de exames/ falta pré-natal do parceiro/ anemia/ cesariana prévia/ bolsa rota	02*
Falta de cobertura da estratégia de saúde da família/ inadequada saúde da trabalhadora/ baixo peso da mãe/ falta de higiene oral/ toxoplasmose na gravidez/ presença de contrações/ alteração nos exames/ falta de informações/ história familiar de parto prematuro/ promiscuidade/ alterações nos batimentos cardíacos fetais/retardo do crescimento intrauterino/cirurgias prévias de útero/ alterações na tireóide/não seguir orientações da equipe de saúde/mãe com fator Rh negativo/cálculo errado da idade gestacional	01*

* Os fatores que apresentaram o mesmo número de citações foram reunidos para a apresentação no Quadro 1.

Na análise das condutas tomadas pelos enfermeiros diante de cada fator de risco, ficou evidente que muitos enfermeiros identificaram o fator de risco, mas não souberam explicar acerca da conduta ou encaminhamento que deveria ser realizado. Isso ocorreu com 07 enfermeiros que citaram a falta de realização do pré-natal, 06 para os extremos de idade

materna, 03 para gestante usuária de drogas ou tabaco e 01 para infecção do trato urinário. Quanto aos extremos de idade materna, 02 enfermeiros afirmaram que não existe conduta para tal fator de risco. Ainda, 04 enfermeiros relataram o encaminhamento ao pré-natal de alto risco como única conduta realizada. Percebe-se, também, disparidade em relação às condutas dos enfermeiros. O Quadro 2 apresenta os cuidados frente aos fatores de risco selecionados.

Quadro 2- Encaminhamentos citados pelos enfermeiros frente aos fatores de risco ao parto prematuro.

FATOR DE RISCO	CONDUTAS/ número citações
Doença hipertensiva	Encaminhamento alto risco (17)/ solicitação de exames (12)/ fazer pré-natal (11)/ encaminhamento para o médico (10)/ verificação de sinais vitais (08)/ orientação de dieta adequada (04)/ aumento no número de consultas de pré-natal(04)/ busca ativa das gestantes (04)/ orientações de enfermagem (04)/ encaminhamento ao nutricionista (03)/ prática de exercícios físicos/ acompanhamento de edema de membros inferiores (01)
Extremos de idade materna	Encaminhamento para o ambulatório de adolescentes ou alto risco (16)/ início precoce do pré-natal (05)/ aumento no controle das gestantes (05)/ educação em saúde (05)/ busca ativa por gestantes (02)/ Atenção para aspectos sociais e familiares (02)/ Estreitamento do vínculo (02)/ realização de planejamento familiar (01)/ Orientação sobre nutrição (01)/ acompanhamento com equipe multiprofissional (01)/ Busca ativa das faltosas (01)/ Controle do peso (01)/ não faltar anticoncepcional (01)
Uso de drogas/tabaco	Encaminhamento para alto risco (10)/ encaminhamento para outros serviços ou profissionais (10)/ maior acompanhamento no pré-natal (07)/ orientação de enfermagem (07)/ incentivo a cessação ou diminuição do uso de drogas (07)/ início precoce do pré-natal (04)/ educação em saúde (04)/ busca ativa das gestantes faltosas (03)/ estreitamento do vínculo (02)/ prevenção do uso de drogas (02)/ encaminhamento para o médico (01)/ estímulo do apoio familiar (01)
Infecção do trato urinário	realização de exames de acompanhamento (14)/ Tratamento medicamentoso (13)/encaminhamento ao alto risco(09)/acompanhamento

	pré-natal(09)/encaminhamento para o médico (06)/ atentar para sintomas ou queixas (04)/ orientações de enfermagem (04)/ busca ativa das gestantes (03)/ estreitamento do vínculo (02)/ orientação quanto a higiene (01)/ acompanhamento equipe multiprofissional (01)
Diabetes na gestação	Encaminhamento para o alto risco (12)/ controle através de exames (11)/ acompanhamento pré-natal (09)/ encaminhamento para o médico (05)/ busca ativa das gestantes (04)/ orientações quanto à dieta e controle do peso (03)/ tratamento (03)/ encaminhamento para nutricionista (03)/ acompanhamento com endocrinologista (02)/ aumento na frequência das consultas (01)/ estreitamento do vínculo (01)
Falta de acompanhamento pré-natal	Visita domiciliar e busca ativa (08)/ captação precoce (06)/ educação sobre a importância do pré-natal (03)/ rapidez no diagnóstico de gravidez (03)/ estabelecimento de vínculo (02)/ estudo e diagnóstico de área de cobertura da unidade (01)/ cobertura do pré-natal em 100% das unidades (01)/ atentar para situação social, emocional e econômica (01)
Infecção sexualmente transmissível (IST)	Início imediato do tratamento (09)/ encaminhamento para o alto risco (08)/ acompanhamento da gestante (08)/ testes rápidos de HIV e sífilis (05)/ orientações de enfermagem (05)/ tratamento do parceiro sexual (05)/ coleta de exames na primeira consulta (02)/ busca ativa e visita domiciliar (02)

DISCUSSÃO

De maneira geral, os enfermeiros da pesquisa identificaram diversos fatores de risco ao parto prematuro, porém, individualmente, o número de fatores de risco citados foi baixo. A identificação precoce dos fatores de risco para o parto prematuro faz parte da classificação do risco gestacional. Os enfermeiros que estão realizando a assistência pré-natal devem ter conhecimento dos riscos gestacionais para atuar precocemente, frente às alterações.

Existe dificuldade dos enfermeiros para a classificação do risco gestacional, durante a consulta pré-natal⁽⁹⁾. Ressalta-se que, na assistência pré-natal, é necessário que os fatores de risco gestacionais sejam identificados precocemente, sendo imprescindível para a definição do cuidado a ser ofertado⁽³⁾, a reclassificação precisa ser refeita a cada consulta, uma vez que a gestação pode se tornar de alto risco a qualquer momento⁽⁷⁾.

A dificuldade de citar maior número de fatores de risco ao parto prematuro pode ter ocorrido pelo fato dos enfermeiros se sentirem nervosos frente a uma entrevista ou

simplesmente não terem lembrado, naquele momento, o que não significa que desconheçam os fatores de risco não nominados. Os enfermeiros podem não os ter citado, porém, no dia a dia do serviço, diante da concretude do fato, saibam reconhecer e encaminhar. No entanto, essa é uma questão de que não se tem elementos para responder.

A maioria dos fatores de risco para o parto prematuro referenciados pelos enfermeiros é amplamente discutida na literatura. O que mais chamou a atenção foi o fato de alguns enfermeiros citarem os fatores de risco, mas não mencionarem os cuidados necessários. Além disto, destaca-se a menção de pequeno número de cuidados para cada fator de risco elencado. Esta questão é preocupante, pois os enfermeiros que realizam assistência pré-natal precisam ter conhecimento dos riscos gestacionais para saber atuar, precocemente, frente às alterações encontradas. A disparidade em relação às condutas dos enfermeiros indica dificuldades do município em estabelecer um protocolo assistencial para o pré-natal.

As entrevistas mostram que 29 enfermeiros citaram o encaminhamento ao pré-natal de alto risco como a conduta adequada para a maioria dos fatores de risco elencados, sendo que para 04 enfermeiros foi um cuidado isolado. Questiona-se esse fato em vista de que os enfermeiros podem encaminhar gestantes para outros níveis de assistência, sem necessidade, o que acarretaria em sobrecarga do sistema de referência. Por outro lado, outra questão que suscita reflexão é de os enfermeiros estarem encaminhando para outros serviços justamente por conseguir identificar uma situação de alto risco, mas não saber atuar frente a esta.

A utilização do pré-natal de alto risco por gestantes de risco habitual não melhora a qualidade da assistência e retarda o acesso das gestantes que precisam⁽⁷⁾. De modo a não sobrecarregar o sistema de saúde, as gestantes do pré-natal de risco habitual devem ser acompanhadas na atenção básica e somente encaminhadas para a atenção secundária àquelas que se enquadram nos critérios para o alto risco.

As deficiências dos profissionais em reconhecer e manejar as condições de risco juntamente com as dificuldades na rede de atenção à saúde e no sistema de referência e contrarreferência prejudicam a atenção adequada das gestantes de alto risco⁽¹⁰⁾. No Brasil, 11,5% das mulheres que necessitam de atendimento no serviço de referência tiveram dificuldades em acessá-lo⁽¹¹⁾.

Para mudar esse cenário, é importante a realização de investimentos na educação permanente dos enfermeiros para que tenham um maior conhecimento das condutas frente aos fatores de risco, e saibam reconhecer precocemente quais as gestantes devem ser encaminhadas ao alto risco, de modo a prevenir ou reduzir os desfechos negativos. A melhora na qualidade da assistência pré-natal está relacionada aos investimentos para a qualificação

dos profissionais⁽¹²⁾. A educação permanente permite que o profissional reflita e utilize evidências científicas para o atendimento no pré-natal⁽¹³⁾.

Um dos fatores de risco ao parto prematuro mencionados pelos enfermeiros foi à hipertensão arterial. Frente às doenças hipertensivas na gravidez, o profissional deve realizar a escuta qualificada e entrevista, atentando para os sinais de alerta: cefaléia; escotomas visuais; epigastralgia; edema excessivo; epistaxe; gengivorragia; reflexos tendíneos aumentados e pressão arterial igual ou maior que 160/110mmHg. Durante o pré-natal, devem ser solicitados exames de rotina, verificados a pressão arterial e o ganho de peso, avaliar necessidade do uso de medicação e encaminhamento ao alto risco⁽⁷⁾.

Portanto, observa-se que, de maneira geral, os enfermeiros mencionaram a maioria dos cuidados necessários frente à hipertensão arterial. Porém, o acompanhamento do ganho de peso e dos sinais de alerta não foram identificados. Apenas um enfermeiro relatou o acompanhamento de edema de membros inferiores. O ganho de peso, durante a gravidez, aumenta as chances de desenvolver pré-eclampsia grave⁽¹⁴⁾.

Os extremos de idade materna foi um fator de risco para o parto prematuro identificado pelos enfermeiros. A idade materna, menor do que 15 ou maior do que 35 anos, são riscos gestacionais⁽⁷⁾. Os enfermeiros nessa questão tiveram mais dificuldade para identificar os cuidados, relatando essa dificuldade nas entrevistas.

Nas gestantes adolescentes, os profissionais necessitam estar atentos para a identificação da gravidez, captação precoce do pré-natal, realização de atendimento diferenciado, acolhimento da demanda espontânea, realização de atendimento por equipe multiprofissional, atenção para os aspectos psicossociais e econômicos, estímulo à participação paterna na gravidez e ações de promoção da saúde sexual e reprodutiva⁽³⁾.

A gravidez tardia está vinculada a complicações como hipertensão, diabetes, placenta prévia, gestações múltiplas, entre outras⁽¹⁵⁾. Os profissionais atuantes no pré-natal, frente às gestantes com mais de 35 anos, devem orientá-las quanto às possíveis intercorrências e cuidados, realizar educação em saúde, acompanhamento multidisciplinar e cuidado rigoroso relativo às comorbidades associadas⁽¹⁵⁾.

Pode-se perceber que os enfermeiros destacaram alguns cuidados para os extremos de idade materna que estão de acordo com as recomendações do Ministério da Saúde. O cuidado mais citado foi o encaminhamento ao pré-natal de alto risco ou ao pré-natal de adolescentes. O estímulo à participação paterna no processo de gravidez não foi mencionado.

As gestantes jovens no Brasil apresentam início tardio de pré-natal e menor número de consultas⁽¹¹⁾. Portanto, é imprescindível que o profissional de saúde trabalhe com estratégias

de captação precoce das mesmas. A presença do pai nas consultas de pré-natal inclui o homem nos cuidados da gestante e da criança, promove segurança para a gestante e melhora a adesão às consultas de pré-natal⁽¹⁶⁾.

Um cuidado bem importante para os extremos de idade materna é o acompanhamento da gestante por equipe multidisciplinar; tal cuidado foi citado por apenas um enfermeiro. Na assistência pré-natal, as publicações enfatizam o trabalho do enfermeiro, ao invés do trabalho multidisciplinar, identificando dificuldades de integração da equipe⁽⁹⁾.

O uso de substâncias psicoativas é um fator de risco gestacional amplamente discutido e que vem se tornando um problema de saúde pública⁽⁷⁾. Percebe-se que, para o uso de drogas ou tabaco, foi identificado um maior número de cuidados pelos enfermeiros e, entre as hipóteses explicativas para esse achado, reflete-se na possibilidade de os enfermeiros vivenciarem tal situação de maneira cotidiana. Todas as recomendações fornecidas pelo Ministério da Saúde foram identificadas.

Com relação ao uso de substâncias psicoativas durante a gravidez, o profissional deve ter especial atenção quanto à adesão da gestante ao pré-natal, a criação de vínculo, a relação de diálogo/escuta/orientação, realização de consultas periódicas e a inclusão em grupos de apoio específicos. O foco da atenção deve estar voltado para as orientações e a criação conjunta de estratégias de prevenção. Os profissionais de saúde devem ser preparados adequadamente para a abordagem das gestantes usuárias de substâncias psicoativas⁽¹⁷⁾ e os casos mais específicos devem ser encaminhados aos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) ou rede de saúde mental. É importante a implantação de serviços especializados para acompanhamento das gestantes usuárias de drogas⁽¹⁸⁾.

A literatura traz que o cuidado principal para gestantes usuárias de drogas é a manutenção do vínculo com a equipe de saúde^(3,7). O incentivo para a criação de vínculo foi citado por apenas dois enfermeiros. Mais uma vez ressalta-se que os enfermeiros podem não ter citado, mas realizam o cuidado no dia a dia do serviço.

Gestantes usuárias de drogas sentem medo e culpa durante o processo de gravidez, devido ao fato de não conseguirem abandonar o vício. Além disto, as usuárias de drogas ilícitas referem falta de apoio, falta de acompanhamento adequado e discriminação por parte dos profissionais de saúde⁽¹⁷⁾.

Com relação à infecção do trato urinário, os enfermeiros identificaram acompanhamentos/encaminhamentos a mais dos que constam nos protocolos do Ministério da Saúde; entre eles estão a orientação quanto à higiene adequada e à busca ativa das gestantes.

A realização de educação para saúde para a higiene adequada do períneo é uma prática de prevenção da infecção urinária discutida na literatura. A infecção urinária pode ocorrer pelo fato de a mulher possuir uma uretra mais curta, o que facilita a contaminação por bactérias do trato genital⁽¹⁹⁾. Quanto à busca ativa das gestantes, este é um cuidado pré-natal rotineiro que deve ser realizado frente à sua ausência nas consultas de pré-natal ou para consulta no caso de exames alterados. A busca ativa das gestantes pode ser realizada por meio de visitas domiciliares, facilitando o acesso das mulheres para o pré-natal⁽²⁰⁾.

A infecção urinária é considerada a complicação clínica mais comum na gravidez⁽³⁾. Os cuidados indicados para a infecção do trato urinário na gestação são o tratamento medicamentoso precoce, o acompanhamento por meio do exame de urina, e o encaminhamento da gestante para avaliação médica^(3,7).

O diabetes na gestação foi um dos fatores de risco mais citados pelos enfermeiros. O diabetes gestacional é uma doença que se caracteriza por hiperglicemia durante a gestação⁽⁷⁾. Os cuidados frente ao diabetes na gestação são o planejamento da gravidez para diabéticas prévias, controle glicêmico, encaminhamento ao pré-natal de alto risco, mantendo o acompanhamento na unidade de origem, controle da dieta e do ganho de peso, orientação quanto à realização de atividade física, suspensão do fumo e uso de insulino terapia, monitoramento através de consultas e avaliação fetal^(3,7).

Frente ao diabetes gestacional, percebe-se que os enfermeiros citaram a maioria dos cuidados indicados. Porém, poderiam ter identificado outros cuidados como a referência para avaliação com o educador físico, uma vez que é importante o acompanhamento multiprofissional. A consulta nutricional foi citada por apenas três enfermeiros. A orientação nutricional da gestante feita pela nutricionista e a prática de atividade física são pontos fundamentais no tratamento da doença⁽²¹⁾. Porém, o enfermeiro, durante a assistência pré-natal, deve orientar as gestantes diabéticas sobre o plano alimentar, a realização de exercícios físicos, o controle glicêmico, sinais de alerta, utilização de insulina, entre outros⁽²¹⁾.

Outro fator de risco identificado pelos enfermeiros foi a falta de acompanhamento pré-natal. O acompanhamento pré-natal é um dos principais indicadores de prognóstico de nascimento, assegura um desenvolvimento gestacional adequado e permite o parto de um recém-nascido saudável⁽³⁾. A relação entre o adequado acompanhamento pré-natal e o parto prematuro vem sendo apontada na literatura⁽²²⁾.

A realização de assistência pré-natal no Brasil é de 98,7%, porém 75,8% das mulheres iniciam o pré-natal antes da 16ª semana de gravidez, e apenas 73,1% tem, pelo menos, seis

consultas. As principais dificuldades encontradas pelas mulheres para iniciarem o pré-natal no país são o diagnóstico da gravidez, problemas pessoais e barreiras de acesso⁽¹¹⁾.

Os cuidados citados pelos enfermeiros do estudo, em casos de falta de acompanhamento pré-natal estão de acordo com os protocolos do Ministério da Saúde^(3,7). Porém, os resultados mostraram que de 20 enfermeiros que identificaram esse risco, 07 não relataram nenhuma conduta frente a este risco. Para o acompanhamento pré-natal é necessário o diagnóstico de área de cobertura da unidade de saúde para que a equipe conheça sua área de atuação e a população adstrita⁽³⁾.

