



UNILASALLE
CENTRO UNIVERSITÁRIO LA SALLE



SOLANGE REFATTI ALVES

**FATORES ASSOCIADOS À PREMATURIDADE EM UM CONTEXTO DE
ATENÇÃO À SAÚDE DO SETOR PRIVADO**

CANOAS, 2016

SOLANGE REFATTI ALVES

**FATORES ASSOCIADOS À PREMATURIDADE EM UM CONTEXTO DE
ATENÇÃO À SAÚDE DO SETOR PRIVADO**

Dissertação apresentada à Banca Examinadora do Mestrado de Saúde e Desenvolvimento Humano do Centro Universitário Unilasalle como exigência parcial para a obtenção do grau de Mestre em Saúde e Desenvolvimento Humano.

Orientadora: Dr^a. Michelli Silva Cristina de Assis

CANOAS, 2016

Dedico este trabalho ao meu filho, Gabriel, prematuro de 31 semanas, exemplo de força, amor, carinho e fonte de inspiração para este estudo. Quando você nasceu meu amor, nós renascemos.

AGRADECIMENTOS

A Deus, por me oportunizar o término deste estudo, agradeço pelo amparo e apoio nos momentos difíceis da minha trajetória.

Aos meus pais Airto e Alda, exemplos de amor, respeito e simplicidade, agradeço pelos incansáveis ensinamentos que levarei por toda minha vida.

Ao meu Marido, Alexandre, exemplo de presença, carinho e compreensão, agradeço por dividir comigo a jornada da vida.

À minha Orientadora, Prof. Dra. Michelli Cristina Silva de Assis, exemplo de sabedoria, organização e comprometimento, agradeço pela disponibilidade, confiança e incentivo.

Ao Prof. Dr. Alexandre Ramos Lazzarotto, exemplo de acolhimento, confiança, apoio e empatia, agradeço pela enorme capacidade de ajudar.

Ao Hospital Moinhos de Vento e seus gestores, exemplos de atenção e excelência, agradeço pela oportunidade de realização deste estudo.

Aos pais e crianças da UTIN/Maternidade, agradeço pela acolhida, compreensão, carinho e colaboração com este estudo.

“Um dia quando olhares para trás, verás que os dias mais belos foram aqueles em que mais lutastes”.

(Sigmund Freud)

RESUMO

A prematuridade, apesar dos avanços tecnológicos, se destaca como um dos grandes problemas de saúde pública devido às altas taxas de morbi-mortalidade. O objetivo deste estudo foi analisar os fatores associados à prematuridade em um sistema de atenção à saúde privado. Trata-se de um estudo transversal realizado no período de outubro de 2015 a janeiro de 2016. A coleta de dados foi obtida pelo pesquisador do estudo que entrevistou puérperas com recém-nascidos (RN) a termo e pré-termo de um hospital privado da grande porte em Porto Alegre/RS. Foram excluídas aquelas puérperas com complicações no pós-parto. O questionário estruturado foi composto de variáveis neonatais, maternas e sociodemográficas. Para comparação entre as variáveis e verificação de associações com prematuridade foi realizado o teste Qui-quadrado de Pearson ou teste exato de Fisher para variáveis categóricas teste t de Student ou Mann-Whitney para variáveis contínuas por meio do programa SPSS versão 19.0. O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa da instituição participante. Foram incluídas 94 puérperas divididas em dois grupos: 1) RN a termo (n=44) e 2) RN pré-termo (n=50). A idade materna do grupo de RN pré-termo foi maior do que no grupo a termo ($33,98 \pm 3,8$ versus $31,79 \pm 5,3$; $p=0,23$), assim como maior número cesárea de urgência ($p<0,001$), fertilização assistida ($p<0,010$), gemelidades ($p<0,001$) e intercorrências na gestação ($p<0,001$). Os fatores associados à prematuridade estão relacionados, sobretudo, com intercorrências gestacionais, idade materna avançada e a prática da fertilização humana assistida.

Palavras-chaves: Fatores de risco; Trabalho de parto prematuro; Setor privado; Neonatologia; Enfermagem.

ABSTRACT

Prematurity, despite technological advances, stands out as one of the major public health problems due to high rates of morbidity and mortality. The aim of this study was to analyze factors associated with prematurity in a private health care system. It was a cross-sectional study conducted from October 2015 to January 2016 in a private hospital large in Porto Alegre/RS. Data collection was obtained by the principal investigator who interviewed mothers with newborns (NB) term or preterm NB. puéperas those with complications after birth were excluded. The structured questionnaire consists of neonatal, maternal and sociodemographic variables. To compare the variables and analyze the correlations with prematurity was conducted Chi-square test or Fisher's exact test for categorical variables and Student's t test or Wilcoxon test for continuous variables using SPSS version 19.0. The study was approved by the Research Ethics Committee of the participating institution. Was included 94 mothers divided into two groups: 1) term NB (n=44) and preterm NB (n = 50). The variables that had a statistically significant association with prematurity were: gestational age, birth weight, maternal age, mode of delivery, assisted fertilization, gemelidades and complications during pregnancy. The results show that the factors involved in preterm birth are related mainly with pregnancy complications, maternal age and the practice of assisted human fertilization.

Keywords: Risk factors; Obstetric Labor; premature; Private Sector; Neonatology; Nursing.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1: Comparação entre as características neonatais e maternas do grupo de recém-nascido a termo e pré-termo.	28
Tabela 2: Comparação entre as características sociodemográficas maternas do grupo de recém-nascido a termo e pré-termo.	29
Tabela 3: Comparação entre o histórico materno do grupo de recém-nascido a termo e pré-termo.....	31

LISTA DE SIGLAS

ABEP - Associação Brasileira de Empresas e Pesquisas

CPAP - Pressão Positiva Contínua nas Vias Aéreas

DNV - Declaração Nascidos Vivos

HAS - Hipertensão Arterial Sistêmica

ITU - Infecção no Trato Urinário

Kg - Quilograma

MS - Ministério da Saúde

OMS - Organização Mundial da Saúde

RHA - Reprodução Humana Assistida

RNPT - Recém-Nascido Prematuro

SINASC - Sistema de Informação Sobre Nascidos Vivos

SUS - Sistema Único de Saúde

UF - Unidade de Federação

UTIN - Unidade de Tratamento Intensivo Neonatal

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	11
2 JUSTIFICATIVA	16
3 OBJETIVOS	17
3.1 Objetivo geral	17
3.2 Objetivos específicos	17
4 REVISÃO DA LITERATURA	18
5 METODOLOGIA	25
5.1 Delineamento	25
5.2 Participantes do estudo	25
5.3 Critérios de inclusão e exclusão	25
5.4 Coleta dos dados	25
5.5 Cálculo de tamanho amostral	26
5.6 Análise dos dados	26
5.7 Aspéctos éticos	27
5.7 Produto social	27
6 RESULTADOS	28
7 DISCUSSÃO	32
7.1 Possíveis limitações do estudo	35
8 CONCLUSÃO	36
9 REFERÊNCIAS	37
APÊNDICE A - Questionário	43
APÊNDICE B - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	46
APÊNDICE C - Produto Social	47

1 INTRODUÇÃO

O relatório da Organização Mundial da Saúde (OMS), em 2012, define como prematuro um recém-nascido (RN) com 37 semanas ou menos de gestação. Existem três categorias para a classificação de prematuridade que estão abaixo descritas:

- a) moderada: os nascidos entre 32 e 37 semanas, são responsáveis por 84% dos nascimentos pré-termo no total, ou 12,5 milhões; a maioria sobrevive com cuidados de suporte;
- b) acentuada: os nascidos entre 28 e 32 semanas. Esses bebês necessitam de cuidados de suporte extra; a maioria vai sobreviver;
- c) extrema: aqueles que nasceram antes de 28 semanas. Esses bebês exigem cuidados intensos para sobreviver. Nos países desenvolvidos, eles têm uma chance de 90% de sobrevivência, embora possam apresentar ao longo da vida sequelas física, neurológica, e dificuldades de aprendizagem. Em países de baixa renda, apenas 10% sobrevivem (WHO, 2012).

A despeito dessa divisão, há um período inevitável de internação hospitalar que pode caracterizar uma estadia breve ou no caso da prematuridade extrema longos períodos de hospitalização em Unidade de Tratamento Intensivo Neonatal (UTIN). Essa internação é representada inicialmente pela quebra do simbolismo tradicional do nascimento, seguida de situações difíceis e conflitantes, entrelaçadas ao desafio de adequação à rotina estressante da UTIN, misturando-se sentimentos de culpa, choque, insegurança, medo, tristeza, alegria e esperança (SOUZA et al., 2009).

A propósito, estudos que analisaram aspectos emocionais de mães e pais de prematuros revelam a prematuridade de um filho, permeada por sentimentos de ansiedade e sensibilidade excessiva atribuídos as condições iniciais de fragilidade do RN (CUNHA et al., 2011), além de experimentar uma situação de crise que consiste em culpa, fracasso pela incapacidade de manter a gestação e tristeza pelo sonho perdido do filho idealizado (FLECK, 2011; SCHMIDT et al., 2012; LUISADA e FIAMENGHI-JÚNIOR, 2012).

Nessa vivência, é comum após longas internações que os pais não mais anseiam pelos filhos em casa, temendo não serem capazes de cuidar de um ser tão pequeno, e acreditam que o saber científico sobre o corpo prematuro possa ser

capaz de suplantar o afeto parental. A compreensão profunda desse sentimento de insegurança e seus efeitos devem estar pautada em profissionais qualificados e preparados para manejar a situação, pois diante da prematuridade o saber científico é de suma importância, mas ainda não é exclusivo na escala de importância vital. O ser humano continua precisando de contato, de toque, de vínculo afetivo para se desenvolver física e psiquicamente (BRUN, 1996).

O acompanhamento estatístico dos nascimentos foi um avanço significativo na área da epidemiologia: possibilitou conhecer e saber quem nasce, como nasce, onde nasce e em que condições nasce. Isso foi possível a partir de 1990, quando o Sistema de Informações de Vivos (SINASC) foi implantado pelo Ministério da Saúde, por meio da Declaração de Nascidos Vivos (DN), padronizada nacionalmente e preenchida nos hospitais e em outras instituições de saúde nos quais ocorrem partos, e nos cartórios de Registro Civil para partos domiciliares (RAMOS e CUMAN, 2009).

A incidência de nascimentos prematuros é variável nos diferentes continentes e parece sofrer influências de diferentes fatores. Segundo o Relatório de ação global sobre o nascimento prematuro elaborado pela OMS, a cada ano que passa aumenta as taxas de natalidade prematura em quase todos os países do continente e são contabilizados 15 milhões de recém-nascidos pré-termos no mundo a cada ano, dos quais 1 milhão morre. O problema é mais grave em países pobres, especialmente da África, ao sul do Saara, e da Ásia. Nessas regiões, a taxa de prematuros é de 12 a cada 100 nascidos vivos (WHO, 2012).

No entanto, o nascimento prematuro também afeta os países ricos como, por exemplo, Canadá e Estados Unidos que apresentaram um aumento gradual de prematuridade nos últimos anos obrigando médicos, pesquisadores e formuladores de políticas públicas a trabalharem em conjunto a fim de estabelecer prioridades de ações nessa área (TESSIER e NADEAU, 2012).

Assim, na realidade economicamente desenvolvida como Estados Unidos também taxas elevadas dessa temática e está entre os dez países com maior número de nascimentos prematuros (BLENCOWE et al., 2012). Quanto ao Brasil, está no mesmo patamar de países de baixa renda, a prevalência é de 11,8%, e ocupa a décima posição entre os que mais nascem prematuros (WHO, 2012). Nesse cenário uma revisão de estudos de base populacional, publicado em 2008, confirma essa posição ao concluir que houve um aumento da taxas de prematuridade no

Brasil (SILVEIRA, 2008).

Quanto às causas que frequentemente resultam em um parto prematuro estão relacionadas a uma lista de fatores que compreendem entre outros, a idade, cor da pele, renda, escolaridade, paridade, reprodução assistida, intercorrências gestacionais como, por exemplo, hipertensão, diabetes e ruptura prematura da membrana, saúde e hábitos maternos (WHO, 2012), além de dados consistentes que confirmam os parâmetros neuroendócrinos, maternos, placentários, fetais que estão significativamente associados, tanto em magnitude quanto em especificidade com as características do ambiente psicossocial da mãe na gravidez independentemente das alterações endócrinas próprias da gestação como, por exemplo, estresse, ansiedade e depressão (CONDE e FIGUEIREDO, 2005).

Além disso, estudos comprovam que o perfil de mães de prematuros e a caracterização de nascidos vivos são influenciados pelas condições sociais, econômicas e sanitárias da localidade em questão onde ocorrem a gestação e o nascimento, que essas mesmas condições certamente influenciaram na qualidade de vida futura, sendo um fator contribuinte para os altos índices de mortalidade infantil (RAMOS e CUMAN, 2009).

A partir dessas constatações, autores percebem a prematuridade como um problema de saúde pública complexo devido à inter-relação existente entre os diversos fatores de riscos desencadeantes desse evento. Assim, principalmente em partos prematuros espontâneos, não se pode trabalhar com a hipótese de que apenas um fator foi o responsável pelo nascimento prematuro, mas sim considerá-lo um evento com múltiplas causas que podem ser independentes ou interdependentes (RAMOS e CUMAN, 2009; GUIMARÃES e MELO, 2011; DELNORD, BÉATRICE, JENNIFER, 2016).

Ainda, considerando a etiologia multifatorial, podemos ressaltar também estudos nacionais elaborados pelo Ministério da Saúde que apontam este aumento relacionado às taxas crescentes de cesarianas programadas com interrupção indevida da gravidez sem justificativa médica, tendo como consequência a prematuridade iatrogênica e o aumento do risco de morte infantil e perinatal, mesmo entre os prematuros tardios com peso adequado ao nascer (WHO, 2012). Apesar dessa constatação, registrou-se no Brasil um aumento de cesarianas agendadas eletivamente em todo o país, de 38,3% em 2000 para 54,0% em 2011 (BARROS, 2013). O Brasil é o país que apresenta as mais altas taxas de cesarianas no mundo,

sua frequência aumentou de 37,8% de todos os partos em 2000, para 52,3% em 2010, quando que a Organização Mundial da Saúde recomenda que a taxa de cesariana não ultrapasse os 15% (WHO, 2012).

De acordo com os últimos dados de 150 países, atualmente 18,6% de todos os nascimentos ocorrem por cesarianas sendo que as regiões da região América Latina e Caribe têm as mais altas taxas de cesárea (40,5%), seguida pela América do Norte (32,3%), Oceania (31,1%), Europa (25%), Ásia (19,2%) e África (7,3%). Com base nos dados de 121 países, a análise de tendência mostrou que entre 1990 e 2014, a taxa de cesarianas aumentou 12,4% (de 6,7% para 19,1%) (BEATRÁN et al., 2016).

Alguns autores ainda tendem a priorizar a variável idade que, isoladamente, é vista como responsável por problemas maternos e fetais (GOMES et al., 2008).

Um estudo de análise da prevalência do parto prematuro ajustado pela idade materna revelou que mães com idade superior a 35 anos apresentam maior risco de prematuridade (CRUZ et al., 2014). Além disso, na maioria das vezes o desejo da mulher de ter filhos após os 35 anos de idade implica na necessidade de ajuda através da reprodução assistida. Nesse contexto, estudo relata que a prematuridade e o baixo peso ao nascer estão associados a tratamentos de fertilidade e são em grande parte atribuíveis a gestações múltiplas (STANFORD, SIMONSEN, BAKSH, 2015).