Alguns enfermeiros do presente estudo identificaram que a rapidez na realização dos exames é um cuidado necessário, frente à falta de acompanhamento pré-natal. A facilidade no acesso aos exames contribui para a resolutividade das ações, para a vinculação das gestantes com os serviços de saúde e para a melhoria no pré-natal⁽¹³⁾.

Um cuidado inovador é o acompanhamento mensal, por meio de monitoramento telefônico de gestantes. Tal cuidado mostrou-se como uma estratégia de prevenção do parto prematuro, pois a prevalência do parto prematuro foi inversamente proporcional ao número de acompanhamentos telefônicos⁽²³⁾. Porém, neste estudo nenhum enfermeiro citou tal cuidado.

Um cuidado citado por apenas dois enfermeiros, mas que pode ser realizado pela equipe é a questão do vínculo entre o profissional de saúde e usuário dos serviços. Quanto maior o vínculo da usuária com os profissionais da unidade de saúde, maiores são as chances da detecção precoce da gravidez e do início do pré-natal⁽³⁾.

As Infecções Sexualmente Transmissíveis (ISTs) foi mais um fator de risco para o parto prematuro citado pelos enfermeiros. Destaca-se que os cuidados relatados pelos enfermeiros, frente a esse fator de risco, estão de acordo com o recomendado nos protocolos. O Ministério da Saúde incentiva a abordagem sindrômica das ISTs, com tratamento oportuno e efetivo, aconselhamento, encaminhamento para serviços de referência, caso haja a necessidade e avaliação e tratamento conjunto do parceiro⁽³⁾.

Entre os cuidados trazidos pelos enfermeiros salienta-se a realização dos testes rápidos de HIV e sífilis e a coleta de exames na primeira consulta pré-natal, que contribui para o diagnóstico precoce e o tratamento oportuno das ISTs. Os enfermeiros do presente estudo citaram a maioria dos cuidados relacionados às ISTs, porém, para avaliar se o tratamento indicado foi adequado, seria necessário realizar uma nova pesquisa que abordasse cada IST de maneira individual.

Ao realizar esta análise deve-se levar em consideração que talvez, os enfermeiros deste estudo possam ter identificado nas entrevistas os fatores de risco para o parto prematuro e os

cuidados que mais têm ocorrido na sua área de atuação. Isso não quer dizer que eles não conheçam outros fatores de risco ou possibilidades de cuidado.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente estudo revelou que o conjunto dos enfermeiros participantes identificou 49 fatores de risco ao parto prematuro, porém, de maneira individual, foram citados em média cinco fatores, o que se considera um número pequeno, frente ao universo em questão. Os fatores de risco mais citados pelos enfermeiros foram a hipertensão gestacional, os extremos de idade materna, o uso de drogas e fumo na gestação, a infecção do trato urinário, o diabetes gestacional, a falta de acompanhamento pré-natal e as infecções sexualmente transmissíveis.

Os dados deste artigo foram discutidos com base no conjunto das condutas elencadas pela totalidade de enfermeiros. No entanto, individualmente os enfermeiros não identificaram todos os cuidados necessários para cada fator de risco. Este achado é preocupante, pois mostra dificuldades no estabelecimento da integralidade do cuidado das gestantes.

Alguns cuidados importantes não foram identificados pelos enfermeiros, como acompanhamento do ganho de peso e dos sinais de alerta de gestantes hipertensas, o estímulo à participação paterna nos extremos de idade materna e o encaminhamento para o educador físico para gestantes diabéticas.

Entre os aspectos positivos, destaca-se que os enfermeiros identificaram, de maneira geral, todos os cuidados para os fatores de risco de gestantes usuárias de drogas e para falta de acompanhamento pré-natal. Porém, 07 enfermeiros não identificaram nenhum cuidado para a falta de acompanhamento pré-natal. No caso da infecção urinária, os enfermeiros destacaram cuidados que não estavam nos protocolos do Ministério da Saúde, mas que devem ser estimulados como a educação para a higiene adequada do períneo.

Além disto, o encaminhamento ao pré-natal de alto risco foi citado por alguns enfermeiros como única opção. Ressalta-se que sem uma adequada avaliação o encaminhamento ao pré-natal de alto risco pode ocasionar maior demanda neste serviço, dificultando o acesso das gestantes que realmente precisam. Esses resultados mostram dificuldades dos enfermeiros para o manejo dos fatores de risco.

Frente aos resultados encontrados neste estudo, é evidente a necessidade de investimentos na educação permanente dos enfermeiros que realizam assistência pré-natal para que eles possam identificar prontamente os fatores de risco ao parto prematuro e saibam prescrever cuidados adequados. Portanto, o conhecimento dos enfermeiros que atuam na

assistência pré-natal sobre os fatores de risco e os cuidados necessários pode contribuir para a redução dos partos prematuros.

REFERÊNCIAS

1. World Health Organization. WHO Library Cataloguing-in-Publication. Born too soon: the global action report on preterm birth. 2012.
2. Passini Jr R, Cecatti JG, Lajos GJ, Tedesco RP, Nomura ML, Dias TZ, et al. Brazilian Multicentre Study on Preterm Birth (EMIP): Prevalence and Factors Associated with Spontaneous Preterm Birth. PLOS ONE [Internet]. 2014 [cited 2018 feb 19]; 9 (10): e109069. Available from: <http://journals.plos.org/plosone/article/file?id=10.1371/journal.pone.0109069&type=printable>
3. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Atenção ao pré-natal de baixo risco [Internet]. Brasília; 2013. [citado 2017 set. 30]. Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/caderno_32.pdf
4. Doyle J, Silber A. Preterm labor: Role of the nurse practitioner. The Nurse Practitioner [Internet]. 2015 [cited 2017 sep 30]; 40 (3): 49-54. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25585096>
5. Gonçalves ITJP, Souza KV, Amaral MA, Oliveira ARS, Ferreira WFC . Prática do acolhimento na assistência pré-natal: limites, potencialidades e contribuições da enfermagem. Rev Rene [Internet]. 2013 [cited 2017 sep 30]; 14 (3): 620-9. Available from: <http://www.revistarene.ufc.br/revista/index.php/revista/article/view/1065/pdf>
6. Duarte SJH, Almeida EP. O papel do enfermeiro do programa saúde da família no atendimento pré-natal. R. Enferm. Cent. O. Min [Internet]. 2014 [cited 2017 sep 30]; 4 (1): 1029-1035. Available from: <http://www.seer.ufsj.edu.br/index.php/recom/article/view/137/577>
7. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Gestação de alto risco: manual técnico [Internet]. Brasília; 2012 [citado 2017 set. 30]. Disponível em: http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_tecnico_gestacao_alto_risco.pdf
8. Brasil. Ministério da Saúde. Protocolos da Atenção Básica: Saúde das Mulheres / Ministério da Saúde, Instituto Sírio-Libanês de Ensino e Pesquisa [Internet]. Brasília; 2016. [citado 2017 set. 30]. Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/protocolo_saude_mulher.pdf

9. Santiago CMC, Sousa CNS, Nóbrega LLR, Sales LKO, Morais FRR. Prenatal care and practices developed by the health team: integrative review. *Rev Fund Care Online* [Internet]. 2017 [cited 2017 sep 30]; 9(1):279-288. Available from: <http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/4184/pdf>
10. Xavier RB, Bonan C, Martins AC, Silva KS. Reproductive risks and comprehensive care of pregnant women with hypertensive syndromes: a transversal study. *Online Brazilian Journal of Nursing* [Internet]. 2013 [cited 2017 sep 30]; 12 (4): 823-33. Available from: http://www.objnursing.uff.br/index.php/nursing/article/view/4249/html_58
11. Viellas EF, Domingues RMSM, Dias MAB, Gama SGN, Theme Filha MM, Costa JV et al. Prenatal care in Brazil. *Cad. Saúde Pública* [Internet]. 2014 [cited 2016 mai 05]; 30 (supl. 1). Available from: http://www.scielo.br/pdf/csp/v30s1/en_0102-311X-csp-30-s1-0085.pdf
12. Narchi NZ, Cruz EF, Gonçalves, R. O papel das obstetrias e enfermeiras obstetras na promoção da maternidade segura no Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva* [Internet]. 2013 [cited 2017 sep 13]; 18 (4): 1059-68. Available from: <http://www.scielo.org/pdf/csc/v18n4/19.pdf>
13. Barreto CN, Wilhelm LA, Silva SC, Alves CN, Cremonese L, Ressel LB. “The Unified Health System that works”: actions of humanization of prenatal care. *Rev Gaúcha Enferm* [Internet]. 2015 [cited 2017 sep 30]; 36(esp):168-76. Available from: http://www.scielo.br/pdf/rgenf/v36nspe/en_0102-6933-rgenf-36-spe-0168.pdf
14. Macedo LO, Monteiro DLM, Mendes BG. Obesidade e Pré-Eclâmpsia. *FEMINA* [Internet]. 2015 [cited 2017 sep 30]; 43 (2): 83-8. Available from: <http://files.bvs.br/upload/S/0100-7254/2015/v43n2/a4970.pdf>
15. Gonçalves ZR, Monteiro DLM. Complicações maternas em gestantes com idade avançada. *FEMINA* [Internet]. 2012 [cited 2017 Sep 30]; 40 (5): 271-9. Available from: <http://files.bvs.br/upload/S/0100-7254/2012/v40n5/a3418.pdf>
16. Ferreira IS, Fernandes AFC, Lô KKR, Melo TP, Gomes AMF, Andrade IS. Perceptions of pregnant women about the role of partners in prenatal consultations. *Rev Rene* [Internet]. 2016 [cited 2017 sep 30]; 17(3):318-23. Available from: <http://www.revistarene.ufc.br/revista/index.php/revista/article/view/2265/pdf>
17. Kassada DS, Marcon SS, Waidman MAP. Perceptions and practices of pregnant women attended in primary care using illicit drugs. *Esc Anna Nery* [Internet]. 2014 [cited 2017 sep 30]; 18(3):428-434. Available from: http://www.scielo.br/pdf/ean/v18n3/en_1414-8145-ean-18-03-0428.pdf

18. Kassada DS, Marcon SS, Pagliarini MA, Rossi RM. Prevalence of drug abuse among pregnant women. *Acta paul. enferm* [Internet]. 2013 [cited 2017 sep 30]; 26 (5): 467-71. Available from: http://www.scielo.br/pdf/ape/v26n5/en_a10v26n5.pdf
19. Hackenhaar AA, Albernaz EP. Prevalência e fatores associados à internação hospitalar para tratamento da infecção do trato urinário durante a gestação. *Rev. Bras. Ginecol. Obstet* [Internet]. 2013 [cited 2017 sep 13]; 35 (5): 199-204. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/rbgo/v35n5/02.pdf>
20. Elias AN, Mandú ENT, Araujo LMA. Surveillance to reproductive health in the Family Health Strategy. *Esc Anna Nery* [Internet]. 2014[cited 2017 sep 30]; 18(3): 456-463. Available from: http://www.scielo.br/pdf/ean/v18n3/en_1414-8145-ean-18-03-0456.pdf
21. Schmalfuss JM, Prates LA, Azevedo M, Schneider V. Gestational diabetes mellitus and the implications for the nursing care in the prenatal period. *Cogitare Enferm* [Internet]. 2014 [cited 2017 sep 13]; 19(4):754-61. Available from: http://www.revenf.bvs.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-85362014000400023&lng=pt&nrm=iso&tlng=en
22. Balbi B, Carvalhaes MABL, Parada CMGL. Tendência temporal do nascimento pré-termo e de seus determinantes em uma década. *Ciênc. saúde coletiva* [Internet]. 2016 [cited 2017 jul 10]; 21(1): 233-241. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v21n1/1413-8123-csc-21-01-0233.pdf>
23. Tuon RA, Ambrosano GMB, Vidal e Silva SMC, Pereira AC. Impacto do monitoramento telefônico de gestantes na prevalência da prematuridade e análise dos fatores de risco associados em Piracicaba, São Paulo, Brasil. *Cad. Saúde Pública* [Internet]. 2016 [cited 2017 sep 13]; 32(7):e00107014. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&nrm=iso&lng=pt&tlng=pt&pid=S0102-311X2016000705001

4.3 ARTIGO 3

ORGANIZAÇÃO DO TRABALHO DE ENFERMEIROS NO PRÉ-NATAL FRENTE AOS FATORES DE RISCO PARA PARTO PREMATURO⁷

Resumo

OBJETIVO: identificar como está organizado o trabalho dos enfermeiros que realizam o pré-natal para a prevenção de partos prematuros.

MÉTODOS: Estudo qualitativo, utilizou entrevista com 45 enfermeiros de 26 unidades de saúde. Realizou análise temática e interpretação utilizando o Manual Atenção ao pré-natal de baixo risco do Ministério da Saúde.

RESULTADOS: A categoria educação em saúde e a prevenção do parto prematuro salientou a educação individual, nas escolas, em ações comunitárias e em grupos. A dinâmica de trabalho e sua relação com a prevenção do parto prematuro enfatizou a organização do tempo da jornada de trabalho, a priorização do atendimento da gestante, a diminuição do intervalo entre as consultas e o revezamento entre a consulta médica e de enfermagem. O planejamento familiar como estratégia de prevenção do parto prematuro fala sobre o incentivo à programação da gravidez e aos cuidados pré-concepcionais. A categoria do trabalho em equipe na prevenção do parto prematuro discutiu sobre a programação conjunta das atividades.

CONCLUSÃO: Identificou-se a necessidade de preocupação e investimento na qualificação dos enfermeiros para o atendimento pré-natal em vista de que alguns enfermeiros não conseguiram identificar medidas de prevenção ao parto prematuro na sua rotina de trabalho.

Descritores: Trabalho de Parto Prematuro; Fatores de Risco; Cuidados de Enfermagem; Prevenção de Doenças; Enfermagem; Cuidado pré-natal.

Introdução

A prevenção do parto prematuro é um objetivo difícil de ser alcançado, uma vez que diversos fatores de risco estão envolvidos e, na maioria das vezes, as causas não são

⁷ Artigo a ser encaminhado para a Revista Latino-Americana de Enfermagem, normas disponíveis em: www.revistas.usp.br/rlae

identificadas⁽¹⁻²⁾. Algumas medidas de prevenção ao parto prematuro podem ser adotadas, denominadas de prevenção primária, secundária e terciária⁽¹⁾.

A atenção pré-natal é voltada para a prevenção primária e secundária. Na prevenção primária do parto prematuro destacam-se ações de planejamento familiar, prevenção de gravidez indesejada e, na adolescência, promoção do espaçamento entre os partos, otimização do peso, promoção de alimentação saudável, vacinação, prevenção de violência, controle e tratamento de distúrbios mentais, infecções sexualmente transmissíveis e do trato urinário, promoção da cessação do tabaco, álcool e drogas, aumento da qualidade dos cuidados entre e durante a gravidez, promoção da saúde ambiental, e ocupacional e programas de educação⁽¹⁾.

Na prevenção secundária, os cuidados estão no controle dos riscos gestacionais, no diagnóstico e controle das doenças crônicas, no uso de progesterona em grupos de risco, em programas de triagem e manejo de gestantes de risco e na redução das induções de parto sem indicação. A prevenção terciária está vinculada à prevenção das complicações⁽¹⁾.

Cinco intervenções para redução do parto prematuro são prioritárias: cessação do tabagismo, utilização de progesterona, realização de cerclagem cervical em mulheres com colo curto e com história de parto prematuro, redução da indução de partos por cesariana sem indicação e diminuição dos nascimentos múltiplos por tecnologias de reprodução assistida. Nos países de baixa renda, sugerem-se soluções simples como espaçamento entre os nascimentos, tratamento de infecções na gravidez e melhoras na nutrição materna⁽³⁾.

Cuidados para gestantes de alto risco identificados por enfermeiros foram os de evitar relações sexuais, procurar o pronto-socorro em caso de contrações, perda de líquido ou sangue via vaginal, diminuição ou ausência dos movimentos do bebê⁽⁴⁾.

A identificação e avaliação das mulheres com risco para o parto prematuro e o estabelecimento de intervenções eficazes são as principais estratégias de prevenção⁽⁵⁻⁶⁾. Sendo assim, a assistência pré-natal, adequada atua diretamente na prevenção dos partos prematuros. O enfermeiro no pré-natal tem importante papel na promoção dos cuidados de pré-concepção, na avaliação dos riscos gestacionais e realização dos encaminhamentos⁽⁷⁾.

Percebendo a importância do enfermeiro para a prevenção do parto prematuro, neste artigo, teve-se como questão de pesquisa: Como os enfermeiros que realizam o pré-natal organizam seu trabalho para a prevenção do parto prematuro? O Objetivo deste artigo foi identificar como está organizado o trabalho dos enfermeiros que realizam o pré-natal para a prevenção dos partos prematuros.

Método

Estudo qualitativo que utilizou o banco de dados do projeto “Estratégias de prevenção do parto prematuro na rede de serviços de saúde que prestam atendimento pré-natal no SUS: Conhecimento dos enfermeiros⁸”.

Os locais de estudo foram as 26 unidades de saúde que contavam com enfermeiros realizando pré-natal, em um município do sul do Brasil, totalizando 45 participantes. Para a identificação dos participantes foi solicitado para a coordenação da Secretaria de Saúde do município a indicação dos enfermeiros. Os critérios de inclusão foram: ser enfermeiro envolvido na assistência pré-natal de risco habitual oferecido pelo Sistema Único de Saúde (SUS). Os critérios de exclusão foram: tentativa de realização de mais de duas entrevistas sem sucesso e enfermeiros que estavam de licença, férias ou afastados no momento da coleta de dados.

A coleta de dados foi realizada no período de julho a outubro de 2016, por estudantes dos cursos de graduação e de doutorado, por meio de entrevista gravada, realizada com instrumento semiestruturado no ambiente de trabalho, após marcação prévia por contato telefônico. Para a elaboração deste artigo, utilizaram-se os dados dos depoimentos referentes às seguintes questões: Como você organiza o seu trabalho para prevenir os fatores de risco para o parto prematuro na comunidade? Que atividades a UBS desenvolve para prevenir casos de parto prematuro? Como você organiza o seu trabalho para minimizar os riscos de parto prematuro às gestantes? Que atividades são realizadas na UBS para as gestantes? Existem atividades específicas para as gestantes?