Sabe-se há muito tempo que bebês prematuros correm maior risco de apresentar problemas de desenvolvimento, esses problemas estão ligados ao fato de funções biológicas como as ligadas ao sistema nervoso central e ao sistema respiratório não terem atingido sua plena maturidade durante a gravidez. Questões ligadas ao neurodesenvolvimento, especialmente paralisia cerebral e retardo cognitivo, além de mal-formação congênita, deficiências auditivas e visuais, disfunção reativa das vias aéreas (asma), deficiência de crescimento e ainda distúrbios de comportamento. Crianças nascidas prematuras frequentemente apresentam uma falência importante do crescimento no período pós-natal precoce, seguida por recuperação após estabilização clínica (DEMARTINI et al., 2011). Além disso, bebês muito prematuros são propensos a continuarem pequenos durante a maior parte da infância (McCORMICK, 2012). Todavia, ressalta-se que após o nascimento, a interação que envolve a maturidade biológica e o ambiente físico e social desempenha um papel decisivo em seu desenvolvimento (WHITFIELD, 2012).

Esse discurso verbaliza o importante benefício que os comportamentos parentais sensíveis e receptivos podem produzir nas crianças prematuras (KLEIN, GASPARDO, LINHARES, 2011).

Contudo, em contrapartida, podem ser também detectados nesse grupo de risco, sinais de resiliência às adversidades experimentadas precocemente na sua história de vida. Nesse sentido, deve-se ter cautela com relação à predição linear determinista entre a presença da extrema prematuridade ao nascer e o desempenho futuro da criança. Verificou-se a presença de resilientes, nos quais provavelmente processos mediadores e mecanismos de proteção advindos do contexto de suporte psicossocial presentes no ambiente familiar e educacional dessas crianças podem ter funcionado ativando recursos e o potencial da criança minimizando efeitos adversos, produzindo em última análise resultados satisfatórios de padrões adaptados de desenvolvimento, especialmente no que se refere a indicadores cognitivos (LINHARES et al., 2000). Além disso, a maioria dos trabalhos publicados recentemente associa a prematuridade a problemas de desenvolvimento no curto e longo prazo. No entanto, a própria diversidade desses problemas e sua inconsistência de um estudo para outro têm levado os pesquisadores a adotar uma abordagem cautelosa, evitando associações diretas entre a prematuridade e problemas específicos de desenvolvimento (TESSIER e NADEAU, 2012).

2 JUSTIFICATIVA

Apesar dos resultados de uma análise bibliométrica de teses e dissertações sobre prematuridade no banco de teses da Capes revelarem um aumento significativo da produção sobre a prematuridade no Brasil no período de 1987 a 2009 (PIZZANI et al., 2012), a não diminuição do número de partos pré-termo prende-se ao fato de as suas causas serem multifatoriais e alvo de constantes novos estudos (MOUTINHO, ALEXANDRA, 2013).

É de grande relevância para uma equipe de UTIN conhecer e refletir sobre os fatores associados à prematuridade, pois isso facilita a organização dos processos de trabalho centrados na humanização do cuidado. Essa relevância é ampliada aos pais e familiares de recém-nascidos prematuros cujo manejo adequado tem significativa contribuição em curto e longo prazo para o desenvolvimento dessas crianças.

Somando e considerando as taxas elevadas de prematuridade, o elevado índice de mortalidade nessa população surge a necessidade de estudos que abordem causas e associações em um contexto privado de atenção à saúde, esperando-se que fatores de vulnerabilidade social possam estar atenuados, justifica-se, portanto, a intenção do presente estudo.

3 OBJETIVOS

3.1 Objetivo geral

Analisar os fatores associados à prematuridade em um contexto de atenção à saúde privado.

3.2 Objetivos específicos

Verificar a associação dos seguintes itens:

- Prematuridade e método de reprodução assistida;
- Prematuridade e idade gestacional das mulheres;
- Prematuridade e etnia das mulheres;
- Prematuridade e intercorrências clínicas no período gestacional;

4 REVISÃO DA LITERATURA

A gestação é um fenômeno fisiológico e deve ser vista pelas gestantes e equipes de saúde como parte de uma experiência de vida saudável envolvendo mudanças dinâmicas do ponto de vista físico, social e emocional. Entretanto, trata-se de uma situação limítrofe que pode implicar riscos tanto para a mãe quanto para o feto e há um determinado número de gestantes que, por características particulares, apresentam maior probabilidade de evolução desfavorável, são as chamadas “gestantes de alto risco” (BRASIL, 2010).

Embora os esforços dos cientistas para criar um sistema de pontuação e tabelas para discriminar as gestantes de alto risco das de baixo risco não tenham gerado nenhuma classificação capaz de prever problemas de maneira acurada, existem fatores de risco conhecidos mais comuns na população em geral que devem ser identificados nas gestantes, pois podem alertar a equipe de saúde no sentido de uma vigilância maior com relação ao eventual surgimento de fator complicador (BRASIL, 2010). Um exemplo seria os fatores de risco que levam ao nascimento de uma criança prematura. Esse evento, multifatorial e sem etiologia definida resulta, muitas vezes, de fatores previsíveis e dentro da possibilidade de ação preventiva e amenizadora.

Em relação a esse nascimento precoce, inicialmente, o peso do recém-nascido era o que definia a prematuridade de uma criança, sendo considerados, nesse grupo, aquelas com 2500 gramas ou menos. Em torno dos anos 60, observou-se que recém-nascidos com essa classificação de peso poderiam ser frutos de três possibilidades: do nascimento prematuro em si, de problemas no crescimento intra-uterino (recém-nascido pequeno para idade gestacional) ou ainda, devido a problemas do crescimento associados ao nascimento prematuro (BERKOWITZ e PAPIERNIK, 1993). Sendo assim, atualmente a Organização Mundial de Saúde define o parto pré-termo como aquele que ocorre a partir da 37 semanas de gestação (WHO, 2012).

Neste grupo, em todo o mundo, nascem anualmente 20 milhões de crianças prematuras e com baixo peso, destas um terço morrem antes de completarem 1 ano de vida (BRASIL, 2002). No que se refere ao Brasil, pesquisadores de 12 universidades brasileiras, liderados pelo programa de Pós-Graduação em Epidemiologia da Universidade Federal de Pelotas, desenvolveram novos métodos

para avaliar frequência de nascimentos prematuros no país. Usando dados do Sistema Nacional de Nascidos Vivos e aplicando um fator de correção derivado de pesquisas brasileiras de alta qualidade, o estudo revela que, em 2011, 11,8% das crianças nascidas no Brasil foram prematuras. Esta é uma taxa extremamente alta, se comparada com outros países similares, sendo a prematuridade atualmente a maior causa de mortes de crianças em nosso país (MATIJASEVICH et al., 2013). Mesmo assim, pesquisas realizadas na década de 90 mostraram taxas de sobrevivência superiores a 90% para os prematuros com peso de nascimento acima de 750g, e estão sobrevivendo com pesos de nascimento cada vez mais baixos em decorrência das novas tecnologias e dos novos conhecimentos adquiridos na área de medicina perinatal (PHILLIP, 1995). Alguns casos suscitam questionamentos éticos sobre o limite da viabilidade e polêmicas sobre até onde e quando intervir, sem causar às famílias o transtorno e o desgaste emocional de cuidar de crianças com sequelas neurológicas e sensoriais graves (MÉIO et al., 2003).

De fato, nos últimos 50 anos, a mortalidade neonatal tem diminuído de forma bastante marcante. Cada vez mais crianças de peso cada vez menor começam a ter não somente taxas maiores de sobrevivência, mas também uma excelente qualidade de vida, graças não apenas a inúmeros avanços na área da Neonatologia, mas também da medicina como um todo, que extrapolam (e muito) o campo próprio da neonatologia. A tendência habitual é de se atribuir ao surgimento das Unidades de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN) o ponto de partida para os grandes avanços em Neonatologia, mas há que se enfatizar que cada passo, entretanto, apoiou-se em conhecimentos prévios, que num determinado momento resultaram em novas possibilidades diagnósticas, preventivas ou terapêuticas (SEGRE, 2003).

Um dos marcos na medicina neonatal foi a introdução, nos anos 90, da terapêutica com o surfactante exógeno para o tratamento da síndrome do desconforto respiratório neonatal ou doença pulmonar de membranas hialinas, que levou a uma sensível queda da morbi-mortalidade de recém-nascidos de pré-termo, além das novas modalidades de ventilação como o emprego da pressão positiva contínua em vias aéreas (CPAP) que mostrou-se como uma das formas mais adequadas de ventilação do pequeno prematuro. A introdução do óxido nítrico, eficaz no tratamento da hipertensão pulmonar primária, mostrou-se também adequada no tratamento da hipertensão pulmonar secundária a outros agravos, como sepse, asfixia ou aspiração meconial. Aliás, o óxido nítrico chegou a ser

chamado de “a molécula do século”, tão importante o seu papel terapêutico (SEGRE, 2003).

Dentro desses avanços, estudos realizados, na metade da década de 80, demonstraram que a terapêutica através do surfactante aumentou a sobrevivência dos recém-nascidos prematuros (SILVA et al., 2009); e o uso antenatal do corticosteroide associado à implementação de melhores práticas de atendimento ao prematuro tem sido responsável pela evidente redução dos índices de hemorragia peri-intraventricular (VINAGRE e MARBA, 2010).

Em relação às possibilidades de agravos da prematuridade pesquisas mencionam consequências tanto imediatas como tardias. Em tempo imediato podemos dizer que no Brasil a primeira causa de mortalidade infantil são as afecções perinatais, que compreendem os problemas respiratórios comuns em crianças prematuras e de baixo peso (BRASIL, 2002).

Pesquisa apontou na amostra estudada uma incidência de 50% de morbidade respiratória no primeiro ano de vida. A incidência de síndrome obstrutiva de vias aéreas (28%) foi similar à descrita nos principais estudos da área, porém a incidência de pneumonia (36%) foi mais elevada. Cerca de 25% da amostra estudada necessitaram de hospitalização por doença respiratória. A verificação da ocorrência de internação é uma importante medida da gravidade da doença respiratória na população de prematuros, e é fundamental para o planejamento dos serviços de assistência à saúde das crianças de maior risco (MELLO, DUTRA, LOPES, 2004).

Outro estudo mostra que a incidência de morbidade respiratória na idade entre 12 e 36 meses se mantém elevada neste grupo de crianças de alto risco, especialmente entre 12 a 24 meses (56,3%), o que reforça a necessidade de acompanhamento e de intervenções específicas efetivas na prevenção do adoecimento e na melhoria da qualidade de vida das crianças e suas famílias (CHALFUN et al., 2009). Além das consequências respiratórias, muitos bebês são acometidos de distúrbios metabólicos e dificuldade em alimentar-se e para regular a temperatura corporal (BRASIL, 2002).

Analisando os possíveis agravos em um futuro mais distante muitos estudos têm sido realizados a fim de avaliar o desenvolvimento cognitivo e neuromotor desse grupo nos primeiros anos de vida e idade escolar (KLEIN, 2009). Isso porque devido à interrupção das etapas de desenvolvimento pré-natal a prematuridade pode levar a

alterações anatômicas e estruturais do cérebro. Tais alterações podem causar déficits funcionais, tornando os ex-prematuros sujeitos a problemas cognitivos e motores, assim como suas repercussões nas atividades de vida diária, mesmo na adolescência e idade adulta (ZOMIGNANI, ZAMBELLI, ANTONIO, 2009).

Várias pesquisas comprovam que problemas comportamentais, como hiperatividade, déficit de atenção e cognição são mais frequentes em crianças pré-termo do que as nascidas a termo (ANDERSON e DOYLE, 2008; MUTHANNA, MARLOW, WOLKE, 2008; DELOBEL et al., 2009); como menores escores em provas de equilíbrio, tônus postural, menor capacidade de atividade visomotora (VAN BAAR et al., 2009; JOHANSSON, DOMELLOF, RONNQVIST, 2014).

Quanto aos fatores de risco, a distribuição de prevalência de nascimentos pré-termo é paradoxal e está associada a resultados perinatais adversos (SHARIATI et al., 2015). É decorrente de circunstâncias diversas e imprevisíveis em todos os lugares e classes sociais. Acarreta às famílias e à sociedade em geral um custo social e financeiro de difícil mensuração. Exige da estrutura assistencial, capacidade técnica e equipamentos nem sempre disponíveis. Afeta diretamente a estrutura familiar, alterando as expectativas e anseios que permeiam a perinatalidade. É difícil avaliar os componentes que influenciam e são influenciados pelo complexo processo do nascimento prematuro (RAMOS e CUMAN, 2009). Entretanto, sem dúvida existem fatores predisponentes que a literatura cita como sendo favoráveis à ocorrência futura de um nascimento pré-termo como, por exemplo, idade materna extrema, partos cesarianas, partos gemelares e fertilização humana assistida (associada a idade materna tardia).

A propósito, idade materna tardia é um importante fator de risco para a prematuridade e complicações materno fetais. Resultados de um estudo mostram que uma mulher com mais de 40 anos, sem qualquer patologia, terá maior risco de apresentar em sua gestação hipertensão arterial, apresentação anômala, sofrimento fetal intraparto, parto cesariano, hemorragia puerperal, recém-nascido com Apgar baixo e óbito fetal tardio ou perinatal (CECATTI et al., 1998).

Outro estudo de característica retrospectiva conclui que a taxa de prematuridade, o baixo peso ao nascer e a restrição de crescimento fetal foram mais altas entre as gestantes tardias (ANDRADE et al., 2004).

Entretanto, ainda com relação à maternidade após os 35 anos de idade, autores, ressaltam, em contrapartida, a importância em se explorar o efeito das

possíveis melhores condições socioeconômicas, emocionais e comportamentais, em geral, atribuídas às mães em idade avançada, para minimizar a atuação de comorbidades típicas da idade materna avançada, como diabetes e hipertensão arterial, que podem estar relacionadas ao óbito infantil (LIMA, 2010).

Em relação às cesarianas, o aumento na incidência é um fenômeno comum a quase todos os países do mundo. Contudo, não sabemos de nenhum outro país em que a curva de aumento seja tão acentuada, nem as taxas tenham alcançado níveis tão altos, como no Brasil. Em 1996, o Brasil ocupava o primeiro lugar mundial na realização de cesáreas, com 36% de partos (PNAP, 1996).

Para o ano de 2000 a taxa era de 38%, tendo sido observado aumentos anuais, que culminaram com uma prevalência de 54,0% em 2011. Estes aumentos foram observados em todas as Unidades da Federação (UF). Somente cinco delas, três pertencentes à região Norte-Acre, Roraima e Amapá - e duas do Nordeste (Maranhão e Sergipe) apresentavam em 2011 prevalências de cesarianas inferiores a 40% (BARROS, 2013). Foi evidenciado que a prevalência de cesarianas está diretamente relacionada com a escolaridade materna, e que as taxas crescentes dos anos recentes são observadas em todos os grupos de escolaridade materna, o que sugere que a maior prevalência está mais relacionada ao acesso à atenção de saúde do que ao risco, uma vez que este último deve ser mais baixo em mulheres mais educadas (BARROS, 2013).

Tal questão merece destaque tendo em vista que paralelamente a este fenômeno ressalta-se a correlação das cesarianas com a prematuridade, a literatura aponta que os riscos da cesariana para o recém-nascido são de dois tipos. Um é o risco de interromper prematuramente a gravidez por erro de cálculo da idade gestacional, especialmente com cesarianas com data marcada. Outro é o da angústia respiratória para os recém-nascidos de parto cesariano em comparação com os de parto vaginal, mesmo que ambos estejam a termo (FAUNES e CECATTI, 1991).

Quanto à tecnologia da fertilização humana assistida, um estudo realizado, em 2009, objetivou conhecer as complicações maternas e as ocorrências neonatais associadas às gestações múltiplas resultante de reprodução assistida, concluiu que as complicações maternas predominantes foram o trabalho de parto prematuro (65,5%) e a amniorrexe prematura (42%) (GRANER e BARROS, 2009).

Estudos mostram que mulheres que realizaram reprodução humana assistida

(RHA) apresentaram, em média, idade avançada (FREITAS, SIQUEIRA, SEGRE, 2008), e a mortalidade neonatal neste cenário mostrou-se elevada em relação aos múltiplos (gemelares) quando comparados aos únicos (FREITAS et al., 2008). Apesar de todos os benefícios que a reprodução humana traz para casais inférteis, ainda são necessários muitos estudos para que se possa estabelecer um consenso a respeito. Pode se dizer que o “admirável mundo novo da RHA” trouxe repercussões que configuraram uma nova realidade a ser avaliada em toda a sua magnitude (FREITAS, SIQUEIRA, SEGRE, 2008).