Utilizou-se a análise temática dos dados⁽⁸⁾. Ao analisar os depoimentos, foram identificadas quatro categorias temáticas: educação em saúde e a prevenção do parto prematuro; a dinâmica de trabalho e sua relação com a prevenção do parto prematuro; planejamento familiar como estratégia de prevenção do parto prematuro; o trabalho em equipe na prevenção do parto prematuro. Os dados foram interpretados, utilizando como referência o manual “Atenção ao pré-natal de baixo risco”, do Ministério da Saúde e estudos envolvendo a temática⁽⁹⁾.

⁸Estudo qualitativo com o objetivo de avaliar o conhecimento dos enfermeiros sobre os fatores de risco para a prematuridade e as estratégias utilizadas por eles para a prevenção do parto prematuro na rede de serviços de saúde que prestam atendimento pré-natal pelo SUS em um município do sul do Rio Grande do Sul.

O estudo obteve aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da instituição, sob o número 143/2015 e obteve autorização da coordenadora da pesquisa para a realização. Esta pesquisa seguiu as normas estabelecidas pela Resolução CNS 466/12⁽¹⁰⁾. As falas foram identificadas pela letra E, relacionado ao Enfermeiro, seguidas pela numeração da entrevista, exemplo: E1, E2.

Resultados

Em relação à organização do trabalho para a prevenção do parto prematuro, quatro enfermeiros não souberam responder ou não identificaram nenhuma ação. Relataram não perceber atividades voltadas para a prevenção do parto prematuro. A seguir, serão apresentadas as categorias constituídas.

Educação em saúde e a prevenção do parto prematuro

As ações de educação em saúde foram as principais estratégias identificadas para a prevenção do parto prematuro, sendo citadas por 40 enfermeiros. As ações de educação em saúde são realizadas em diversos locais, como nas consultas individuais, no cotidiano de trabalho, nas escolas, em ações comunitárias de saúde e por meio dos grupos.

Sempre, toda a consulta de enfermagem no pré-natal, eu converso muito com essa gestante, sobre as dúvidas que ela tem [...] (E32).

Na verdade, tentamos sempre priorizar a orientação na consulta. [...] de maneira a escutar o que ela está trazendo, que é bem importante, durante o pré-natal, as dúvidas. Trazer alguma informação e trabalhando a parte educativa, desde todo o pré-natal [...] (E42).

As atividades de educação em saúde mais citadas foram as atividades do grupo de gestantes e de sala de espera. Foi ressaltada a importância de aproveitar os espaços coletivos para promover as ações educativas, atingindo diversos públicos como adolescentes, idosos, gestantes, hipertensos, diabéticos e dependentes químicos.

No dia da consulta da gestante, tem tipo uma sala de espera: é um grupo que fica na sala de espera específico para gestante. [...] A gente faz uma conversa inicial, sempre fazendo uma educação em saúde, deixando elas bem livres para fazer qualquer pergunta que esteja preocupando [...] temos grupo de hipertensos, diabéticos, de dependente. Então, eu acho que, em todos os grupos, a gente fala de alguma forma (E1).

As ações comunitárias de saúde foram outra estratégia citada pelos enfermeiros para a educação em saúde. Como desenvolvem diversas atividades voltadas à saúde da mulher, entendem que são formas de atuar na prevenção de partos prematuros.

Nas ações comunitárias que a gente realiza [...] sempre vai envolver temáticas do cuidado com a mulher [...] da questão do planejamento reprodutivo como também a questão do pré-natal, prevenção das complicações [...] (E7).

Muita sala de espera e tem ações comunitárias assim, uma vez a cada semestre a gente faz ações comunitárias para a comunidade e trabalha ali tudo (E32).

Os depoimentos demonstram que, por meio de ações comunitárias, é possível alcançar a prevenção de doenças e problemas, assim como aproveitar o momento de discutir assuntos relacionados à saúde em geral.

A dinâmica de trabalho e sua relação com a prevenção do parto prematuro

Esta categoria foi construída a partir do relato de 24 enfermeiros sobre o processo de organização da dinâmica de trabalho. Os enfermeiros citaram a organização do tempo na sua jornada de trabalho, a priorização do atendimento da gestante, a diminuição do intervalo entre as consultas com o avanço da gravidez e o revezamento entre a consulta médica e de enfermagem como maneiras de prevenir o parto prematuro.

Em relação à dinâmica de trabalho, os enfermeiros relataram a organização do tempo para o atendimento das gestantes, identificando que, para o atendimento da mulher grávida, é necessário um tempo maior na consulta, precisando programar o seu trabalho para isso.

Me organizando também na questão de tempo, do horário que tem para trabalhar [...] O pré-natal é um dos momentos que mais te ocupa tempo. Sabe, que mais tempo se fica. A primeira consulta. Nossa! Porque tem todos os exames, tu tens que conhecer a pessoa, então, demora bastante mesmo. Então, tu tens que saber disso. E tens que priorizar [...] (E2).

A gente tem o cuidado de não marcar mais de uma primeira consulta de pré-natal juntas porque são muito demoradas e leva tempinho maior (E23).

O item mais citado desta categoria foi a priorização do atendimento das gestantes, efetuado imediatamente quando a mulher chega na UBS; com a realização do teste de gravidez frente ao atraso menstrual; a realização dos testes rápidos de HIV, sífilis e coleta de

exames. Os enfermeiros ressaltam que as gestantes têm livre acesso à UBS, mesmo que não tenham consulta agendada.

A gestante, quando chega, tem que ser prioridade para a gente. Ela chegou, tu já fazes os primeiros atendimentos e já tentas resolver tudo naquela primeira consulta, naquele primeiro momento. Tu já fazes as testagens rápidas e, se puderes, já coletas os exames de sangue [...] Já fazes as primeiras solicitações dos exames, coleta os dados principais que precisas saber: se ela utiliza medicamentos, o que ela tem de conhecimentos para poderes intervir o mais rápido possível [...] (E2).

Aqui, as gestantes que têm alguma dúvida ou que houver alguma perda vaginal, alguma alteração, o nenê não mexeu, elas têm livre acesso à unidade. E então, a primeira referência delas é que elas sejam acolhidas, independente do horário que chegarem, para que a gente assegure que está tudo bem com ela e com o bebê [...] (E42).

Outro fator ressaltado pelos enfermeiros que influencia na dinâmica de trabalho é o intervalo entre as consultas das gestantes que, conforme a gestação vai avançando, passa a ser menor, exigindo organização do trabalho de forma a atender a todas.

[...] mensais, até 36 semanas; de 36 semanas a 38 semanas, a gente faz quinzenal e, a partir de 38, a gente faz semanal (E7).

No final mesmo, que é uma vez por semana [...] A partir das 37 semanas, é 1 vez por semana [...] (E8).

Olha, primeiro a consulta elas têm um acompanhamento mensal, depois da vigésima oitava semana eu vejo quinzenal, depois, semanalmente, quando está mais próximo do parto [...] (E18).

Os enfermeiros destacaram que, durante o pré-natal, as consultas médica e de enfermagem são intercaladas. Algumas unidades de saúde organizam o trabalho de forma a que os enfermeiros atendem a primeira consulta de pré-natal, em que é realizado o cadastramento, solicitação de exames e realização dos testes rápidos de HIV e sífilis. Já, a segunda consulta, preferencialmente, é feita pelo médico, para determinar o risco gestacional, que também é acionado sempre que necessário. Percebe-se o entendimento de que toda consulta é um momento de avaliação do risco gestacional.

Primeira consulta geralmente o enfermeiro, porque se faz toda a parte do cadastramento, do SISPRENATAL, a realização do teste rápido, encaminhamento para consulta de odontologia, solicita os exames. Aí, na segunda consulta é o médico. Faz a classificação de risco e a gente vai intercalando [...] (E7).

[...] que a primeira consulta é feita com a médica. Aí, depois, vai intercalando... iremos intercalar, entre ela e eu...um mês para cada [...] (E10).

Então, para evitar o parto prematuro, eu vou solicitar exames na primeira consulta [...]. Eu vou solicitar esses exames e ela vai na médica. E, depois, na terceira consulta, no terceiro mês que ela volta comigo, eu vou rever tudo para ver se passou alguma coisa despercebida pelo médico [...] (E17).

Nesta categoria, os enfermeiros explicitaram a forma como organizam os atendimentos às gestantes, de maneira a prevenir o parto prematuro. Podemos perceber nos últimos depoimentos que não há uma uniformidade na organização do trabalho, referente às consultas das gestantes nas diferentes UBS.

Planejamento familiar como estratégia de prevenção do parto prematuro

Os enfermeiros demonstram que a prevenção do parto prematuro tem início muito antes do processo gestacional 16 ressaltaram a importância do cuidado com a saúde da mulher em geral que, ao se manter hígida, tem maiores chances de ter uma gravidez saudável, no momento em que decidir ter um filho.

[...] Voltado para a questão da mulher, do cuidado. Por que da mulher? Porque eu estou falando da mulher, antes de ser gestante. Então, toda minha organização, em relação ao trabalho que eu direcionar à educação é todo o público em geral. Eu vou estar direcionando, ao cuidado com a mulher e daqui a pouco com essa mulher gestante e quanto mais cuidado ela tiver, quando estiver gestante, menos o risco de parto prematuro (E2).

[...] quando tu fazes uma consulta de enfermagem, tu abordas quem é mulher [...] Quando elas estão na idade fértil, aí, até aborda o assunto [...] (E3).

Então, para essa comunidade, porque eu acho que a partir do momento que tu trabalhes essas questões de saúde reprodutiva, de saúde sexual, tu também estás cuidando dessa mulher [...] (E33).

Como se pode perceber nesses depoimentos, há a preocupação com a realização do planejamento familiar, sendo citado como uma estratégia de prevenção ao parto prematuro. O incentivo à programação da gravidez e os cuidados pré-concepcionais foram presentes na fala dos enfermeiros.

No planejamento familiar, aconselhamento, nas consultas, nas coletas de citopatológico, nos grupos que pode colocar a importância do pré-natal, todos os fatores de risco, planejar ter uma família, não só no fator de risco de prematuridade, mas nos outros fatores, socioeconômicos, educação (E11).

[...] quando elas pretendem engravidar, elas já vêm aqui, antes [...] Então, a gente já começa a preparação. Se possível, a gente já solicita alguns exames antes [...] (E15).

[...] Nas consultas ginecológicas, sempre quando eu atendo uma paciente ginecológica em idade fértil, eu oriento sobre a importância do anticoncepcional. A importância da prevenção das doenças sexualmente transmissíveis, a importância do aconselhamento pré-concepção. Quando a mulher já refere vontade de gestar, eu converso sobre alimentação, sobre os cuidados, higiene [...] (E28).

Nesta questão do planejamento familiar, destaca-se a gravidez na adolescência, fator de risco identificado pelos enfermeiros, que requer esforços de toda a equipe de saúde. Desenvolvem trabalho, não só na UBS, mas, também, nas escolas, de forma a ter alcance sobre essa população jovem, orientando a procederem ao autocuidado já desde essa época de suas vidas.

Sempre orienta, até para evitar, também, o índice de gravidez em meninas novas, com baixa idade, com menos de 15 anos. Então, a gente sempre procura orientar bem elas. Vamos às escolas, orientamos a importância de uma gestação planejada. Esses fatores, vamos enfatizando para eles, para tentar diminuir o número de adolescentes grávidas [...] (E12).

Na própria saúde escolar, trabalhamos também. Fazemos atendimento na escola, tem o programa de educação escolar [...] (E26).

Se fala também muito para adolescentes nas escolas. Da importância da consulta pré-nupcial. Que não é pré-nupcial o nome. É pré-concepção. Então, se tu queres ficar grávida, se é o teu momento, isso muito nas escolas... Então, primeiro, vamos fazer um checkup, ver como está o teu organismo. Vê se tu estás pronta para ter, tem uma medicação que tem que tomar [...] já vai na prevenção, desde antes (E30).

Fica evidente o destaque dos enfermeiros para o planejamento familiar de adolescentes como uma estratégia de prevenção de partos prematuros, realizado pelo Programa Saúde na Escola, por meio de ações educativas no ambiente escolar. Os enfermeiros têm clara a importância de sua atuação nessa área e entendem a educação como instrumento para organização de seu trabalho.

O trabalho em equipe na prevenção do parto prematuro

Os enfermeiros relataram que o trabalho em equipe é fundamental para a prevenção do parto prematuro. Neste cenário encontram-se profissionais de enfermagem, medicina, saúde bucal, agentes comunitários de saúde, nutricionista, psicólogo, assistente social, educador físico, entre outros. A equipe organiza seu trabalho no sentido de uma programação conjunta das atividades, trabalhando educação em saúde por meio de grupos, monitoramento das gestantes em suas residências, acolhimento das gestantes nas UBS e atendimento individual.

Nós temos aqui uma programação semanal. Então, todas as terças-feiras são destinadas para atendimento das gestantes [...] fazemos o grupo educativo. Cada mês é um profissional que assume o grupo: um mês é a médica, um mês é o enfermeiro, um mês é a técnica. Sempre junto com os agentes comunitários de saúde. A equipe de saúde bucal também participa (E7).

Importante também, assim, que tenha uma avaliação nutricional. [...] (E34).

Os enfermeiros ressaltaram a importância do trabalho em equipe para a realização das atividades do pré-natal. Destacaram que o trabalho individual, dentro do consultório, não é suficiente para garantir um pré-natal em tempo oportuno e que trabalhe com a integralidade da atenção, sendo necessário o envolvimento da equipe.

[...] a forma da mulher acessar o pré-natal é que, às vezes, é falho. O próprio acolhimento nas unidades, que as pessoas não entendem, que o pré-natal é só médico ou do enfermeiro que está dentro do consultório, ele é de toda equipe [...] se o burocrata que está ali, na frente, ele não acolher bem essa mulher, ela não volta. Se não orientar de forma correta, ela também não vai ter essa consulta em tempo oportuno (E34).

[...] eu trabalho muito com as agentes comunitárias de saúde [...] (E39).

Uma estratégia de prevenção ao parto prematuro citado pelos enfermeiros foi o encaminhamento ao Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), que é formado por uma equipe multiprofissional com assistente social, nutricionista, psicólogo, educador físico e fisioterapeuta.

[...] Caso ache a necessidade de um acompanhamento com nutricionista, com psicólogo, com fisioterapeuta, nós encaminhamos ao NASF, que é o nosso grupo de apoio multiprofissional. Então, ali, a gente tem desde assistente social, nutricionista, psicólogo, educador físico [...] (E20).

Ah, o outro item que eu considero bem importante é o auxílio do NASF [...]. Então, trabalhar em conjunto, em equipe com o NASF e o agente comunitário [...] (E30).

[...] Outra coisa também é o acompanhamento do agente comunitário de saúde. [...] incentivando além do acompanhamento geral, incluindo do NASF (E37).

O NASF participa dos grupos de educação em saúde e realiza o atendimento às gestantes, auxiliando a equipe das UBS de modo geral, na promoção da saúde e prevenção de problemas e nisso entra também a prevenção do parto prematuro.

Discussão

O resultado que mais chamou a atenção nesta pesquisa foi que alguns enfermeiros não identificaram nenhuma estratégia de prevenção ao parto prematuro. Este dado deixa questionamentos: Será que os enfermeiros não realizam cuidados de prevenção ao parto prematuro? Ou será que os enfermeiros não têm conhecimento que os cuidados que realizam podem contribuir para redução do parto prematuro? Qualquer uma destas hipóteses expõe problemáticas que devem ser trabalhadas, por meio da educação permanente, visando qualificar a atenção pré-natal.

Um dos cuidados bem discutidos na literatura é a importância da realização de um pré-natal de qualidade na prevenção dos partos prematuros. O pré-natal inadequado, no que se refere às rotinas de exames laboratoriais básicos, aumenta as chances para a ocorrência de prematuridade⁽¹¹⁻¹²⁾.

Portanto, os enfermeiros necessitam reconhecer que o cuidado para que as gestantes realizem o pré-natal já é uma estratégia de prevenção ao parto prematuro. Muitas situações de risco para o parto prematuro podem ser minimizadas com a qualificação do pré-natal e dos profissionais. É necessário que os profissionais utilizem seu conhecimento clínico e, quando preciso, façam intervenções⁽¹²⁾.

O desconhecimento dos enfermeiros sobre o seu papel na redução dos índices de parto prematuro é preocupante, pois o cuidado pré-natal contribui para a redução desse desfecho. Os enfermeiros precisam reconhecer cada vez mais a importância do pré-natal e a qualidade que devem empregar nesse atendimento.

A primeira categoria dos resultados refere-se às ações de educação em saúde para a prevenção ao parto prematuro. A educação em saúde é importante instrumento de prevenção, uma vez que permite a troca de saberes, o esclarecimento de dúvidas, contribui para a promoção da saúde e possibilita pensar em estratégias de atuação⁽¹³⁾. Ações de educação em saúde são importantes para que as gestantes tenham conhecimento dos riscos gestacionais, das vulnerabilidades e dos cuidados necessários⁽¹⁴⁾.

Os enfermeiros identificaram que as atividades de educação em saúde podem ser realizadas em diversos espaços, sendo uma atividade contínua, realizada em todos os momentos possíveis de encontro entre os profissionais de saúde e as gestantes.

As atividades de sala de espera são vistas como oportunidades de acolhimento, escuta e conversa, onde geralmente acontece o primeiro contato com as usuárias. O curso de gestantes é considerado um ambiente de transformação na vida das mulheres, além de ser local para efetivação do acolhimento e humanização do cuidado⁽¹³⁾.