É importante alertar que uma gestação que está transcorrendo bem pode se tornar de risco a qualquer momento, durante a evolução da gestação ou durante o trabalho de parto. Portanto, há necessidade de reclassificar o risco a cada consulta pré-natal e durante o trabalho de parto. A intervenção precisa e precoce evita os retardos assistenciais capazes de gerar morbidade grave, morte materna ou perinatal (BRASIL, 2010).

É imprescindível, portanto, a melhora da assistência pré-natal como um todo e procurar identificar aqueles casos de maior risco para diagnosticar os estágios iniciais do trabalho de parto prematuro. Com isso, pode-se não só impedir ou postergar o nascimento prematuro, mas, também, propiciar melhores condições de nascimento (BITTAR, 2001).

Forte é o componente emocional no cenário da prematuridade. Um estudo cujo objetivo foi revisar a literatura para identificar a natureza da metodologia utilizada e qual a área de atuação dos autores na abordagem do impacto da prematuridade na família e, em longo prazo, na criança, concluiu que o nascimento de recém-nascidos extremo baixo peso é “estressante” para os pais e a maioria se recupera somente após dois a três anos de vida do bebê (PEREIRA e CARDOSO, 2005).

Outro estudo publicado, em 2015, também confirma níveis de ansiedade e sintomas depressivos em porcentagens elevadas entre pais e mães de crianças prematuras (CALDERONI et al., 2015).

Vale lembrar que dada a vulnerabilidade natural do bebê, a atitude de quem dele cuida é sempre responsável, em algum grau, pelo desenrolar de cada uma das possibilidades apresentadas: de adoecimento ou de saúde. O resultado final vai depender da correlação entre a força invasiva do ambiente e o *quantum* de desordens que cada bebê é capaz de metabolizar e transformar em complexidade

de vida. A história mostra trajetórias de pessoas que nasceram em condições desfavoráveis e conseguiram, a partir da desordem e do ruído, construir a sua expressão social. Existe um ponto de partida específico em que cada um tem a sua vantagem comparativa entre o que é determinado pela hereditariedade, a espontaneidade das interações, entre o peso dos fatores biológicos e os condicionantes emocionais e sociais; e onde o excesso de ruído, de instabilidade e desproteção podem ser fatais (OLIVEIRA e MINAYO, 2001). Sendo assim, as condições socioculturais e econômicas são determinantes no cenário da prematuridade e seus cuidados estando fortemente relacionadas a maturidade física, psíquica e ao conseqüente crescimento e desenvolvimento humano em sua totalidade.

5 METODOLOGIA

5.1 Delineamento

Trata-se de um estudo transversal.

5.2 Participantes

A amostra foi composta de puérperas que tiveram parto pré-termo, neste caso com a consequente internação de seus filhos na UTIN, e de puérperas de bebês não prematuros internadas na maternidade de um hospital privado de grande porte na cidade de Porto Alegre/RS.

5.3 Critérios de inclusão e exclusão

Foram incluídas puérperas no período de outubro de 2015 a janeiro de 2016. Excluiu-se aquelas puérperas que tiveram complicações no pós-parto.

5.4 Coleta dos dados

Os dados foram coletados através de um questionário elaborado pelo próprio pesquisador (APÊNDICE A), composto por perguntas objetivas e diretas às mães. O questionário, composto por 20 questões objetivas, foi aplicado por um único pesquisador devidamente capacitado. As mães foram abordadas nos turnos manhã, tarde e noite para responder o questionário na sala de descanso das mães na UTIN quando necessário ou na maternidade. O questionário das mães de RN prematuros foi preenchido em uma sala com privacidade e conforto necessário para um bom andamento da pesquisa. Em relação às mães de RN a termo o questionário foi respondido no quarto da maternidade onde estavam internadas.

A idade gestacional foi calculada a partir da data da última menstruação (DUM), registrada na carteira da gestante. O baixo peso ao nascer foi definido pelo peso inferior a 2.500 gramas (OMS), realizado no centro obstétrico no momento do nascimento.

As variáveis incluídas no questionário foram: a) características neonatais e

maternas: idade gestacional, peso ao nascimento, idade materna, tipo de parto, fertilização assistida, gemelidades; b) características sociodemográficas: raça, escolaridade, classificação social, vínculo empregatício, situação conjugal, religião; c) características maternas: histórico de aborto, histórico de parto prematuro no passado, intercorrências na gestação, tabagismo e álcool.

Dentre as características demográficas a cor da pele foi considerada como auto declarada, a situação conjugal classificada em: união consensual, união legal, separadas ou divorciadas, viúvas. A escolaridade foi avaliada em ensino fundamental, ensino médio, ensino superior completo/incompleto e pós-graduação e a classe social definida conforme classificação da Associação Brasileira de Empresas e Pesquisas (ABEP, 2014).

Quanto às características maternas, fumo na gestação e ingestão de álcool, foram medidas segundo a informação da puérpera, independente do número de cigarros e volume de álcool consumido.

5.5 Cálculo de tamanho amostral

Para o cálculo do tamanho de amostra utilizou-se a prevalência de prematuros na população brasileira, segundo dados do último censo - 9,2% (WHO, 2012) e dados do local do estudo de que em torno de 20% dos nascimentos são prematuros. Considerando-se estes dados estimou-se a necessidade de inclusão de 80 puérperas divididas em dois grupos: puérperas de RN a termo e puérperas de RN pré-termo adotando-se o nível de significância de 5% e poder de 90%, por meio do Software WinPEPI.

5.6 Análise dos dados

A normalidade dos dados foi verificada através do teste de Shapiro-wilk. Variáveis contínuas com distribuição normal foram expressas como média \pm desvio padrão, e variáveis categóricas como números absolutos e percentuais. Para as comparações entre as variáveis e verificação de associações com prematuridade foi realizado o teste Qui-quadrado de Pearson e o teste exato de Fisher para variáveis categóricas e teste *t* de Student ou Wilcoxon para variáveis contínuas.

Um valor de “p” uni bicaudal menor que 0,05 foi considerado estatisticamente significativo. Os dados foram tabulados em planilha de dados *Excel* e analisados pelo pacote estatístico SPSS v.19.0.

5.7 Aspectos éticos

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa do Hospital Moinhos de Vento sob o parecer número 1126176 de aprovação do CEP que está na Plataforma Brasil, sendo realizada avaliação metodológica e de mérito científico do estudo que seguiu as condições estabelecidas na Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012, do Conselho Nacional de Saúde (CNS) (BRASIL, 2012).

As participantes foram informadas da finalidade do estudo e posteriormente convidadas a participarem das entrevistas, foi solicitado por escrito consentimento por meio de Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE B), sendo esclarecidos os objetivos e riscos do presente estudo.

5.8 Produto social

No momento em que nasce um RN pré-termo a ordem natural de alta domiciliar e permanência curta na maternidade altera-se para a necessidade de permanência hospitalar tanto do RN como do binômio mãe-RN. Nesse momento de maior angústia e dúvidas justifica a elaboração de um material educativo com orientações preliminares.

Este estudo originou como produto social um *folder* que contempla estas orientações práticas para as mães de prematuros da UTIN do Hospital Moinhos de Vento (APÊNDICE D). Possui orientações de vacinas e cuidados gerais do RN após alta hospitalar. Objetiva-se com este *folder* simplificar, auxiliar e facilitar as orientações transmitidas pela equipe médica e equipe de Enfermagem da UTIN.

6 RESULTADOS

Foram incluídas no estudo 94 puérperas, destas, 50 no grupo de RN pré-termos e 44 no grupo de RN a termo. As variáveis foram agrupadas em três tabelas: a primeira refere-se à comparação de características neonatais e maternas dos grupos a termo e pré-termo. De acordo com os resultados desta investigação as variáveis que tiveram associação estatisticamente significativas com a prematuridade foram: a idade gestacional ($p < 0,001$), peso do RN ($p < 0,001$), idade materna ($p = 0,023$), tipo de parto ($p < 0,001$), fertilização humana assistida ($p = 0,010$) e gemelares ($p < 0,001$).

Tabela 1: Comparação entre as características neonatais e maternas do grupo de recém-nascido a termo e pré-termo.

Variáveis avaliadas	Grupo a termo	Grupo pré-termo	p
	(n=44)	(n=50)	
Características neonatais			
Idade gestacional (semanas)	38,68±0,88	31,36±3,32	<0,001*
Peso ao nascimento (kg)	3257,80±287,79	1689,60±625,31	<0,001*
Informações maternas			
Idade (anos)	31,79±5,32	33,98±3,78	0,023*
Tipo de parto - n (%)			
Cesariana eletiva	22 (50,0)	2 (4,0)	<0,001*
Cesariana de urgência	15 (34,1)	36 (72,0)	
Vaginal	7 (15,9)	12 (24,0)	
Fertilização assistida - n (%)			
Sim	-	7 (14,0)	0,010*
Não	44 (100,0)	43 (86,0)	
Gemelares - n (%)			
Sim	-	13 (26,0)	<0,001*
Não	44 (100,0)	37 (74,0)	

Características neonatais e idade materna expressas em média \pm desvio padrão; n (%)= frequência absoluta (relativa); n= número total de participantes. Valor do p refere-se ao teste t de *Student* para amostras independentes ou para o teste de qui-quadrado; * = indica significância estatística ($p < 0,05$).

A Tabela 2 demonstra as características sociodemográficas dos grupos de RN a termo e pré-termo. Dentre as variáveis que caracterizam o perfil socioeconômico e demográfico a distribuição da amostra não apresentou diferença estatisticamente significativa entre ambos os grupos. Observou-se que mais de 95% das mulheres se declararam brancas, 36,3% das mães do grupo de RN a termo e 50% do grupo de RN pré-termo relataram nível de instrução com pós-graduação,

45% das mulheres de ambos os grupos declararam classificação social A e mais de 70% com vínculo empregatício. Quanto à situação conjugal, mais de 59% de ambos os grupos declararam união legal e mais de 75% pertencentes à religião católica.

Tabela 2: Comparação entre as características sociodemográficas maternas do grupo de recém-nascido a termo e pré-termo.

Variáveis avaliadas	Grupo a Termo	Grupo Pré-termo	P
	N (%)	N (%)	
Raça			
Branca	42 (95,4)	48 (96,0)	0,258
Mulata	-	2 (4,0)	
Negra	1 (2,3)	-	
Outras	1 (2,3)	-	
Escolaridade			
Ensino fundamental	-	1 (2,0)	0,198
Ensino médio completo	7 (15,9)	2 (4,0)	
Ensino superior incompleto	7 (15,9)	5 (10,0)	
Ensino superior completo	14 (31,8)	17 (34,0)	
Pós Graduação	16 (36,3)	25 (50,0)	
Classificação social			
A	21 (47,7)	33 (66,0)	0,242
B1	15 (34,1)	9 (18,0)	
B2	7 (15,9)	5 (10,0)	
C1	1 (2,3)	2 (4,0)	
C2	-	1 (2,0)	
Vínculo empregatício			
Sim	31 (70,4)	38 (76,0)	0,544
Não	13 (29,5)	12 (24,0)	
Situação conjugal			
Separada	1 (2,3)	-	0,530
União consensual	17 (38,6)	18 (36,0)	
União legal	26 (59,1)	32 (64,0)	
Religião			
Católica	33 (75,0)	39 (78,0)	0,889
Espírita	3 (6,8)	4 (8,0)	
Evangélica	2 (4,5)	2 (4,0)	
Outras	2 (4,5)	3 (6,0)	
Não possui	4 (9,1)	2 (4,0)	

Características sociodemográficas expressas em média \pm desvio padrão; n (%)= frequência absoluta (relativa); n= número total de participantes.

No que se refere às variáveis que caracterizam e comparam o histórico materno entre os grupos constatou-se que 100% das puérperas do grupo de RN pré-termo *versus* 36,4% das puérperas do grupo de RN a termo apresentaram intercorrências na gestação ($p < 0,001$). Em relação às demais características não houve diferença estatisticamente significativa: 26% das mães de RN prematuros tiveram um histórico de aborto no passado *versus* 18,2% das mães de RN a termo sendo que 12% das puérperas do grupo de RN pré-termo também tiveram histórico de outros partos prematuros no passado *versus* 2,3% do grupo de RN a termo. No

que diz respeito ao histórico de tabagismo 18,2% das mães de RN a termo *versus* 8% das mães prematuras relataram terem fumado algum dia na vida sendo que nenhuma das mulheres entrevistadas de ambos os grupos relataram tabagismo durante a gestação. Entretanto, quando abordadas quanto ao uso de álcool durante a gestação 6,8% das mães de RN prematuros relataram ingestão de álcool durante a gestação ao contrário das mães do outro grupo que não relataram tal prática.

Quanto as variáveis de características neonatais e maternas, foi possível identificar diferença com significância estatística entre todas as variáveis pertencentes a esta tabela. A cesariana eletiva esteve presente em 50% nas puérperas de bebês não prematuros para 72% de cesarianas de emergência nas mães de bebês prematuros. Os resultados apontam que a utilização do método de fertilização humana assistida esteve presente apenas no grupo das puérperas de bebês pré-termos sendo que das 50 mães entrevistadas, 14% delas utilizaram tal método.

A incidência de gemelaridade se mostrou estatisticamente significativa, 26% da amostra de pré-termos foram mães de prematuros gemelares. O peso ($p < 0,001$) e a idade gestacional ($p < 0,001$) na comparação de ambos os grupos se mostraram significativos na amostra.

Em relação ao grupo de pré-termos nesta tabela as idades das puérperas mantiveram-se nos extremos de 27 a 45 anos. Observou-se ainda que 58% das puérperas desse grupo ficaram abaixo dos 35 anos de idade. Com referência ao grupo a termo a idade materna variou entre 18 e 41 anos sendo que destas, 70,4% com idade inferior a 35 anos. Quanto à idade gestacional do grupo pré-termo a criança com menos idade nasceu com 23 semanas de gestação e a de maior idade com 36 semanas. Neste grupo, identifica-se conforme a classificação da ONU, evidências de 18% de bebês prematuros moderados (32 a 37 semanas), 24% de prematuridade acentuada (28 a 32 semanas) e 8% de prematuridade extrema (menos de 28 semanas de gestação). Ainda neste grupo, salientamos a criança com menor peso 570 gramas (24 semanas de idade gestacional) e a de maior pesagem 3.240 kg (36 semanas de idade gestacional). No grupo dos atermos esses extremos apresentaram-se entre 2.645 kg a 3.958 kg.

Tabela 3: Comparação entre o histórico materno do grupo de recém-nascido a termo e pré-termo.

Variáveis avaliadas	Grupo a Termo	Grupo Pré-termo	p
	n (%)	n (%)	
Aborto			
Sim	8 (18,2)	13 (26,0)	0,364
Não	36 (81,8)	37 (74,0)	
Parto prematuro no passado			
Sim	1 (2,3)	6 (12,0)	0,073
Não	43 (97,7)	44 (88,0)	
Intercorrências			
Sim	16 (36,4)	50 (100,0)	<0,001*
Não	28 (63,6)	-	
Tabagismo			
Sim	8 (18,2)	4 (8,0)	0,140
Não	36 (81,8)	46 (92,0)	
Tabagismo na gestação			
Sim	-	-	-
Não	44 (100,0)	50 (100,0)	
Álcool na gestação			
Sim	3 (6,8)	-	0,061
Não	41 (93,2)	50 (100,0)	

Características maternas expressas em média \pm desvio padrão; n (%)= frequência absoluta (relativa); n= número total de participantes.