Pesquisa realizada em estabelecimentos que realizam pré-natal de baixo risco no Rio de Janeiro (RJ) identificou que as gestantes com história prévia de prematuridade estavam insatisfeitas com as orientações fornecidas pelos profissionais de saúde sobre os fatores de risco para a prematuridade⁽¹⁵⁾.

Portanto, o MS orienta que o pré-natal deve garantir a realização de práticas educativas⁽⁹⁾. Percebe-se a importância da efetivação das estratégias de educação em saúde em diferentes formas e espaços para contribuir na diminuição do parto prematuro e qualificação do pré-natal.

Outro fator destacado pelos enfermeiros como cuidado importante para a prevenção do parto prematuro foi a dinâmica de trabalho nas unidades, ou seja, a forma como é organizado o trabalho. A organização do trabalho para o atendimento da gestante é primordial para o acompanhamento pré-natal.

A organização do tempo de trabalho, no que se refere ao atendimento à gestante, foi um fator elencado pelos profissionais. Os enfermeiros consideram importante a organização da sua agenda de trabalho para possibilitar o atendimento à gestante, uma vez que a consulta de pré-natal é uma atividade que demanda muito tempo. A relação do tempo para o atendimento no pré-natal é destacado em outro estudo, sugerindo melhor adequação do número de atendimentos no pré-natal para possibilitar maior tempo para esclarecimento das dúvidas das gestantes, referente aos riscos da prematuridade⁽¹⁵⁾. Ainda, é imprescindível que os gestores de saúde visualizem a necessidade da qualidade do atendimento pré-natal e não só solicitem o direcionamento para número de consultas ofertadas pelo profissional.

Outro aspecto, em relação ao atendimento pré-natal, refere-se à necessidade de a gestante ter seu atendimento priorizado, quando chega na UBS. Esse foi um fator destacado pelos enfermeiros e que se relaciona com a captação precoce das gestantes, o atendimento da demanda programada e da demanda espontânea.

Os enfermeiros ressaltam a necessidade da identificação precoce da gestação e início imediato do pré-natal, sendo fundamental para o prognóstico do nascimento. A captação precoce refere-se ao início do pré-natal até a 12ª semana de gestação⁽⁹⁾. Além da captação precoce, é necessário que os profissionais de saúde identifiquem rapidamente os riscos gestacionais. Para isso, a gestante deve ter livre acesso à unidade de saúde e precisa ser sempre bem acolhida.

A detecção e intervenção precoce de situações de risco são elementos definidores de um pré-natal adequado⁽⁹⁾. O tempo de espera para o atendimento pré-natal deve ser revisto, assim como a flexibilização no horário de funcionamento das UBS para as gestantes⁽¹⁵⁾.

Com o avanço da gravidez, as gestantes necessitam ir de modo mais rotineiro ao serviço de saúde. As consultas devem ser mensais até a 28ª semana de gestação, quinzenais da 28ª até a 36ª semana e, após a 36ª semana, semanais⁽⁹⁾. Neste aspecto, percebe-se o desconhecimento desses profissionais com relação ao intervalo entre as consultas de pré-natal. Alguns profissionais sabem que o intervalo entre as consultas diminui ao longo da gravidez, mas não sabem especificar o período adequado para sua realização.

Percebe-se que a organização do trabalho não é realizada da mesma maneira nas diferentes UBS. Porém, cada UBS possui rotina própria que foi bem definida pelos enfermeiros. Talvez, a diferenciação de organização do trabalho deva-se às particularidades de cada equipe de saúde e a realidade do bairro. No entanto, percebe-se que a maioria das UBS têm como rotina de trabalho a realização de consultas médica e de enfermagem de maneira intercalada.

A indicação do MS é que, na gestação de baixo risco, as consultas de pré-natal sejam intercaladas entre o médico e o enfermeiro⁽⁹⁾. Diferentemente dos resultados encontrados nesta pesquisa, uma investigação revelou que a maioria das gestantes realizou apenas uma consulta com o profissional médico, sendo o pré-natal acompanhado pelo enfermeiro⁽¹⁶⁾.

Uma das estratégias para a prevenção do parto prematuro citados pelos enfermeiros foi o planejamento familiar. A implementação do planejamento familiar é um cuidado fundamental na atenção à saúde⁽⁹⁾. A falta de planejamento da gravidez é comum em outras realidades, onde a maioria das mulheres não participa nem conhece o programa de planejamento familiar⁽¹⁷⁾. Percebe-se que a implantação e divulgação do serviço de planejamento familiar para a população são cuidados que precisam ser incentivados, visando prevenir os riscos gestacionais.

Correlacionando-se ao planejamento familiar estão os cuidados pré-concepcionais. Tais cuidados geralmente são realizados em uma gravidez planejada⁽¹⁸⁾. Estes podem ser definidos como a consulta realizada antes da gravidez com o objetivo de identificar fatores de riscos e doenças que podem alterar a evolução da gestação⁽⁹⁾. Tal estratégia foi identificada como uma forma de prevenção de parto prematuro pelo fato de que, ao programar a gravidez, alguns fatores de risco já podem ser identificados e trabalhados com o intuito de minimizá-los.

Entre os principais cuidados pré-concepcionais realizados pelas mulheres estão a procura de assistência médica e comer de maneira saudável⁽¹⁸⁾. O profissional de saúde deve realizar anamnese, exame físico, exames laboratoriais, investigação de problemas de saúde, história obstétrica e familiar, hábitos de vida, uso de medicamentos e drogas, orientação

quanto à administração de ácido fólico, avaliação dos parceiros sexuais, entre outros cuidados⁽⁹⁾.

Neste estudo, os enfermeiros destacaram o planejamento familiar dos adolescentes como estratégia de prevenção ao parto prematuro. A gravidez na adolescência relacionada ao parto prematuro já vem sendo apontada em algumas pesquisas^(12, 19-20). A relação entre parto prematuro e gravidez na adolescência pode ser ocasionada por fatores biológicos ou sociais, como o abandono, número insuficiente de consultas ou início tardio do pré-natal⁽¹²⁾.

O planejamento familiar de adolescentes nas escolas foi salientado pelos enfermeiros. A melhora dos programas de planejamento familiar para adolescentes é uma das estratégias para prevenção do parto prematuro⁽¹²⁾. Pode-se perceber que os enfermeiros deste estudo têm conhecimento do seu papel frente ao planejamento familiar de adolescentes e sua relação com a prevenção do parto prematuro.

O trabalho em equipe foi um método de prevenção ao parto prematuro, revelando a importância dos diversos profissionais de saúde para efetivar as ações necessárias no pré-natal. É importante integrar os trabalhos dos diferentes profissionais de saúde para produzir um efeito potencializador nas ações do pré-natal⁽⁹⁾. Os enfermeiros da pesquisa identificam que não conseguem realizar sozinhos as ações de monitoramento das gestantes e que esse trabalho em equipe potencializa suas ações.

Um item elencado pelos enfermeiros foi que o trabalho individual, dentro do consultório, não é suficiente, sendo necessária a divisão de tarefas com os demais membros da equipe para alcançar atenção pré-natal integral. Estudo realizado, em Cuiabá, mostrou como é organizado o atendimento da gestante em que os agentes comunitários de saúde ficam responsáveis pela visita domiciliar e busca ativa, e os enfermeiros e médicos focam sua assistência no atendimento individual, uma vez que as consultas na UBS ocupam grande espaço nas agendas desses trabalhadores⁽²¹⁾.

O Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) foi um componente do trabalho em equipe constantemente citado e que contribui para o acompanhamento das gestantes. O NASF é uma equipe formada por profissionais de diferentes áreas do conhecimento que atuam de forma compartilhada apoiando as equipes de Saúde da Família⁽²²⁾.

O NASF atua como apoio para as demandas que a equipe básica da UBS considera mais complexas, no atendimento individual e em grupos de saúde. Diferentemente da realidade encontrada, um estudo realizado, em Cabedelo (Paraíba), revelou que o relacionamento dos profissionais do NASF com a equipe de saúde da família é bom, porém há a necessidade de maior integração entre as equipes⁽²²⁾.

O trabalho em equipe foi uma das estratégias de prevenção ao parto prematuro salientado pelos enfermeiros. Cabe aos profissionais e aos gestores de saúde potencializar e incentivar cada vez mais ações de integração das equipes de saúde. Tais ações podem ser realizadas por meio de reuniões, educação permanente, discussão de casos, atividades de lazer, entre outros. Portanto, proporcionar espaço de trocas e integração entre os profissionais é fundamental para melhorar a qualidade da assistência.

Conclusão

Este estudo possibilitou identificar que os enfermeiros organizam seu trabalho para a prevenção do parto prematuro a partir da educação em saúde, da organização da dinâmica de trabalho, do planejamento familiar e do trabalho em equipe. Porém, ainda há necessidade de preocupação e investimento por parte dos gestores em saúde em vista de que alguns enfermeiros não conseguiram identificar essas ou outras medidas de prevenção na sua rotina de trabalho.

Os resultados deste estudo apontam experiências na prevenção do parto prematuro. Entre estas estão as atividades de educação em saúde em sala de espera, grupo de gestantes, organização do tempo de trabalho para o atendimento pré-natal, priorização do atendimento da gestante, realização das consultas de pré-natal intercaladas entre enfermeiro e médico, planejamento familiar nas escolas e trabalho junto com o Núcleo de Apoio à Saúde da Família.

A pesquisa teve como base os relatos dos enfermeiros, assim não se conseguiu estabelecer relação direta destas experiências com a redução dos índices do parto prematuro. Como benefício, a partir do conhecimento identificado pelos enfermeiros foi possível elencar itens que precisam ser trabalhados para qualificar o atendimento pré-natal.

Referências

1. WHO Library Cataloguing-in-Publication. Born too soon: the global action report on preterm birth. 2012.
2. Bittar RE, Francisco RPV, Zugaib, M. Prematurity: when can it be prevented? Rev Bras Ginecol Obstet. 2013 [cited 2018 mar 11]; 35 (10): 433-435. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/rbgo/v35n10/01.pdf>

3. Chang HH, Larson J, Blencowe H, Spong CY, Howson CP, Cairns-Smith S et al. Preventing preterm births: trends and potential reductions with current interventions in 39 very high human development index countries. Lancet [internet]. 2013 [cited 2017 sep 13]; 19 (381): 223-34. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3572865/>
4. Colli M, Zani AV. Validação de um plano de alta de enfermagem para gestantes e puérperas de alto risco. REME - Rev Min Enferm [internet]. 2016 [cited 2017 sep 13]; 20:e934. Available from: <http://www.reme.org.br/artigo/detalhes/1068>
5. Corrêa Júnior MD, Fonseca ESVB, Calisto AC, Evangelista AA. Predição e prevenção do parto pré-termo espontâneo. RevMed Minas Gerais [internet]. 2013 [cited 2017 sep 13]; 23(3): 330-335. Available from: <http://files.bvs.br/upload/S/0100-7254/2010/v38n1/a001.pdf>
6. Rubens CE, Sadovsky Y, Muglia L, Gravett MG, Lackritz E, Gravett C. Prevention of preterm birth: Harnessing science to address the global epidemic. Science Translational Medicine [internet]. 2014 [cited 2017 sep 13]; 6 (262): 262sr5. Available from: <http://stm.sciencemag.org/content/6/262/262sr5.full>
7. Doyle J, Silber A. Preterm labor: Role of the nurse practitioner. The Nurse Practitioner [internet]. 2015 [cited 2017 sep 30]; 40 (3): 49-54. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25585096>
8. Minayo, MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 10ª edição. São Paulo: Hucitec, 2007.
9. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Atenção ao pré-natal de baixo risco [recurso eletrônico]. 1. ed. rev. – Brasília : Editora do Ministério da Saúde, 2013. Available from: http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/caderno_32.pdf
10. Brasil. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos. Brasília, 2012.

11. Gonzaga ICA, Santos SLD, Silva ARV, Campelo V. Prenatal care and risk factors associated with premature birth and low birth weight in the a capital in the Brazilian Northeast. *Ciência & Saúde Coletiva* [internet]. 2016 [cited 2017 sep 13]; 21(6):1965-1974. Available from: <http://www.scielo.org/pdf/csc/v21n6/1413-8123-csc-21-06-1965.pdf>
12. Oliveira RR, Santos SSC, Melo EC, Zurita RCM, Mathia TAF. Premature birth and prenatal assistance: an integrative review in the light of Canguilhem. *Rev Fund Care Online* [internet]. 2016 jul/set [cited 2017 sep 13]; 8(3):4616-4622. Available from: <http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/3149/pdf>
13. Camillo BS, Nietzsche EA, Salbego C, Cassenote LG, Osto DSD, Bock A. Ações de educação em saúde na atenção primária a gestantes e puérperas: revisão integrativa. *Rev.enferm. UFPE online* [internet]. 2016[cited 2017 sep 13]; 10(Supl. 6):4894-901. Available from: <file:///E:/Desktop/a%C3%A7%C3%A3o%20educa%C3%A7%C3%A3o%20em%20sa%C3%BAde.pdf>
14. Oliveira DC, Mandú ENT. Women with high-risk pregnancy: experiences and perceptions of needs and care. *Esc Anna Nery*[internet].2015 [cited 2017 sep 13];19(1):93-101. Available from:http://www.scielo.br/pdf/ean/v19n1/en_1414-8145-ean-19-01-0093.pdf
15. Vettore MV, Dias M, Vettore MV, Leal MC. Avaliação da qualidade da atenção pré-natal dentre gestantes com e sem história de prematuridade no Sistema Único de Saúde no Rio de Janeiro, Brasil. *Rev. Bras. SaúdeMatern. Infant* [internet]. 2013 [cited 2017 sep 13]; 13 (2): 89-100. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1519-38292013000200002&lng=pt&tlng=pt
16. Andrade FM, Castro JFL, Silva AV. Percepção das gestantes sobre as consultas médicas e de enfermagem no pré-natal de baixo risco. *R. Enferm. Cent. O. Min.* [internet]. 2016 [cited 2017 sep 13]; 6(3):2377-2388. Available from: <http://www.seer.ufsj.edu.br/index.php/recom/article/view/1015>

17. Evangelista CB, Barbieri M, Silva PLN. Unplanned pregnancy and the factors associated with the participation in the family planning program. *J. res. fundam.care.online*[internet]. 2015 [cited 2017 sep 13]; 7(2):2464-2474. Available from: http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/3633/pdf_1584
18. Borges ALV, Santos OA, Nascimento NC, Chofakian CBN, Gomes-Sponholz FA. Preconception health behaviors associated with pregnancy planning status among Brazilian women. *Rev Esc Enferm USP* [internet]. 2016 [cited 2017 sep 13];50(2):208-215. Available from:<http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v50n2/0080-6234-reeusp-50-02-0208.pdf>
19. Van Den Broek NR, Jean-Baptiste R, Neilson JP. Factors Associated with Preterm, Early Preterm and Late Preterm Birth in Malawi. *PLoS ONE* [internet].2014 [cited 2016 mai 05]; 9(3). Available from: <http://journals.plos.org/plosone/article/asset?id=10.1371%2Fjournal.pone.0090128.PDF>
20. Althabe F, Moore JL, Gibbons L, Berrueta M, Goudar SS, Chomba E et al. Adverse maternal and perinatal outcomes in adolescent pregnancies: The Global Network's Maternal Newborn Health Registry study. *Reproductive Health* [internet]. 2015[cited 2016 mai 13];12(2). S8. Available from: <http://download.springer.com/static/pdf/826/art%253A10.1186%252F1742-4755-12-S2-S8.pdf?originUrl=http%3A%2F%2Freproductive-health-journal.biomedcentral.com%2Farticle%2F10.1186%2F1742-4755-12-S2-S8&token2=exp=1462279257~acl=%2Fstatic%2Fpdf%2F826%2Fart%25253A10.1186%25252F1742-4755-12-S2->
21. Elias AN, Mandú ENT, AraujoLMA. Surveillance to reproductive health in the Family Health Strategy.*Esc Anna Nery*[internet].2014 [cited 2017 jul 17]; 18(3):456-463. Available from: http://www.scielo.br/pdf/ean/v18n3/en_1414-8145-ean-18-03-0456.pdf
22. Santana JS, Azevedo TL, Reichert APS, Medeiros AL, Soares MJGO. Center for family health support: team performance at the family health strategy. *J. res.: fundam. care. online* [internet].2015 [cited 2017 sep 30]; 7(2):2362-2371. Available from: http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/3790/pdf_1546

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

As questões pesquisadas nesta tese de doutorado surgiram a partir da experiência prática assistencial da autora, na área de enfermagem, no pré-natal de risco habitual e na percepção de que muito trabalho de prevenção para o parto prematuro é desenvolvido na atenção básica, porém não é percebido ou visualizado. Além disto, a partir da revisão de literatura, percebe-se que o papel do enfermeiro na prevenção do parto prematuro não é um assunto muito abordado nas publicações científicas.

Os resultados desta tese, apresentada sob a forma de três artigos, permitiram alcançar os objetivos propostos de elencar os fatores de risco relacionados ao parto prematuro no município do Rio Grande/RS, enumerar os fatores de risco relacionados ao parto prematuro segundo a percepção dos enfermeiros que realizam a assistência pré-natal pelo SUS, conhecer a conduta dos enfermeiros e identificar como está organizado o seu trabalho para a prevenção dos partos prematuros.

O primeiro artigo, intitulado “Fatores de risco maternos para o parto prematuro no sul do Brasil”, identificou como fatores de risco ao parto prematuro a idade materna entre 20-34 anos, escolaridade materna maior que 12 anos de estudo, maior renda materna, realização de menos de seis consultas de pré-natal, história de prematuridade prévia, hipertensão arterial, ameaça de aborto, ameaça de parto prematuro, sangramento, uso de *crack* na gravidez e trabalho da mãe na gravidez.