7 DISCUSSÃO

Esse estudo, além de evidenciar os fatores associados a prematuridade, acrescenta um achado novo, ainda pouco discutido na literatura nacional e internacional, que é a prematuridade em um contexto de atenção privada. Várias pesquisas foram realizadas dentro deste tema, porém a maioria delas abordando a temática dentro dos fatores de risco da atenção pública (SILVA et al., 2009; TADIELO et al., 2013; GOMES e CÉSAR, 2013; LIN et al., 2015; DELNORD, BÉATRICE, JENNIFER, 2016), caracterizando populações com níveis socioeconômicos de menor renda.

A prematuridade, sem etiologia definida e influenciada por diversos fatores, aparece em nossa pesquisa sem associação estatisticamente significativa com as variáveis sociodemográficas e com as características maternas (exceto, com a variável intercorrência gestacional) que se mostrou significativa. Por outro lado, todas as variáveis relacionadas às informações maternas, tais como: idade, fertilização assistida e gemelaridade mostram-se significativamente associadas com a prematuridade.

A literatura evidencia riscos aumentados para nascimentos prematuros em classes econômicas com renda mensal baixa (LIN et al., 2015). Este fato difere do presente estudo, pois nas famílias de classes econômicas maiores, este componente não esteve diretamente associado com prematuridade. Entretanto, não podemos deixar de considerar que mulheres com maior nível econômico podem ter adiado a gestação em prioridade da carreira profissional, implicando em uma gestação com idade avançada e em maiores riscos maternos e neonatais.

A baixa escolaridade materna esta descrita na literatura como associada ao nascimento prematuro (SILVEIRA et al., 2010), e fortemente associada ao futuro desenvolvimento cognitivo dessas crianças (WANG et al., 2008).

Um estudo que avaliou a prematuridade e fatores associados no estado de Santa Catarina evidenciou entre as mães que não tiveram nenhuma escolaridade a prevalência de prematuridade de 8,1% contra 5,6% entre aquelas que estudaram mais de 12 anos (CASCAES et al., 2008). Em nosso estudo a amostra é composta por mulheres, na sua maioria, com um nível de instrução elevado e, portanto, sem associação significativa com a prematuridade. Porém, essa variável no contexto observado (setor privado), também pode estar relacionada com outros fatores como,

gestações adiadas em função da priorização da escolaridade.

Para Guedes (2006) há na população mais escolarizada de mulheres uma tendência de adiamento do nascimento do primeiro filho. Esse fenômeno se explicaria pela prioridade dada às possibilidades de qualificação e crescimento profissional em um início de vida adulta e o posterior nascimento do filho com menos impacto em uma carreira já estabelecida.

A gestação em mulheres após os 35 anos de idade é realidade cada vez mais frequente (CASCAES et al., 2008; SCHIMMEL et al., 2014); e vários estudos conferem resultados perinatais desfavoráveis neste grupo de mulheres (CECATTI et al., 1998; ANDRADE et al., 2004; SENESI et al., 2004).

Na amostra do presente estudo, em conformidade com Balbi, Carvalhaes e Parada (2006), a idade materna apresentou-se estatisticamente significativa com nascimentos prematuros. Ao contrário de outros estudos que não apresentaram essa associação (BEZERRA, OLIVEIRA, LATORRE, 2006).

Em relação a técnica de reprodução assistida na amostra avaliada revelou-se estatisticamente significativa com a prematuridade o que é concordante com a literatura pois, estudos têm demonstrado riscos aumentados de prematuridade para crianças nascidas através da fertilização assistida (REDDY et al., 2007; STANFORD, SIMONSEN, BAKSH, 2015); sendo que muitos dos problemas relacionados à morbidade materna e perinatal devem-se ao significativo número de gravidezes múltiplas originadas desta prática (SILVA e BAHAMONDES, 2005).

A propósito, a presente pesquisa, verificou que 26% dos partos amostrados foram gemelares, destes, 14% com apoio da fertilização assistida e 100% dentro do grupo de crianças prematuras. Fato perfeitamente justificável uma vez que a fertilidade feminina diminui com o avançar da idade. O grupo de não prematuros não apresentou gemelares nem histórico de fertilização assistida.

Xu et al. (2016) apontam que o aumento de nascimentos gemelares pode ser explicado pelo aumento do método de fertilização assistida e pelo aumento da idade materna.

Outro dado relevante é a via de parto cesariana que também apareceu neste estudo estatisticamente significativa com a prematuridade. Chama a atenção em nosso estudo o elevado número de cesarianas eletivas no grupo das crianças a termos (50%) o que é concordante com a literatura uma vez que cesarianas representaram 45,4% dos partos em crianças nascidas na zona urbana dos

municípios de Pelotas e Capão do Leão, em 2004, e as análises preliminares indicaram diferenciais por tipo de financiamento do parto (SUS ou convenio). Entre usuárias do SUS, a prevalência de cesarianas foi de 36,4%, passando a 84,5% entre as outras mães. Em um hospital particular cerca de 90% dos partos foram por cirurgias cesariana (BARROS et al., 2006).

Outro estudo igualmente evidenciou altas taxas de cesariana no município de São Paulo contemplando 32,9% no setor público e 80,4% no setor privado (KILSZTAJN et al., 2007).

Não menos importante e esperado devido às características de uma assistência imediata que envolve o nascimento de RN prematuro, verificou-se que no grupo de RN pré-termo, um elevado número de cesarianas que caracteriza a abordagem de urgência (72%).

Vale ressaltar que no estudo de Sass et al. (2013), o tipo de parto é um fator estatisticamente significativo com a prematuridade entre as gestantes, demonstrando que há maior prevalência de parto cesariano com idade acima de 35 anos, ou seja, a taxa de parto cesariano aumenta com o decorrer da idade materna (GRAVENA et al., 2013), e está associado à prematuridade (CASCAES et al., 2008).

No que se refere à variável cor ou raça associada a prematuridade um estudo britânico, destaca maior probabilidade de nascimentos prematuros em mulheres negras (PATTEL et al., 2004).

Os dados analisados não evidenciaram esta associação, tendo em vista que o número elevado de puérperas nesta amostra se auto declararam brancas, ou seja, mais de 95% das puérperas das crianças amostradas, independente de serem prematuras ou não prematuras nasceram de mães brancas.

Contrariando esta evidência verificada do setor privado, um estudo realizado em uma maternidade pública mais de 70% das mulheres tanto do grupo pré-termo como a termo declararam-se pardas (SILVA et al., 2009).

Em relação ao histórico de parto prematuro no passado não encontramos associação estatística significativa em nossa investigação muito embora outros estudos relatem que ter histórico de parto prematuro no passado aumenta significativamente a possibilidade de uma nova recorrência prematura (SILVA et al., 2009; BITTAR e ZUGAIB, 2009).

Em consonância com Lin et al. (2015) não identificamos diferenças estatisticamente significativas com tabagismo e uso de álcool com a prematuridade.

Os achados mostraram que os dois grupos foram semelhantes quanto ao uso de tabaco na gestação, ou seja, nenhuma puérpera de nossa amostra fumou na gestação, ao contrário da variável álcool, em que uma porcentagem pequena de mães de crianças não prematuras relatou uso dessa substância em algum momento da gestação. Ainda em relação ao tabaco, a literatura aponta a ausência de fumo materno como uma das principais causas evitáveis de prematuridade e do baixo peso ao nascer (MATIJASEVICH et al., 2013).

A totalidade da amostra analisada do grupo pré-termo (100%), apresentou intercorrências clínicas durante a gestação, possivelmente devido às chances aumentadas para a ocorrência desses eventos neste grupo. Outro dado relevante é que 63,3% das puérperas do grupo a termo não apresentaram intercorrências no decorrer da gestação. Esses achados entram em conformidade com outros estudos onde também foram obtidos resultados semelhantes (DELNORD, BÉATRICE, JENNIFER, 2016).

7.1 Possíveis limitações do estudo

As possíveis limitações do estudo referem-se ao fato de ter sido uma amostragem consecutiva em que as coletas foram realizadas conforme a disponibilidade do pesquisador não seguindo uma sequência rigorosa. As informações foram extraídas diretamente dos relatos das puérperas podendo, assim, alguns dados terem sido omitidos pelas participantes.