O estudo identificou algumas variáveis com resultados divergentes das publicações na área que podem ter ocorrido, devido à influência de fatores confundidores como as cesarianas eletivas. Porém, a pesquisa não conseguiu determinar tal hipótese, a partir dos dados coletados, sendo recomendado realizar outras investigações.

A pesquisa identificou alguns fatores de risco ao parto prematuro modificáveis ou passíveis de serem controlados, por meio da assistência pré-natal. A partir da identificação dos fatores de risco para o parto prematuro foi possível conhecer a realidade estudada visando constituir estratégias de prevenção de tal desfecho.

O segundo artigo, denominado “Fatores de risco para o parto prematuro e cuidados identificados pelos enfermeiros do pré-natal”, evidenciou que muitos enfermeiros não souberam explicar os encaminhamentos para os fatores de risco ou citaram cuidados isolados. Além disto, foi encontrado disparidade, em relação às condutas, e alguns cuidados importantes não foram identificados.

Ficou evidente, frente aos resultados encontrados neste estudo, a necessidade de investimentos na educação permanente dos enfermeiros para que possam identificar prontamente os fatores de risco ao parto prematuro e prescrevam os cuidados necessários.

O terceiro artigo, intitulado "Organização do trabalho de enfermeiros no pré-natal frente aos fatores de risco para parto prematuro", foi possível evidenciar que os enfermeiros utilizam estratégias de prevenção ao parto prematuro como a educação em saúde, a organização da dinâmica de trabalho, o planejamento familiar e o trabalho em equipe. O grupo de gestantes, a organização do tempo para atendimentos das gestantes e a realização de pré-natal são estratégias importantes na prevenção dos partos prematuros.

Um fator de preocupação foi que alguns enfermeiros não conseguiram identificar medidas de prevenção ao parto prematuro na sua rotina de trabalho. Assim, fica evidente a necessidade de mais uma vez pensar na qualificação do trabalho dos enfermeiros para melhorar o atendimento pré-natal e, conseqüentemente, diminuir os riscos de um trabalho de parto prematuro.

Buscando identificar possíveis relações entre os resultados e as etapas desta pesquisa, parece coerente afirmar que, quando comparamos os fatores de risco identificados pelos enfermeiros com a realidade local evidenciada no primeiro artigo, percebe-se que os enfermeiros parecem não ter consciência de alguns riscos que estão influenciando a ocorrência de parto prematuro na sua realidade. É o caso da idade materna de 20-34 anos, escolaridade materna maior que 12 anos e maior renda materna que são fatores que não foram identificados pelos enfermeiros. No entanto, tais resultados são de difícil reconhecimento por parte dos enfermeiros entrevistados, uma vez que são fatores divergentes dos encontrados nas publicações.

Alguns fatores de risco ao parto prematuro amplamente discutidos na literatura e também identificados na realidade local como a história de prematuridade prévia, ameaça de aborto, ameaça de parto prematuro e sangramento na gravidez foram citados por três enfermeiros cada fator. O trabalho da mãe na gravidez foi identificado por apenas um enfermeiro como sendo de risco ao parto prematuro e mostrou significância estatística no presente estudo. Assim, fica evidente que os enfermeiros desconhecem tais fatores como contribuintes para o parto prematuro, dificultando a implementação de estratégias de prevenção.

A realização de consultas de pré-natal, hipertensão arterial e uso de drogas na gravidez foram fatores de risco identificados pelos enfermeiros que realizam pré-natal, no município, e encontrados na etapa quantitativa deste estudo como contribuintes para a ocorrência do

desfecho. Este resultado mostra que os enfermeiros possuem conhecimento dos fatores de risco, sendo possível atuar para a diminuição da ocorrência dos partos prematuros.

Tal constatação permite confirmar a tese de que **a aquisição de conhecimento sobre os fatores de risco para parto prematuro qualifica o enfermeiro para a realização do pré-natal e contribui para a organização do trabalho na prevenção do parto prematuro.**

Posteriormente, pretende-se apresentar os resultados desta tese aos enfermeiros para que eles tenham consciência dos resultados encontrados e possam qualificar a assistência no pré-natal. Futuras investigações que consigam identificar os motivos que determinados fatores de risco ao parto prematuro foram identificados nesta realidade e apresentam-se diferentes da revisão de literatura são importantes para produzir mais conhecimento sobre esta temática.

Ressalta-se, como limitação do estudo que, primeiramente, para a construção desta tese, o pesquisador tinha proposto uma estratégia educativa e posterior retorno para realização das entrevistas. Este estudo não procedeu às demais etapas do projeto apresentado, anteriormente, tendo em vista a recusa de grande parte dos participantes da pesquisa em dar continuidade ao projeto. Porém, a estratégia educativa com os enfermeiros sobre os fatores de risco para o parto prematuro já foi realizada com apoio do Grupo de Pesquisa Viver Mulher e pretende-se retornar aos participantes para apresentar os resultados desta tese.

Como contribuição para a área da enfermagem, evidenciou-se que a pesquisa demonstra a necessidade de prosseguir realizando estudos acerca da importância do trabalho do enfermeiro para a prevenção dos partos prematuros na atenção básica. Cabe ao enfermeiro, para a prevenção do parto prematuro, atuar não somente no atendimento pré-natal, mas, também, na melhoria da qualidade de vida da população na sua área de atuação e, principalmente, no planejamento familiar.

6. REFERÊNCIAS

ADANE, A.A. et al. Adverse birth outcomes among deliveries at Gondar University Hospital, Northwest Ethiopia. **BMC Pregnancy and Childbirth**, v. 14, n. 90. 2014. Disponível em: <<http://www.biomedcentral.com/1471-2393/14/90>>. Acesso em: 03 mai. 2016.

AGUIAR, R.S. et al. Orientações de enfermagem nas adaptações fisiológicas da gestação. **Cogitare Enferm**, v.18, n.3, Jul/Set. 2013.

AGUIRRE, E.T.; BALDERAS, E.M.; TORRES, M.M.D. Condición laboral asociada a complicaciones en el embarazo en noreste de México. **Med Segur Trab (Internet)**, v. 60, n. 237, Out/dez. 2014. Disponível em: <<http://scielo.isciii.es/pdf/mesetra/v60n237/original1.pdf>>. Acesso em: 03 mai. 2016.

ALLEN, S.J. et al. Causes of preterm delivery and intrauterine growth retardation in a malaria endemic region of Papua New Guinea. **Arch Dis Child Fetal Neonatal**, v. 79, n. 2. 1998. Disponível em: < <http://fn.bmj.com/content/79/2/F135.full.pdf+html>>. Acesso em: 03 mai. 2016.

ALVES, C.N. et al. Perfil de gestantes assistidas no pré-natal de enfermagem de uma unidade básica de saúde. **J. res.: fundam. care.**, v. 5, n. 3, jul./set. 2013. Disponível em: < http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/2052/pdf_831>. Acesso em: 19 out. 2017.

ALVES, C.N. et al. Cuidado pré-natal e cultura: uma interface na atuação da enfermagem. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**, v. 19, n. 2, abr/Jun. 2015.

ALMEIDA AC, JESUS ACP, LIMA PFT, ARAÚJO MFM, ARAÚJO TM. Fatores de risco maternos para prematuridade em uma maternidade pública de Imperatriz-MA. *Rev Gaúcha Enferm.*, Porto Alegre (RS) 2012 jun;33(2):86-94. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/rgenf/v33n2/13.pdf>> Acessado em 10 jul 2017.

ALTHABE, F. et al. Adverse maternal and perinatal outcomes in adolescent pregnancies: The Global Network's Maternal Newborn Health Registry study. **Reproductive Health**, v. 12, Suppl 2:S8. 2015. Disponível em: <http://download.springer.com/static/pdf/826/art%253A10.1186%252F1742-4755-12-S2-S8.pdf?originUrl=http%3A%2F%2Fwww.biomedcentral.com%2Farticle%2F10.1186%2F1742-4755-12-S2-S8&token2=exp=1462279257~acl=%2Fstatic%2Fpdf%2F826%2Fart%25253A10.1186%252F1742-4755-12-S2-S8.pdf*~hmac=9d776b8697b870d79a605bb647336d52f2c7385e3981010994ad6a9ca3eb0799>. Acesso em: 03 mai. 2016.

ANDRADE FM, CASTRO JFL, SILVA AV. Percepção das gestantes sobre as consultas médicas e de enfermagem no pré-natal de baixo risco. *R. Enferm. Cent. O. Min.* 2016 set/dez; 6(3):2377-2388 DOI: 10.19175/recom.v6i3.1015. Disponível em: <http://www.seer.ufsj.edu.br/index.php/recom/article/view/1015>. Acesso em 28 jul 2017.

ARORA, C.P. et al. Disparities and relative risk ratio of preterm birth in six Central and Eastern European Centers. **Croat Med J**, v. 56, n. 2. 2015. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4410174/pdf/CroatMedJ_56_0119.pdf>. Acesso em: 03 mai. 2016.

AWWAD, J. et al. The effect of maternal fasting during Ramadan on preterm delivery: a prospective cohort study. **BJOG**, v. 119, n. 11. 2012.

BALBI B, CARVALHAES MABL, PARADA CMGL. Tendência temporal do nascimento pré-termo e de seus determinantes em uma década. *Ciência & Saúde Coletiva*, 21(1):233-241, 2016. Disponível em: <http://www.scielo.org/pdf/csc/v21n1/1413-8123-csc-21-01-0233.pdf> Acessado em 10 jul 2017.

BASSIL, K.L. et al. The association between obstetrical interventions and late preterm birth. **Am J Obstet Gynecol**, v 210, n. 6, jun. 2014. Disponível em: <[http://www.ajog.org/article/S0002-9378\(14\)00165-3/pdf](http://www.ajog.org/article/S0002-9378(14)00165-3/pdf)>. Acesso em: 03 mai. 2016.

BARROS, M.V.G.; REIS, R.S.; HALLAL P.C.; FLORINDO, A.A.; FARIAS JÚNIOR, J.C. Análise de dados em saúde. 3ª edição. Londrina, PR: Midiograf, 2012.

BARRETO CN, WILHELM LA, SILVA SC, ALVES CN, CREMONESE L, RESSEL LB. “O Sistema Único de Saúde que dá certo”: ações de humanização no pré-natal. *Rev Gaúcha Enferm*. 2015;36(esp):168-76.

BERGER AZ et al. **Parto prematuro: características das gestantes de uma população da zona sul de São Paulo**. *Rev. Bras. Saúde Matern. Infant.*, Recife, 16 (4): 437-445 out. / dez., 2016. <http://dx.doi.org/10.1590/1806-93042016000400005>

BITTAR, R.E.; ZUGAIB, M. Indicadores de risco para o parto prematuro. **Rev Bras Ginecol Obstet.**, v. 31, n. 4. 2009

BITTAR, R.E.; FRANCISCO, R.P.V.; ZUGAIB, M. Prematuridade: quando é possível evitar? *Rev Bras Ginecol Obstet.*, v. 35, n. 10. 2013.

BLENCOWE, H. et al. National, regional and worldwide estimates of preterm birth rates in the year 2010 with time trends for selected countries since 1990: a systematic analysis and implications. **The Lancet**, v. 379, n. 9832. 2012.

BHANDARI, S. et al. Maternal and perinatal consequences of antepartum haemorrhage of Unknown origin. **BJOG**, v. 121, n. 6. 2014.

BOLIN, M. et al. Hyperemesis gravidarum and risks of placental dysfunction disorders: a population-based cohort study. **BJOG**, v. 120, n. 5, jan. 2013. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3613752/pdf/bjo0120-0541.pdf>>. Acesso em: 03 mai. 2016.

BONILHA, A.L.L. et al. Evaluation of pre-natal care after participative training of prenatalists: before and after research. **Online braz j nurs**, v. 11, n. 3, dez. 2012. Disponível em: <http://www.objnursing.uff.br/index.php/nursing/article/view/3764/pdf_1>. Acesso em: 03 mai. 2016.

BORGES ALV, SANTOS OA, NASCIMENTO NC, CHOFAKIAN CBN, GOMES-SPONHOLZ FA. Preconception health behaviors associated with pregnancy planning status among Brazilian women. *Rev Esc Enferm USP*. 2016;50(2):208-215. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0080623420160000200005>.

BRANDÃO, I.C.A.; GODEIRO, A.L.S.; MONTEIRO, A.I. Assistência de enfermagem no pré-natal e evitabilidade de óbitos neonatais. **Rev. enferm. UERJ**, . Rio de Janeiro, v. 20, esp1, dez. 2012.

BRASIL. **Lei n 7.498/86, de 25 de junho de 1986**. Dispõe sobre a regulamentação do exercício da Enfermagem e dá outras providências. Brasília-DF: 1986.

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

BRASIL. **Portaria n° 1.459, de 24 de junho de 2011** - Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS - a Rede Cegonha. PORTARIA N° 650, DE 5 DE OUTUBRO DE 2011- Plano de ação. Brasília-DF: 2011.

BRASIL. Portaria N° 2.488, de 21 de outubro de 2011. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS).

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Atenção ao pré-natal de baixo risco**. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução n° 466, de 12 de dezembro de 2012. Aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos. Brasília, 2012 b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Gestação de alto risco: manual técnico**. Brasília; 2012 c [citado 2017 set. 30]. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_tecnico_gestacao_alto_risco.pdf

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Atenção ao pré-natal de baixo risco** [recurso eletrônico]. 1. ed. rev. – Brasília : Editora do Ministério da Saúde, 2013. Available from: http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/caderno_32.pdf

BRASIL. Ministério da Saúde. Guia do Pré-Natal do Parceiro para Profissionais de Saúde /Angelita Herrmann, Michelle Leite da Silva, Eduardo Schwarz Chakora, Daniel Costa Lima. - Rio de Janeiro: Ministério da Saúde, 2016.

BUSANELLO, J. et al. Participação da mulher no processo decisório no ciclo gravídico-puerperal: revisão integrativa do cuidado de enfermagem. **Rev Gaúcha Enferm.**, Porto Alegre (RS), v. 32, n. 4, dez. 2011.

CAMILLO BS, NIETSCH EA, SALBEGO C ET AL. Ações de educação em saúde na atenção primária a gestantes e puérperas: revisão integrativa. Revenferm UFPE online., Recife, 10(Supl. 6):4894-901, dez., 2016. Disponível em: <file:///E:/Desktop/a%C3%A7%C3%A3o%20educa%C3%A7%C3%A3o%20em%20sa%C3%BAde.pdf> Acesso em 28 jul 2017.

CANHAÇO, E.E. et al. Resultados perinatais em gestantes acima de 40 anos comparados aos das demais gestações. **Einstein**, v. 13, n. 1. 2015.

CASHION K. Distúrbios hemorrágicos no anteparto. In: LOWDERMILK et al. **Saúde da mulher e enfermagem obstétrica**. Rio de Janeiro: Elsevier, 2012. Cap. 28.

CARMICHAEL, S.L. et al. Population-Level Correlates of Preterm Delivery among Black and White Women in the U.S. **PLoS ONE**, v. 9, n. 4, abr. 2014. Disponível em: <http://journals.plos.org/plosone/article/asset?id=10.1371%2Fjournal.pone.0094153.PDF>. Acesso em: 03 mai. 2016.

CASHION K. Distúrbios endócrinos e metabólicos na gravidez. In: LOWDERMILK et al. **Saúde da mulher e enfermagem obstétrica**. Rio de Janeiro: Elsevier, 2012. Cap. 29.

CASTELL EC, RIZO-BAEZA MM, CORDERO MJA , RIZO-BAEZA J, GUILLÉN VG. Maternal age as risk factor of prematurity in Spain; Mediterranean área. *Nutr Hosp*. 2013;28(5):1536-1540 ISSN 0212-1611. Disponível em: <http://scielo.isciii.es/pdf/nh/v28n5/25original20.pdf> Acessado em 13 de setembro de 2017.

CHALLIS, J. et al. Fetal sex and preterm birth. **Placenta**, v. 34, n.2. 2013. Disponível em: [http://www.placentajournal.org/article/S0143-4004\(12\)00442-0/pdf](http://www.placentajournal.org/article/S0143-4004(12)00442-0/pdf) Acesso em: 03 mai. 2016.

CHAN, Y.Y. et al. Reproductive outcomes in women with congenital uterine anomalies: a systematic review. **Ultrasound Obstet Gynecol**, v.38, n. 4. 2011. Disponível em: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/uog.10056/epdf>. Acesso em: 03 mai. 2016.

CHANG, H.H. et al. Preventing preterm births: trends and potential reductions with current interventions in 39 very high human development index countries. **Lancet**, v. 19, n. 381, jan. 2013.

CHEN, J.Y. et al. Highly Active Antiretroviral Therapy and Adverse Birth Outcomes Among HIV-Infected Women in Botswana. **The Journal of Infectious Diseases**, v. 206, n. 11. 2012. Disponível em: <http://jid.oxfordjournals.org/content/206/11/1695.full>. Acesso em: 03 mai. 2016.

CHI, C.C.; MAYON-WHITE, R.T.; WOJNAROWSKA, F.T. Safety of Topical Corticosteroids in Pregnancy: A Population-Based Cohort Study. **J Invest Dermatol**, v. 131, n 4, dez .2011. Disponível em: <[http://www.jidonline.org/article/S0022-202X\(15\)35228-3/pdf](http://www.jidonline.org/article/S0022-202X(15)35228-3/pdf)>. Acesso em: 03 mai. 2016.

COFEN. Conselho Federal de Enfermagem. **Resolução COFEN nº 477/2015**. Dispõe sobre a atuação de Enfermeiros na assistência às gestantes, parturientes e puérperas. Brasília-DF: 2015.

COLLI M, ZANI AV. Validação de um plano de alta de enfermagem para gestantes e puérperas de alto risco. **REME - Rev Min Enferm**. 2016; [Citado em 31 jul 2017]; 20:e934. Disponível em: DOI: 10.5935/1415-2762.20160004

CFM. Conselho Federal de Medicina. Resolução CFM nº 2.144/2016. Brasília-DF: 2016.

CORRÊA, C.R.H.; BONADIO, I.C.; TSUNECHIRO, M.A. Avaliação normativa do pré-natal em uma maternidade filantrópica de São Paulo. **Rev Esc Enferm USP**, v. 45, n. 6. 2011.

CORRÊA JÚNIOR MD, FONSECA ESVB, CALISTO AC, EVANGELISTA AA. Predição e prevenção do parto pré-termo espontâneo. **Rev Med Minas Gerais** 2013; 23(3): 330-335.

CORNMAN-HOMONOFF, J. et al. Heavy prenatal alcohol exposure and risk of stillbirth and preterm delivery. **J Matern Fetal Neonatal Med**, v. 25, n. 6, jun. 2012. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4148070/pdf/nihms-622981.pdf>>. Acesso em: 03 mai. 2016.

CRANE, J.M.G. et al. Effects of environmental tobacco smoke on perinatal outcomes: a retrospective cohort study. **BJOG**, v.118, n.7. 2011. Disponível em: <<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1471-0528.2011.02941.x/epdf>>. Acesso em: 03 mai. 2016.

CUNHA, M.A. et al. Assistência pré-natal por profissionais de enfermagem no município de Rio Branco, Acre, Amazônia. **Revista Baiana de Saúde Pública**, v.36, n.1, jan./mar. 2012.

DEMITTO MO, GRAVENA AAF, DELL'AGNOLO CM, ANTUNES MB, PELLOSO SM. High risk pregnancies and factors associated with neonatal death. **Rev Esc Enferm USP**. 2017; 51: e03208. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S1980-220X2016014703208>

DIÁV-CITRIN, O. et al. Pregnancy Outcome Following In Utero Exposure to Lithium: A Prospective, Comparative, Observational Study. **Am J Psychiatry**, v. 171, n. 7. 2014. Disponível em: <http://ajp.psychiatryonline.org/doi/abs/10.1176/appi.ajp.2014.12111402?url_ver=Z39.88-2003&rfr_id=ori%3Arid%3Acrossref.org&rfr_dat=cr_pub%3Dpubmed>. Acesso em: 03 mai. 2016.

DIX, D. Distúrbios hipertensivos na gravidez. In: LOWDERMILK et al. **Saúde da mulher e enfermagem obstétrica**. Rio de Janeiro: Elsevier, 2012. Cap. 27.

DOMINGUES, R.M.S.M. et al. Avaliação da adequação da assistência pré-natal na rede SUS do Município do Rio de Janeiro, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 28, n. 3, mar. 2012.

DOYLE J, SILBER A. Preterm labor: Role of the nurse practitioner. **The Nurse Practitioner**, v. 40, n.3, mar. 2015.

DUARTE SJH, MAMEDE MV. Ações do pré-natal realizadas pela equipe de enfermagem na atenção primária à saúde, Cuiabá. **Ciencia y Enfermeria**, v. 19, n.1. 2013. Disponível em: <http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-95532013000100011>. Acesso em: 03 mai. 2016.

DUARTE, S.J.H.; BORGES, A.P.; ARRUDA, G.L. Ações de enfermagem na educação em saúde no pré-natal: relato de experiência de um projeto de extensão da Universidade Federal do Mato Grosso. **R. Enferm. Cent. O. Min.**, v. 1, n. 2, abr/jun. 2011.

DUARTE, S.J.H.; MAMEDE, M.V. Estudo das competências essenciais na atenção pré-natal: ações da equipe de enfermagem em Cuiabá, MT. **Enfermagem em Foco**, v. 3, n. 2. 2012.

DUARTE, S.J.H.; ALMEIDA, E.P. O papel do enfermeiro do programa saúde da família no atendimento pré-natal. **R. Enferm. Cent. O. Min.**, v. 4, n. 1, jan/abr. 2014.

DUARTE, G. et al. Infecção urinária na gravidez. **Rev Bras Ginecol Obstet**, v. 30, n. 2. 2008.

ELIAS AN, MANDÚ ENT, ARAUJO LMA. Vigilância à saúde reprodutiva na Estratégia Saúde da Família. Escola Anna Nery Revista de Enfermagem 18(3) Jul-Set 2014. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/ean/v18n3/1414-8145-ean-18-03-0456.pdf> > Acesso em: 25 June 2017.

ELIZARRARAZ, N.L.A. et al. Riesgo de Trabajo de parto pretérmino espontáneo y su relación con estrés y ansiedad. **Index de enfermeria**, v. 23, n. 1-2. 2014. Disponível em: <<http://scielo.isciii.es/pdf/index/v23n1-2/original3.pdf>>. Acesso em: 03 mai. 2016.

EVANGELISTA CB, BARBIERI M, SILVA PLN. Gravidez não planejada e fatores associados à participação em programa de planejamento familiar. J. res.: fundam. care. online 2015. abr./jun. 7(2):2464-2474. Disponível em: http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/3633/pdf_1585. Acesso em 28 jul 2017.

FEBRASGO. Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia. **Manual de perinatologia**. São Paulo: Federacao Brasileira das Associacoes de Ginecologia e Obstetricia, 2013.

FERNANDES, B.M.; ANDRADE, A.M.; RIBEIRO, L.C. Avaliação do pré-natal de risco habitual realizado por enfermeiras obstetras de uma casa de parto. **R. Enferm. Cent. O. Min.**, v. 1, n. 1, jan/mar. 2011.

FERRARA, A. et al. Referral to telephonic nurse management improves outcomes in women with gestational diabetes. **Am J Obstet Gynecol**, 2012, v. 206, n. 6, jun.. 2012.

FERREIRA IS, FERNANDES AFC, LÔ KKR, MELO TP, GOMES AMF, ANDRADE IS. Percepções de gestantes acerca da atuação dos parceiros nas consultas de pré-natal. *Rev Rene*. 2016 maio-jun; 17(3):318-23.

FOXMAN, B. et al. Mycoplasma, bacterial vaginosis-associated bacteria BVAB3, race, and risk of preterm birth in a high-risk cohort. *Am J Obstet Gynecol*, v. 210, n. 3. 2014. Disponível em: <[http://www.ajog.org/article/S0002-9378\(13\)01041-7/pdf](http://www.ajog.org/article/S0002-9378(13)01041-7/pdf)>. Acesso em: 03 mai. 2016.

GEENES, V. et al. Association of Severe Intrahepatic Cholestasis of Pregnancy With Adverse Pregnancy Outcomes: A Prospective Population-Based Case-Control Study. *Hepatology*, v. 59, n. 4. 2014.

GERSHOVITZ, M. et al. Pregnancy Outcome in Women Following Splenectomy. *Journal of women's health*, v. 20, n. 8. 2011.

GUI, J. et al. Association between hyperglycemia in middle and late pregnancy and maternal-fetal outcomes: a retrospective study. *BMC Pregnancy and Childbirth*, v. 14, n. 34. 2014. Disponível em: <http://download.springer.com/static/pdf/930/art%253A10.1186%252F1471-2393-14-34.pdf?originUrl=http%3A%2F%2Fbmcpregnancychildbirth.biomedcentral.com%2Farticle%2F10.1186%2F1471-2393-14-34&token2=exp=1462301502~acl=%2Fstatic%2Fpdf%2F930%2Fart%25253A10.1186%252F1471-2393-14-34.pdf*~hmac=a6c092a3bb09fed2dfc4fa3a151573699a2fa62bbae8c2d5fd10385be7b74f4f>. Acesso em: 03 mai. 2016.

GONZALES, G.F.; TAPIA, V.; GASCO, M. Correcting haemoglobin cut-offs to define anaemia in high-altitude pregnant women in Peru reduces adverse perinatal outcomes. *Arch Gynecol Obstet*, v. 290, n. 1. 2014.

GONÇALVES, Z.R.; MONTEIRO, D.L.M. Complicações maternas em gestantes com idade avançada. *FEMINA*, v. 40, n. 5, set/out. 2012.

GONÇALVES, C.V. et al. Índice de massa corporal e ganho de peso gestacional como fatores preditores de complicações e do desfecho da gravidez. *Rev Bras Ginecol Obstet*, v. 34, n. 7. 2012.

GONÇALVES, I.T.J.P. et al. Prática do acolhimento na assistência pré-natal: limites, potencialidades e contribuições da enfermagem. *Rev Rene*, v. 14, n. 3. 2013.

GONZAGA ICA et al. Prenatal care and risk factors associated with premature birth and low birth weight in the a capital in the Brazilian Northeast. *Ciência & Saúde Coletiva*, 21(6):1965-1974, 2016. Disponível em: <http://www.scielo.org/pdf/csc/v21n6/1413-8123-csc-21-06-1965.pdf> Acessado em 13 de setembro de 2017.

GRZESKOWIAK, L.E. et al. A randomized controlled trial to assess the clinical and cost effectiveness of a nurse-led Antenatal Asthma Management Service in South Australia (AAMS study). *BMC Pregnancy and Childbirth*, v. 14, n. 9. 2014.

GUERREIRO, E.M. et al. O cuidado pré-natal na atenção básica de saúde sob o olhar de gestantes e enfermeiros. **reme – Rev. Min. Enferm.**, v. 16, n. 3, jul./set. 2012.

GUNNARSDOTTIR, J. et al. Risk of placental dysfunction disorders after prior miscarriages: a population-based study. **Am J Obstet Gynecol**, v. 211, n. 1. 2014. Disponível em: <[http://www.ajog.org/article/S0002-9378\(14\)00112-4/pdf](http://www.ajog.org/article/S0002-9378(14)00112-4/pdf)>. Acesso em: 03 mai. 2016.

GUNGOR, I.; 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. **Blackwell Publishing Ltd, Journal of Clinical Nursing**, v. 20, n. 5-6. 2011.

HABERMANN, F. et al. Atypical Antipsychotic Drugs and Pregnancy Outcome. A Prospective, Cohort Study. **J Clin Psychopharmacol**, v. 33, n. 4, Ago. 2013.

HACKENHAAR, A.A.; ALBERNAZ, E.P. Prevalência e fatores associados à internação hospitalar para tratamento da infecção do trato urinário durante a gestação. **Rev. Bras. Ginecol. Obstet**, Rio de Janeiro, v. 35, n.5, mai. 2013.

HAMMOND, G. et al. Changes in risk factors for preterm birth in Western Australia 1984–2006. **BJOG**, v. 120, n. 9. 2013. Disponível em: <<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/1471-0528.12188/epdf>>. Acesso em: 03 mai. 2016.

HAYATBAKHSI, M.R. et al. Birth outcomes associated with cannabis use before and during pregnancy. **Pediatric Research**, v. 71, n. 2, fev. 2012.

HYMAN, R.W.; FUKUSHIMA, M.; JIANG, H.; FUNG, E.; RAND, L.; JOHNSON B. et al. Diversity of the Vaginal Microbiome Correlates With Preterm Birth. **Reprod Sci**. 2014 Jan; 21(1): 32–40. doi: [10.1177/1933719113488838](https://doi.org/10.1177/1933719113488838). Disponível em: <http://journals.sagepub.com/doi/abs/10.1177/1933719113488838>

JABIRY-ZIENIEWICZ, Z. et al. Pregnancy Outcomes Among Female Recipients After Liver Transplantation: Further Experience. **Elsevier Transplantation Proceedings**, v. 43, n.8, out. 2011.

JONEBORG, U. et al. Hydatidiform mole and subsequent pregnancy outcome: a population-based cohort study. **Am J Obstet Gynecol**, v. 211, n. 6. 2014.

KASSADA DS, MARCON SS, WAIDMAN MAP. Percepções e práticas de gestantes atendidas na atenção primária frente ao uso de drogas. *Esc Anna Nery* 2014;18(3):428-434. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/ean/v18n3/1414-8145-ean-18-03-0428.pdf>> Acesso em: 22 june 2017.

KASSADA DS; MARCON SS; PAGLIARINI MA; ROSSI RM. Prevalência do uso de drogas de abuso por gestantes. *Acta paul. enferm.* vol.26 no.5 São Paulo 2013. Disponível em: < http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002013000500010 > Acesso em: 25 june 2017.

KHALID, S. et al. The thickness and volume of LLETZ specimens can predict the relative risk of pregnancy-related morbidity. **BJOG**, v. 119, n. 6. 2012. Disponível em: <<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1471-0528.2011.03252.x/epdf>>. Acesso em: 03 mai. 2016.

KREITCHMANN, R. et al. Predictors of adverse pregnancy outcomes in women infected with HIV in Latin America and the Caribbean: a cohort study. **BJOG**, v. 121, n. 2. 2014. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4157114/pdf/nihms565468.pdf>>. Acesso em: 03 mai. 2016.

KENNER, C.; ELLERBEE, S. Cuidados de enfermagem para o recém-nascido de alto risco. In: LOWDERMILK et al. **Saúde da mulher e enfermagem obstétrica**. Rio de Janeiro: Elsevier, 2012. Cap. 37.

KRUPITZKI, H.B. et al. Environmental risk factors and perinatal outcomes in preterm newborns, according to family recurrence of prematurity. **Am J Perinatol**, v. 30, n. 6, jun. 2013. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3974336/pdf/nihms565780.pdf>>. Acesso em: 03 mai. 2016.

KOZUKI, N. et al. Short maternal stature increases risk of small for-gestational-age and preterm births in low and middle-income countries: Individual participant data meta-analysis and population attributable fraction. **J Nutr**, v. 145, n. 11, Nov. 2015.

LAOPAIBOON, M. et al. Advanced maternal age and pregnancy outcomes: a multicountry assessment. **BJOG**, v. 121, suppl. 1. 2014. Disponível em: <<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/1471-0528.12659/epdf>>. Acesso em: 03 mai. 2016.

LAVERIANO, W.R.V.; REDONDO, C.E.N. Obstetric outcomes in the second birth of women with a previous caesarean delivery: a retrospective cohort study from Peru. **Rev Bras Ginecol Obstet**, v. 35, n.4. 2013.

LEAL MC et al. Prevalence and risk factors related to preterm birth in Brazil. *Reproductive Health* 2016, 13(Suppl 3):127. DOI 10.1186/s12978-016-0230-0

LEUNG, Y.P.Y. et al. Intrapartum Corticosteroid use Significantly Increases the Risk of Gestational Diabetes in Women with Inflammatory Bowel Disease. **Journal of Crohn's and Colitis**, v. 9, n. 3. 2015. Disponível em: <<http://ecco-jcc.oxfordjournals.org/content/ecco-jcc/9/3/223.full.pdf>>. Acesso em: 03 mai. 2016.

LEVINE, L.D. et al. Preterm birth risk at high altitude in Peru. **Am J Obstet Gynecol**, v. 212, n. 2, fev. 2015.

LIMA, S.S. Enfermagem no pré-natal de baixo risco na estratégia Saúde da Família. **Aquichan**, Chía (Colombia), v. 13, n.2, ago. 2013.

LIU, L. et al. Global, regional and national causes of child mortality: an updated systematic analysis. **The Lancet**, v. 379, n. 9832. 2012. Disponível em:

<<http://www.who.int/immunization/diseases/tetanus/Lancet-2013-Global-child-mortality.pdf>>. Acesso em: 03 mai. 2016.

LIU, L. et al. Global, regional, and national causes of under-5 mortality in 2000–15: an updated systematic analysis with implications for the Sustainable Development Goals. **The Lancet**, v. 388. 2016. [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(16\)31593-8](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(16)31593-8).

LOPES, R.S. **Prevalência de Chlamydia trachomatis em casos de partos prematuros atendidos no Hospital Universitário Cassiano Antonio Moraes, Vitória**. 2014. Dissertação (Mestrado em Medicina) – Universidade Federal do Espírito Santo, Centro de Ciências da Saúde, 2014.

LOWDERMILK, D.L. Doenças sexualmente transmissíveis e outras infecções. In: LOWDERMILK et al. **Saúde da mulher e enfermagem obstétrica**. Rio de Janeiro: Elsevier, 2012. Cap. 7.

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

LUMBIGANON, P. et al. Indirect causes of severe adverse maternal outcomes: a secondary analysis of the WHO Multicountry Survey on Maternal and Newborn Health. **BJOG**, v. 121, suppl. 1. 2014. Disponível em: <<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/1471-0528.12647/epdf>>. Acesso em: 03 mai. 2016.

LYNCH, A.M. et al. Association of extremes of prepregnancy BMI with the clinical presentations of preterm birth. **Am J Obstet Gynecol**, v. 210, n. 5. 2014.

MACEDO LO, MONTEIRO DLM, MENDES BG. Obesidade e Pré-Eclâmpsia. **FEMINA** | Março/Abril 2015 | vol 43 | nº 2. Disponível em: <<http://files.bvs.br/upload/S/0100-7254/2015/v43n2/a4970.pdf>> Acesso em: 20 june 2017.

MAHANDE, M.J. et al. Recurrence of Preeclampsia in Northern Tanzania: A Registry-Based Cohort Study. **PLoS ONE**, v. 8, n. 11. 2013. Disponível em: <<http://journals.plos.org/plosone/article/asset?id=10.1371%2Fjournal.pone.0079116.PDF>>. Acesso em: 03 mai. 2016.

MARTIN, A. et al. Respiratory Illness Hospitalizations Among Pregnant Women During Influenza Season, 1998–2008. **Matern Child Health J**, v. 17, n. 7. 2013.

MAGGIOLO, J. Tabagismo durante el embarazo. **Neumol. Pediatr**, v. 6, n. 1. 2011.

MARQUES, A.G.B. et al. Características de gestantes atendidas em consulta de enfermagem ambulatorial de pré-natal: comparação de quatro décadas. **Rev Gaúcha Enferm**, v. 33, n. 4. 2012.

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. 2011.

MARTINS, M.G. et al. Associação de gravidez na adolescência e prematuridade. **Rev Bras Ginecol Obstet**, v. 33, n. 11. 2011.

- MATIASEVICH, A. et al. Estimativas corrigidas da prevalência de nascimentos pré-termo no Brasil, 2000 a 2011. **Epidemiol. Serv. Saúde**, Brasília, v. 22, n.4, out-dez. 2013. Disponível em: <<http://scielo.iec.pa.gov.br/pdf/ess/v22n4/v22n4a02.pdf>>. Acesso em: 03 mai. 2016.
- MCATEER, J. Problemas médico-cirúrgicos da gestação. In: LOWDERMILK et al. **Saúde da mulher e enfermagem obstétrica**. Rio de Janeiro: Elsevier, 2012. Cap. 30.
- MELO, R.M. et al. A integralidade da assistência no contexto da atenção pré-natal. **Rev Rene**, Fortaleza, v. 12, n. 4, out/dez. 2011.
- MELO, E.C.; OLIVEIRA, R.R.; MATHIAS, T.A.F. Fatores associados à qualidade do pré-natal: uma abordagem ao nascimento prematuro. **Rev Esc Enferm USP**, v. 49, n. 4. 2015.
- MELO, W.G.; CARVALHO, M.D.B. Análise multivariada dos fatores de riscos para prematuridade no sul do Brasil. **Revista Eletrônica Gestão & Saúde**, v. 5, n. 2. 2014.
- MINAYO, M.C.S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 10ª edição. São Paulo: Hucitec, 2007.
- MONTENEGRO CAB, REZENDE FILHO J. **Rezende obstetrícia fundamental**. 13ª edição. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2014.
- MORISAKI, N. et al. Risk factors for spontaneous and provider-initiated preterm delivery in high and low Human Development Index countries: a secondary analysis of the World Health Organization (WHO) Multicountry Survey on Maternal and Newborn Health. **BJOG**, v. 121, suppl. 1. 2014.
- MOURA, S.G. et al. Assistência pré-natal realizada pelo enfermeiro (a): um olhar da mulher gestante. **J. res.: fundam. care. online**, v. 7, n. 3, jul./set. 2015. Disponível em: <http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/3542/pdf_1650>. Acesso em: 19 out. 2017.
- MORKEN, N.; KÄLLEN, K.; JACOBSSON, B. Predicting Risk of Spontaneous Preterm Delivery in Women with a Singleton Pregnancy. **Paediatric and Perinatal Epidemiology**, v. 28, n. 1. 2014. Disponível em: <<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/ppe.12087/epdf>>. Acesso em: 03 mai. 2016.
- NARCHI, N.Z.; CRUZ, E.F.; GONÇALVES, R. O papel das obstetrias e enfermeiras obstetras na promoção da maternidade segura no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 18, n. 4. 2013.
- NELSON, D.B. et al. Early Pregnancy Changes in Bacterial Vaginosis-Associated Bacteria and Preterm Delivery. **Paediatric and Perinatal Epidemiology**, v. 28, n. 2. 2014. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4031320/>>. Acesso em: 04 mai. 2016.
- NEWMAN, L. et al. Global Estimates of Syphilis in Pregnancy and Associated Adverse Outcomes: Analysis of Multinational Antenatal Surveillance Data. **PLoS Med**, v. 10, n.2. 2013.

NISHIKAWA, M.; SAKAKIBARA, H. Effect of nursing intervention program using abdominal palpation of Leopold's maneuvers on maternal-fetal attachment. **Reproductive Health**, v. 10, n. 1.2013. Disponível em:

<<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3599122/>>. Acesso em: 05 mai. 2016.

OLIVEIRA LL, GONÇALVES AC, COSTA JSD, BONILHA ALL. Maternal and neonatal factors related to prematurity. *Rev Esc Enferm USP*. 2016;50(3):382-389. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-623420160000400002>

OLIVEIRA DC, MANDÚ ENT. Mulheres com gravidez de maior risco: vivências e percepções de necessidades e cuidado. *Esc Anna Nery* 2015;19(1):93-101. Disponível em:<http://www.scielo.br/pdf/ean/v19n1/1414-8145-ean-19-01-0093.pdf>. Acesso em 28 jul 2017.

OLIVEIRA, R.R.; SANTOS, S.S.C.; MELO, E.C.; et al. Premature birth and prenatal assistance: an integrative review in the light of Canguilhem. *Rev Fund Care Online* [internet]. 2016 jul/set [cited 2017 sep 13]; 8(3):4616-4622. Available from:<http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/3149/pdf>

OPPERMANN, M.L.R.; WEINERT, L.S.; REICHEL, A.J. Diabete e gestação. In: FREITAS et al. **Rotinas em obstetrícia**. 6ª edição. Porto Alegre: Artmed, 2011.

OVALLE, F. et al. Factores asociados con el parto prematuro entre 22 y 34 semanas en un hospital público de Santiago. **Rev Med Chile**, v.140. 2012. Disponível em: <<http://www.scielo.cl/pdf/rmc/v140n1/art03.pdf>>. Acesso em: 05 mai. 2016.

PAGANOTI CF, BITTAR RE, FRANCISCO RPV, ZUGAIB M. Infecção genital e marcadores preditivos do parto prematuro. **Femina**, v. 40, n. 6, nov/dez. 2012.

PAULUCCI, R.S.; NASCIMENTO, L.F.C.; SCHULZE, C.A. Abordagem espacial dos partos prematuros em Taubaté, SP. **Rev Paul Pediatr**, v. 29, n. 3. 2011.

PARKER, M.G. et al. Prepregnancy body mass index and risk of preterm birth: association heterogeneity by preterm subgroups. **BMC Pregnancy and Childbirth** 2014, 14:153. 2014. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4022544/>>. Acesso em: 05 mai. 2016.

PASSINI JR, R.; CECATTI, JG; LAJOS GJ; et al. Brazilian Multicentre Study on Preterm Birth (EMIP): Prevalence and Factors Associated with Spontaneous Preterm Birth. **PLOS ONE**, v. 9, Issue 10, e109069. 2014. Disponível em: <<http://journals.plos.org/plosone/article/file?id=10.1371/journal.pone.0109069&type=printable>> Acesso em: 19 fev. 2018.

PILS, S. et al. Sequential cervical length screening in pregnancies after LLETZ conisation: a retrospective analysis. **BJOG**, v. 121, n. 4. 2014. Disponível em: <<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/1471-0528.12390/epdf>>. Acesso em: 05 mai. 2016.

PIMENTA, A.M. et al. Programa “casa das gestantes”: perfil das usuárias e resultados da assistência à saúde materna e perinatal. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, v. 21, n. 4, out/dez. 2012.

PIOTROWSKI, K.A. Complicações do trabalho de parto e do parto. In: LOWDERMILK et al. **Saúde da mulher e enfermagem obstétrica**. Rio de Janeiro: Elsevier, 2012. Cap. 33.

POHLMANN FC et al. Parto prematuro: abordagens presentes na produção científica nacional e internacional. *Enfermería Global*, n. 42, 2016. Disponível em: <https://digitum.um.es/xmlui/handle/10201/48527> Acessado em 15 de setembro 2017.

QIU, J. et al. Passive Smoking and Preterm Birth in Urban China. **Am J Epidemiol**, v. 180, n. 1. 2014. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4070933/>>. Acesso em: 05 mai. 2016.

RABELLO, M.S.C.; BARROS, S.M.O. Aspectos clínicos e epidemiológicos da prematuridade em um Centro de Parto Normal, São Paulo, Brasil. **Einstein**, v. 9, n. 4. 2011. Disponível em: <http://apps.einstein.br/revista/arquivos/PDF/1874-Einstein_v9n4_483-488_eng.pdf>. Acesso em: 05 mai. 2016.

RAFAEL, T.J. et al. Gestational age of previous twin preterm birth as a predictor for subsequent singleton preterm birth. **Am J Obstet Gynecol**, v. 206, n. 2. 2012.

RAMOS, J.G.L. et al. Nascimento pré-termo. In: FREITAS et al. **Rotinas em obstetricia**. 6ª edição. Porto Alegre: Artmed, 2011.

RAMOS, J.G.L. et al. Hemorragia anteparto. In: FREITAS et al. **Rotinas em obstetricia**. 6ª edição. Porto Alegre: Artmed, 2011b.

RODRIGUES, E.M.; NASCIMENTO, R.G.; ARAÚJO, A. Protocolo na assistência pré-natal: ações, facilidades e dificuldades dos enfermeiros da Estratégia de Saúde da Família. **Rev Esc Enferm USP**, v. 45, n. 5. 2011.

ROOS, N. et al. Perinatal outcomes after bariatric surgery: nationwide population based matched cohort study. **BMJ**, v. 47, n. 7936. 2013. Disponível em: <<http://www.bmj.com/content/bmj/347/bmj.f6460.full.pdf>>. Acesso em: 05 mai. 2016.

ROUGET, F. et al. Medical and Sociodemographic Risk Factors for Preterm Birth in a French Caribbean Population of African Descent. **Matern Child Health J**, v. 17, n. 6. 2013.

RUBIN, D.M. et al. Variation in Pregnancy Outcomes Following Statewide Implementation of a Prenatal Home Visitation Program . **Arch Pediatr Adolesc Med**, v. 165, n. 3. 2011.

RUBENS, CE; SADOVSKY, Y; MUGLIA, L; GRAVETT, MG; LACKRITZ, E; GRAVETT C. Prevention of preterm birth: Harnessing science to address the global epidemic. *Science Translational Medicine*, 12 November 2014 Vol 6 Issue 262 262sr5.

SALIHUA, H.M. et al. Impact of prenatal alcohol consumption on placenta-associated syndromes. **Alcohol**, v. 45, n. 1. 2011.

SANTANA JS, AZEVEDO TL, REICHERT APS et al. Núcleo de apoio a saúde da família: atuação da equipe junto à estratégia saúde da família. *J. res.: fundam. care. online* 2015. abr./jun. 7(2):2362-2371. Disponível em: <http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/3790/pdf_1547> Acessado em 05 ago 2107.

SANTIAGO CMC; SOUSA CNS; NÓBREGA LLR; et al. Assistência ao pré-natal e as práticas desenvolvidas pela equipe de saúde: revisão integrativa. *Rev Fund Care Online*. 2017 jan/mar; 9(1):279-288. DOI: <http://dx.doi.org/10.9789/2175-5361.2017.v9i1.279-288>.

SAUREL-CUBIZOLLES, M.J.; PRUNET, C.; BLONDEL, B. Cannabis use during pregnancy in France in 2010. *BJOG*, v. 121, n. 8. 2014. Disponível em: <<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/1471-0528.12626/epdf>>. Acesso em: 05 mai. 2016.

SCHMALFUSS JM, PRATES LA, AZEVEDO M, SCHNEIDER V. Diabetes melito gestacional e as implicações para o cuidado de enfermagem no pré-natal. *Cogitare Enferm*. 2014 Out/Dez; 19(4):815-22.

SERAVALLI, L.; PATTERSON, F.; NELSON, D.B. Role of Perceived Stress in the Occurrence of Preterm Labor and Preterm Birth Among Urban Women. *J Midwifery Womens Health*, v. 59, n. 4. 2014. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4115024/>>. Acesso em: 05 mai. 2016.

SHAABAN, O.M. et al. Vaginal douching by women with vulvovaginitis and relation to reproductive health hazards. *BMC Women's Health*, 13:23. 2013. Disponível em: <<http://www.biomedcentral.com/1472-6874/13/23>>. Acesso em: 05 mai. 2016.

SHAHIR, A.K. et al. An observational outcomes study from 1966–2008, examining pregnancy and neonatal outcomes from dialysed women using data from the ANZDATA Registry. *Nephrology*, v. 18, n. 4.2013.

SILVA, M.J.P.M.A. et al. Perinatal morbidity and mortality associated with chlamydial infection: a meta-analysis study. *Braz J Infect Dis*, v. 15, n. 6. 2011.

SIT, D. et al. Mother-Infant Antidepressant Levels, Maternal Depression and Perinatal Events. *J Clin Psychiatry*, v. 72, n. 7, jul. 2011.

SILVA, O.; TAVARES, L.H.L.; PAZ, L.C. As atuações do enfermeiro relacionadas ao teste rápido anti-HIV diagnóstico: uma reflexão de interesse da enfermagem e da saúde pública. *Enfermagem em Foco*, v. 2, supl. 2011. Disponível em: <<http://revista.portalcofen.gov.br/index.php/enfermagem/article/view/83/69>>. Acesso em: 05 mai. 2016.

SILVEIRA, M.F. et al. Prevalência de nascimentos pré-termo por peso ao nascer: revisão sistemática. *Rev Saúde Pública*, v. 47, n. 5. 2013.

SPINDOLA, T.; PROGIANTI, J.M.; PENNA, L.H.G. Opinião das gestantes sobre acompanhamento da enfermeira obstetra no pré-natal de um hospital universitário. *Ciencia y Enfermeria*, v. 18, n. 2, ago. 2012. Disponível em:

<http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-95532012000200007>.
Acesso em: 05 mai. 2016.

STUMM, K.E.; SANTOS, C.C.; RESSEL, L.B. Tendência de estudos acerca do cuidado pré-natal na enfermagem no Brasil. **Rev Enferm UFSM**, v. 2, n. 1, jan/abr. 2012.

TABILE PM et al. Characteristics of pre-term births in a school hospital in the interior of South Brazil: analysis of 6 year. *Revista da AMRIGS*, Porto Alegre, 60 (3): 168-172, jul.-set. 2016. Disponível em: http://www.amrigs.org.br/revista/60-03/02_1523_Revista%20AMRIGS.PDF Acessado em 15 de setembro de 2017.

TRILLA, C.C. et al. Maternal risk factors and obstetric complications in late preterm prematurity. **Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol**, v. 179, ago. 2014.

TURKER, G. et al. The effect of IVF pregnancies on mortality and morbidity in tertiary unit. **Ital J Pediatr**, v. 39. 2013. Disponível em:
<<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3626728/>>. Acesso em: 05 mai. 2016.

TUON R.A. et al. Telephone monitoring service for pregnant women and impact on prevalence of prematurity and associated risk factors in Piracicaba, São Paulo State, Brazil. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 32(7):e00107014, jul, 2016.
<http://dx.doi.org/10.1590/0102-311X00107014>

UN Inter-agency Group for Child Mortality Estimation. **Levels and trends in child mortality: Report 2015**. New York: UNICEF, 2015.

VADILLO-ORTEGA, F. et al. Air pollution, inflammation and preterm birth: A potential mechanistic link. **Medical Hypotheses**, v. 82, n. 2. 2014. Disponível em:
<<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3928635/>>. Acesso em: 05 mai. 2016.

VAN DEN BROEK, N.R.; JEAN-BAPTISTE, R.; NEILSON, J.P. Factors Associated with Preterm, Early Preterm and Late Preterm Birth in Malawi. **PLoS ONE**, v. 9, n. 3. 2014.
Disponível em:
<<http://journals.plos.org/plosone/article/asset?id=10.1371%2Fjournal.pone.0090128.PDF>>.
Acesso em: 05 mai. 2016.

VENANCIO, E.Q. et al. A percepção do enfermeiro da saúde da família sobre saúde bucal na gestação. **Cienc Cuid Saude**, v. 10, n. 4. 2011.

VETTORE MV; DIAS M; VETTORE MV; LEAL MC. Avaliação da qualidade da atenção pré-natal dentre gestantes com e sem história de prematuridade no Sistema Único de Saúde no Rio de Janeiro, Brasil. *Rev. Bras. Saúde Matern. Infant.*, Recife, 13 (2): 89-100 abr. / jun., 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbsmi/v13n2/a02v13n2.pdf> Acesso em 17 jul 2017.

VICTORA C. Membros do grupo de trabalho: Fernando Barros, Alicia Matijasevich, Mariângela Silveira Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia, Universidade Federal de Pelotas, Pelotas, RS Julho de 2013. PESQUISA PARA ESTIMAR A PREVALÊNCIA DE NASCIMENTOS PRÉ-TERMO NO BRASIL E EXPLORAR POSSÍVEIS CAUSAS. UNICEF BRASIL. Disponível em:

http://www.unicef.org/brazil/pt/br_prematuridade_possiveis_causas.pdf. Acessado em 10/11/2015

VIEIRA, S.M. et al. Percepção das puérperas sobre a assistência prestada pela equipe de saúde no pré-natal. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, v. 20, esp. 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/tce/v20nspe/v20nspea32.pdf>>. Acesso em: 05 mai. 2016.

VIELLAS, E.F. et al. Assistência pré-natal no Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 30, supl. 1. 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2014001300016>. Acesso em: 05 mai. 2016.

VINDIGNI, S.M. et al. Kenya's emergency-hire nursing programme: a pilot evaluation of health service delivery in two districts. **Human Resources for Health**, v. 12, n. 1. 2014. Disponível em: <http://download.springer.com/static/pdf/533/art%253A10.1186%252F1478-4491-12-16.pdf?originUrl=http%3A%2F%2Fhuman-resources-health.biomedcentral.com%2Farticle%2F10.1186%2F1478-4491-12-16&token2=exp=1462534026~acl=%2Fstatic%2Fpdf%2F533%2Fart%25253A10.1186%252F1478-4491-12-16.pdf*~hmac=62219ec144945fb82b8dc429093b0843dea37e3fe6753d88fbc90f854848ac02>. Acesso em: 06 mai. 2016.

VOS, A.A. et al. Deprived neighborhoods and adverse perinatal outcome: a systematic review and meta-analysis. **Acta Obstet Gynecol Scand** v. 93, n. 8. 2014. Disponível em: <<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/aogs.12430/pdf>>. Acesso em: 06 mai. 2016.

XAVIER, Rozânia Bicego et al. Riscos reprodutivos e cuidados integrais de gestantes com síndromes hipertensivas: estudo transversal. **Online Brazilian Journal of Nursing**, [S.l.], v. 12, n. 4, p. 823-33, dec. 2013. ISSN 1676-4285. Disponível em: <<http://www.objnursing.uff.br/index.php/nursing/article/view/4249>>. Acesso em: 20 june 2017. doi:<http://dx.doi.org/10.5935/1676-4285.20134249>.

ZHANG, X.; KRAMER, M.S. The rise in singleton preterm births in the USA: the impact of labour induction. **BJOG**, v. 119, n. 11. 2012. Disponível em: <<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1471-0528.2012.03453.x/abstract>>. Acesso em: 06 mai. 2016.

WHO Library Cataloguing-in-Publication. Born too soon: the global action report on preterm birth. 2012

WIKSTROM SHEMER, 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. 2013. Disponível em: <<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/1471-0528.12174/abstract>>. Acesso em: 06 mai. 2016.

WISNIEWSKI, D.; GRÓSS, G.; BITTENCOURT, R. A influência da sobrecarga de trabalho do enfermeiro na qualidade da assistência pré-natal. **Rev Bras Promoç Saúde**, Fortaleza, v. 27, n. 2, abr./jun. 2014.

ANEXO A

ENTREVISTA

Questionário n°: _____

quest _____

Projeto de pesquisa:
**PARTO PREMATURO: ESTUDO DOS FATORES ASSOCIADOS PARA
 CONSTRUÇÃO DE ESTRATÉGIAS DE PREVENÇÃO**

NOME DO
 ENTREVISTADOR: _____ Município: _____

Hospital: _____

Data ____/____/201__

NOME DA MÃE: _____

NOME DO PAI: _____

Qual seu endereço?
 Rua: _____ Nº: _____ / Comp.: _____

Bairro: _____ CEP: _____

A senhora tem telefone? (0) não (1) sim

Qual o número? (1) fixo _____ (2) celular _____

(3) do trabalho _____ (4) outro _____ De quem é? _____

A senhora vai para esse endereço quando tiver alta do hospital? (0) não (1) sim

Qual o outro endereço? _____

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?	escolma__

_____ série do _____ grau (20) superior completo (30) superior incompleto	
10. . OBSERVAR COR DA PELE: (1) branca (2) parda/mulata (3) negra (4) outra	cormae_

SOBRE O PAI DA CRIANÇA

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

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 (se não passe para 33)	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 (8) NSA	ondprenat_
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?	pesmae_ tamae_ altutmae_ edmae_ tqmae_

<p>(0) não (1) sim (9) IGN (8) NSA</p> <p>Examinou os seios</p> <p>(0) não (1) sim (9) IGN (8) NSA</p> <p>Falou sobre amamentação?</p> <p>(0) não (1) sim (9) IGN (8) NSA</p> <p>Explicou sobre os tipos de parto?</p> <p>(0) não (1) sim (9) IGN (8) NSA</p> <p>Escutou o coração do bebê?</p> <p>(0) não (1) sim (9) IGN (8) NSA</p>	<p>mamae _</p> <p>falomama</p> <p>_tippart _</p> <p>bcf_</p>
<p>28. Fez exames de sangue:</p> <p>HIV: (0) não (1) sim (8) NSA (9) IGN</p> <p>Quantos? _ _</p> <p>Se positivo, tratou?</p> <p>(0) não (1) sim (8) NSA (9) IGN</p> <p>VDRL (0) não (1) sim, (9)IGN (8) NSA</p> <p>Quantos? _ _</p> <p>Se positivo, tratou?</p> <p>(0) não (1) sim (8) NSA (9) IGN</p> <p>HbsAg (0) não (1) sim (9) IGN (8) NSA</p> <p>Se positivo, tratou?</p> <p>(0) não (1) sim (8) NSA (9) IGN</p> <p>HCV (0) não (1) sim (9) IGN (8) NSA</p> <p>Se positivo, tratou?</p> <p>(0) não (1) sim (8) NSA (9) IGN</p> <p>Toxoplasmose (0) não (1) sim (9) IGN (8) NSA</p> <p>Se positivo, tratou?</p> <p>(0) não (1) sim (8) NSA (9) IGN</p> <p>Rubéola (0) não (1) sim (9) IGN (8) NSA</p> <p>Se positivo, tratou?</p> <p>(0) não (2) sim (8) NSA (9) IGN</p> <p>Glicose (0) não (1) sim (9) IGN (8) NSA</p> <p>Se alterado, tratou?</p> <p>(0) não (1) sim (8) NSA (9) IGN</p> <p>Hemograma (0) não (1) sim (9) IGN (8) NSA</p> <p>Se com anemia, tratou?</p> <p>(0) não (1) sim (8) NSA (9) IGN</p> <p>Tipagem sanguínea</p> <p>(1)A+ (2)A- (3)B+ (4)B- (5)AB+ (6)AB- (7)O+ (10))- (8)NSA (9)IGN</p> <p>Qualquer exame alterado: _____ (8) NSA</p>	<p>HIV _ _ _</p> <p>qt HIV _</p> <p>tratHIV _</p> <p>VDRL _ _</p> <p>qtVDRL _</p> <p>tratVDRLI</p> <p>_</p> <p>hbsag_</p> <p>trathbsag_</p> <p>hcv_</p> <p>trathcv_</p> <p>toxos_</p> <p>trattoxo_</p> <p>rub_</p> <p>tratrub _</p> <p>glic_</p> <p>tratglic _</p> <p>hmg_</p> <p>trathmg _</p> <p>ts _ _</p> <p>qqexam _</p>
<p>29. Exame de urina ? Com urocultura?</p> <p>(0) não (1) sim (9) IGN (8) NSA (se não passe para 30)</p>	<p>eqqexam _</p>

30. Quantas vezes fez exame de urina? _____ vezes (8) NSA	equqt _ _
31. Fez ecografia obstétrica? (0) não (1) sim (se não passe para 33)	ecoobs _
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 (se não passe para 38)	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 (se não passe para 42)	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 (se não passe para 46)	ITU _
44. Teve de tratar? (0) não (8) NSA (9) IGN (1) sim, em casa (2) sim, teve de baixar/internar	tratitu _
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 (se não passe para 48)	abort _
48. Teve de tratar (0) não (8) NSA (9) IGN (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	tratabort _

49. A senhora teve ameaça de parto prematuro, excluindo essa internação? (0) não (1) sim (8) NSA (9) IGN (se não passe para 50)	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 (se não passe para 52)	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 (se não passe para 54)	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? _____	ppint_

SAÚDE ORAL

61. Quando a senhora foi ao dentista a última vez? _____ meses (0) nunca foi (se nunca foi passe para 63)	ultdent_
62. Foi ao dentista durante esta gravidez? (0) não (1) sim (9) IGN (se não passe para 64)	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	ante_
--	-------

66. Tomou vacina da hepatite B? (0) não (1) sim, ___ doses (9) IGN	antihb_
HISTÓRIA REPRODUTIVA	
67. Quantas vezes a senhora engravidou? _____ (se é a primeira gesta passe para 73)	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 (6) placenta prévia (7) descolamento de placenta (8) outro: _____	gravantes_

VAMOS FALAR SOBRE ALGUNS HÁBITOS DURANTE A GRAVIDEZ

CIGARRO

73. A senhora fumou antes da gravidez? (0) não (1) sim (9) IGN	Fumante _
74. A senhora fumou na gravidez? (0) não (1) sim (9) IGN (se não passe para 76)	fumagrav_
75. Quantos cigarros por dia? _____ (passe para 78)	Qtfuma_
76. Alguém em sua casa fuma? (0) não (1) sim	casafum_
77. Alguém em seu trabalho fuma? (0) não (1) sim	trabfum_

ÁLCOOL

78. A senhora costumava beber alguma bebida alcoólica durante a gravidez? (0) não (1) sim (se não passe para 82)	alcgrav_
79. Quantas vezes por semana? (1) raramente (2) 1 vez (3) 2 vezes (4) 3 ou mais vezes	qtalc_

80. O que costumava beber? (1) cerveja (2) vinho (3) destilados (cachaça, vodca, tequila) (4) outros, qual? _____	qealc_
--	--------

OUTRAS DROGAS

Usou:	
81. Crack (0) não (1) sim (9) IGN	crac_
82. Maconha (0) não (1) sim (9) IGN	mac_
83. Cocaína (0) não (1) sim (9) IGN	coc_
84. Outro: _____	out_

CARACTERÍSTICAS DO TRABALHO

85. A senhora trabalhou para ganhar dinheiro durante a gravidez? (0) não (1) sim (se não passe para 94)	trabgrav_
86. O que a senhora fazia? _____	qtrab_
87. Trabalhou durante (1)1º trimestre (2) 2º trimestre (3) 3º trimestre (4) toda gravidez	qdtrab_
88. Quantos dias por semana? (1) 1 x semana (2) 2 x semana (3) 3 ou + x semana	qttrab_
89. Ficava muito tempo em pé? (0) não (1) sim, às vezes (2) sim, quase sempre (3) sim, sempre	trabpe_
90. Carregava peso? (0) não (1) sim, às vezes (2) sim, quase sempre (3) sim, sempre	trabpeso_
91. Trabalhava a noite ou madrugada? (0) não (1) sim, às vezes (2) sim, quase sempre	trabmad_
92. Há quantas semanas a senhora parou de trabalhar? _____ semanas	atetrab_
93. E o trabalho de casa, para sua família, quem fazia? (1) a senhora (2) a senhora fez parte (3) empregada (4) outra pessoa	trabcasa_

SOBRE O PARTO E O BEBÊ.

94. O que a senhora sentiu para vir ao hospital: (1) sangramento (2) perdeu água/líquido (3) contração/ dor do parto (4) agendamento (5) médico encaminhou (6) outro motivo: _____	senthosp_
95. Quanto tempo antes do parto quebrou água/rompeu a bolsa? ____ horas ____ dias (0) não (8) NSA (9) IGN	rupreme_
96. O bebê apresentou ou está apresentando algum problema? (0) não (1) sim (9) IGN (se não passe para 104)	Probrn
97. Sabe se ele (a) vai para casa com a senhora ou vai ficar internado? (0) não sei (1) sim, vai pra casa (3) sim, ficará internado	mcasa_

(9) IGN	
---------	--

SOBRE A REDE DE ATENÇÃO

98. Quando o profissional que lhe atendeu no pré-natal solicitou exames de laboratório e ultrassom, lhe explicou como deveria proceder para fazê-los? (1) sim (2) não	expex__
99. A senhora teve dificuldade para marcar e realizar esses exames? (1) sim (2) não Explique:	difex__
100. O profissional com quem a senhora fez pré-natal lhe encaminhou para algum outro serviço? Se a resposta for negativa , passe para a questão 106. (1) sim (2) não Qual? _____	enc__
101. O profissional lhe forneceu algum formulário, documento para apresentar no serviço? (1) sim (2) não	forenc__
102. O profissional lhe explicou como e para onde deveria se encaminhar? (1) sim (2) não	expenc__
103. A senhora teve dificuldade para ter acesso a esse serviço? (1) sim (2) não Explique:	difser__
104. A senhora precisou buscar outro serviço de saúde por sua necessidade? Se a resposta for negativa , passe para a questão 108. (1) sim (2) não Quais? _____	outserv__
105. O acesso ao outro serviço foi imediato? (1) sim (2) não Explique: _____	aceserv__
106. A senhora precisou procurar os serviços de emergência, em algum momento, durante a gravidez? Se não precisou , passe para a pergunta aberta. (1) sim Porquê? _____ (2) não	emerg__
107. Como foi o acesso ao serviço de emergência? (1) imediatamente atendida (2) teve que aguardar, mas foi atendida; (3) teve que aguardar e não foi atendida;	masa__
108. A senhora teve alguma dificuldade para obter esse atendimento? (1) sim (2) não Qual? _____	difat__

ANEXO B



CEPAS / FURG
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA NA ÁREA DA SAÚDE
Universidade Federal do Rio Grande - FURG
www.cepas.furg.br

PARECER N° 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.

Prof^ª. Eli Sinnott Silva

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE - FURG
Eli Sinnott Silva
Prof^ª. MSc. Eli Sinnott Silva
Coordenadora
Comitê de Ética em Pesquisa na Área de Saúde CEPAS

ANEXO C



SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL
MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE
ESCOLA DE ENFERMAGEM

Rua General Osório s/nº – Campus da Saúde – Rio Grande-RS – CEP 96201-900
Fone: (53) 3233.0315/3233.8855 Fax: (53) 3233.8843 E-Mail: eenf@furg.br



Escola de
Enfermagem

Rio Grande, 16 de outubro de 2017.

AUTORIZAÇÃO

Autorizo Vanessa Franco de Carvalho a utilizar o banco de dados do projeto **“Parto prematuro: estudo dos fatores associados para a construção de estratégias de prevenção”**, desenvolvido pelo Grupo de Pesquisa Viver Mulher, da Escola de Enfermagem, da Universidade Federal do Rio Grande, para construção de sua tese de doutoramento.

PROFA. DRA. NALÚ PEREIRA DA COSTA KERBER
Escola de Enfermagem – FURG
Líder do Grupo de Pesquisa Viver Mulher

ANEXO D

	UNIVERSIDADE FERAL DO RIO GRANDE – FURG CURSO DE ENFERMAGEM ESCOLA DE ENFERMAGEM GRUPO DE PESQUISA VIVER MULHER	
---	--	---

INSTRUMENTO DE PESQUISA

Dados de caracterização:

- 1- Iniciais: _____
- 2- Idade: _____
- 3- Ano de formação: _____
- 4- Formação pós-graduada: () sim () não Se sim, qual (is)?

- 5- Tempo de atuação na SMS: _____
- 6- Tempo de atuação em pré-natal: _____
- 7- Cursos de capacitação no período (discriminar as temáticas dos cursos que tiver): _____

Questões:

- 1- Quais os fatores você considera como de risco para o parto prematuro? (não oferecer as possibilidades de resposta)

- | | | |
|-----------------------------------|------------------------|---|
| () parto prematuro anterior | () idade | () infecção urinária |
| () vulvovaginites | () fumo | () infecções em geral |
| () baixo nível socioeconômico | () infecção amniótica | () incompetência cervical |
| () rotura prematura de membranas | () álcool | () sangramentos vaginais |
| () hereditariedade | () drogas | () curto intervalo entre partos |
| () estresse psicossocial | () DHEG | () polidrâmnio |
| () alterações hormonais | () obesidade | () malformações uterinas |
| () gemelaridade | () diabetes | () malformações fetais e placentárias |
| () asma | () anemia | () desnutrição ou dieta desequilibrada |

- 2- Quais os cuidados/encaminhamentos que devem ser feitos a cada um desses fatores que você identificou:



UNIVERSIDADE FERAL DO RIO GRANDE – FURG
CURSO DE ENFERMAGEM
ESCOLA DE ENFERMAGEM
GRUPO DE PESQUISA VIVER MULHER



3- Que exames devem ser solicitados no pré-natal?

4- Como você organiza o seu trabalho para prevenir os fatores de risco para o parto prematuro na comunidade? Que atividades a unidade desenvolve para prevenir casos de parto prematuro?

5- Como você organiza o seu trabalho para minimizar os riscos de parto prematuro às gestantes? Que atividades são realizadas na Unidade para as gestantes? Existem atividades específicas para as gestantes?

6- Quais as facilidades e dificuldades que você enfrenta no atendimento de gestantes que podem influenciar no parto prematuro?

7- Em uma estratégia educativa para enfermeiros, referente ao parto prematuro, o que você considera essencial para ser abordado?



ANEXO E
CEPAS/FURG
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA NA ÁREA DA SAÚDE
Universidade Federal do Rio Grande - FURG
www.cepas.furg.br

PARECER Nº 143/2015

CEPAS 47/2015

Não possui número de processo

Título da Pesquisa: ESTRATÉGIAS DE PREVENÇÃO DO PARTO PREMATURO NA REDE DE SERVIÇOS DE SAÚDE QUE PRESTAM ATENDIMENTO PRÉ-NATAL NO SUS: CONHECIMENTO DOS ENFERMEIROS

Pesquisador: 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 à pendência informada no parecer 89/2015, emitiu o parecer de **APROVADO** para o projeto “**ESTRATÉGIAS DE PREVENÇÃO DO PARTO PREMATURO NA REDE DE SERVIÇOS DE SAÚDE QUE PRESTAM ATENDIMENTO PRÉ-NATAL NO SUS: CONHECIMENTO DOS ENFERMEIROS**”.

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 coparticipante e anexá-la ao protocolo do projeto no CEPAS. Pelo exposto, o pesquisador responsável deverá verificar se seu projeto está 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

Data de envio do **relatório final**: 31/12/2016.

Rio Grande, RS, 24 de setembro de 2015.

Eli Sinnott Silva
Profª. Eli Sinnott Silva

Coordenadora do CEPAS/FURG

ANEXO F

	SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE ESCOLA DE ENFERMAGEM	
FURG	Rua General Osório/nº - Campus da Saúde - Rio Grande-RS - CEP 96201-900 Fone: (53) 3233.0315/3233.8855 Fax: (53) 3233.8843 E-Mail: eenf@furg.br	<i>Escola de Enfermagem</i>

Rio Grande, 20 de maio de 2016.

AUTORIZAÇÃO

Autorizo Vanessa Franco de Carvalho a usar o banco de dados relativo à pesquisa "ESTRATÉGIAS DE PREVENÇÃO DO PARTO PREMATURO NA REDE DE SERVIÇOS DE SAÚDE QUE PRESTAM ATENDIMENTO PRÉ-NATAL NO SUS: CONHECIMENTO DOS ENFERMEIROS".



PROFA. DRA. NALÚ PEREIRA DA COSTA KERBER
Escola de Enfermagem - FURG
Coordenadora da pesquisa