8 CONCLUSÃO

O presente estudo verificou que a prematuridade esteve associada com intercorrências clínicas na gestação, idade materna avançada e prática da fertilização assistida. Trata-se de um novo cenário cujas características são inversas ao da atenção pública.

Indo nesta direção e fazendo referência à idade materna avançada é prudente, ao concluirmos esse estudo, salientar que há na população de mães com idade mais avançada uma tendência de adiamento da intenção reprodutiva, justificada pela prioridade dada às possibilidades de qualificação e crescimento profissional. Por questões biológicas e naturais do organismo da mulher, esse adiamento pode significar em muitos casos dificuldade no momento de engravidar, sendo necessário o apoio da prática de fertilização assistida e a consequente presença de intercorrências obstétricas como, por exemplo, pré-eclâmpsia, bolsa rota e sangramento.

Assim, diante da realidade e do contexto em que o tempo social e biológico divergem cada vez mais, cujos fatores associados à prematuridade são múltiplos, independentes e interdependentes, concluimos que é necessário intensificar o acompanhamento desse grupo de mulheres, na sua maioria, diferenciadas socialmente e usuárias do setor privado. É urgente e primordial estabelecer ações integradas, planejamentos e estudos longitudinais que levem em consideração essas variáveis, a fim de auxiliar na prevenção de nascimentos prematuros, bem como amenizar as consequências individuais, familiares e sociais desses nascimentos.

REFERÊNCIAS

ANDERSON, P.J.; DOYLE, L.W. Cognitive and educational deficits in children born extremely preterm. **Seminars in Perinatology**, v. 32, p. 51-8, 2008.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE EMPRESAS DE PESQUISA. ABEP. **Critério de classificação econômica Brasil**: dados com base no levantamento socioeconômico 2012 IBOPE. São Paulo: ABEP, 2014.

BALBI, B.; CARVALHAES, M.A.B.L.; PARADA, C.M.G.L. Tendência temporal do nascimento pré-termo e de seus determinantes em uma década. **Ciências e Saúde Coletiva**, v. 21, n. 1, p. 233-41, jan. 2016.

BARROS, A.L.J.D.; SANTOS, I.S.; VICTORA, C.G.; ALBERNAZ, E.P.; DOMINGUES, M.R.; TIMM, I.K. et al. Coorte de nascimentos de Pelotas, 2004: metodologia e descrição. **Revista de Saúde Pública**, v. 40, n. 3, p. 402-13, jun. 2006.

BARROS, F.C. **Tendências e associações e baixo peso ao nascer e nascimento pré-termo no Brasil, 2000 a 2011 - Anexo 5**. Brasília, DF: Unicef Brasil, 2013. Disponível em: <http://www.unicef.org/brazil/pt/br_prematuridade_anexo5.pdf>. Acesso em: 10 nov. 2015.

BEATRÁN, A.P.; YE J.; MOLLER, A.B.; ZHANG, J.; GULMEZOGLU, A.M.; TORLONI, M.R. The increasing trend in caesarean section rates: global, regional and national estimates: 1990-2014. **Plos One**, v. 11, n. 2, p. e0148343, 2016.

BEZERRA, L.C.; OLIVEIRA, S.M.J.V.; LATORRE, M.R.D.O. Prevalência e fatores associados à prematuridade entre gestantes submetidas à inibição de trabalho de parto prematuro. **Revista Brasileira de Saúde Materno-Infantil**, v. 6, n. 2, abr-jun. 2006.

BITTAR, R.E.; ZUGAIB, M. Indicadores de risco para o parto prematuro. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, v. 31, n. 4, p. 203-9, abr. 2009.

BLENCOWE, H.; COUSENS, S.; OESTERGAARD, M.Z.; CHOU, D.; MOLLER, A.B.; NARWAI, R. et al. National, regional, and worldwide estimates of preterm birth rates in 2010 with time trends since 1990 for selected countries: a systematic analysis and implications. **The Lancet**, v. 379, n. 9832, p. 2162-72, 2012.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Gestação de alto risco**: manual técnico. 5. ed. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2010.

BRASIL. **Resolução nº 466**, de 12 de dezembro de 2012. Aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2012.

CALDERONI, C.; TRUMELLO, C.; BARBORE, A.; KEREN, M.; ROMANELLI, R. The experience of premature birth for fathers: the application of the Clinical Interview for Parents of High-Risk Infants (CLIP) to an Italian sample. **Frontiers in Psychology**, v. 6, p. 1444, 2015.

CASCAES, A.M.; GAUCHE, H.; BARAMARCHI, F.M.; BORGES, C.M.; PERES, K.G. Prematuridade e fatores associados no Estado de Santa Catarina, Brasil, no ano de 2005: análise dos dados do Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 24, n. 5, p. 1024-32, maio, 2008.

CHALFUN, G.; MELLO, R.R.; DUTRA, M.V.P.; ANDREOZZI, V.L.; SILVA, K.S. Fatores associados à morbidade respiratória entre 12 e 36 meses de vida de crianças nascidas de muito baixo peso oriundas de uma UTI neonatal pública. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 25, n. 6, p. 1399-408, 2009.

CRUZ, N.R.; BALDANI, M.; PADILHA, C.B; ALVES, A.L; GARBUI, P.A. Análise da prevalência do parto prematuro ajustado pela idade materna no município de Ponta Grossa. In: 12º CONEX - Encontro Conversando sobre Extensão. **Anais...** Ponta Grossa: Universidade Estadual de Ponta Grossa 4-6, jun. 2014.

CUNHA, E.F.C.; CARVALHO, M.M.S.B.; MENDONÇA, A.C.M.; BARROS, M.M.S. Emoções de mães de bebês prematuros: a perspectiva de profissionais da saúde. **Contextos Clínicos**, v. 4, n. 2, p. 80-7, 2011.

DELNORD, M.; BÉATRICE, B.; JENNIFER, Z. What contributes to disparities in the preterm birth rate in European Countries? **Current Opinion in Obstetrics & Gynecology**, v. 27, n. 2, p. 133-42, 2016.

DELOBEL, A.B.M.; ARNAUD, C.; WHITE, K.M.; CASPER, C.; PIERRAT, V.; GAREL, M. et al. Behavioral Problems and Cognitive Performance at 5 Years of Age after Very Preterm Birth: The EPIPAGE Study. **Pediatrics**, v. 123, p. 1485-92, 2009.

DEMARTINI, A.A.C.; BAGATIN, A.C.; SILVA, R.P.G.V.C.; BOGUSZEWSKI, M.C.S. Crescimento de crianças nascidas prematuras. **Arquivos Brasileiros de Endocrinologia & Metabologia**, v. 55, n. 8, 2011.

FLECK, A. **O bebê imaginário e o bebê real no contexto da prematuridade** [Dissertação]. Programa de Graduação em Psicologia. Universidade Federal do Rio Grande do Sul, 2011.

[FREITAS, M.](#); [SEGRE, C.A.M.](#); [BORGE, J.S.](#); LEONE, C.; SIQUEIRA, A.F. Crianças nascidas após emprego de técnica de fertilização assistida. **Revista Brasileira de Crescimento e Desenvolvimento Humano**, v. 18, n. 3, p. 218-28, dez. 2008.

FREITAS, M.; SIQUEIRA, A.A.F.; SEGRE, C.A.M. Avanços em reprodução assistida. **Revista Brasileira de Crescimento e Desenvolvimento Humano**, v. 18, n. 1, p. 93-7, abr. 2008.

GOMES, A.G.; DONELLI, T.M.S.; PICCININI, C.A.; LOPES, R. Maternidade em idade avançada: aspectos teóricos e empíricos. **Interações em Psicologia**, v. 12, p. 99-106, 2008.

GOMES, R.M.T.; CÉSAR, J.A. Perfil epidemiológico de gestantes e qualidade do pré-natal em unidade básica de saúde em Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, v. 8, n. 27, p. 80-9, 2013.

GRANER, V.R.; BARROS, S.M.O. Complicações maternas e ocorrências neonatais associadas às gestações múltiplas resultantes de técnicas de reprodução assistida. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 43, n.1, p. 103-9, 2009.

GRAVENA, A.A.F.; PAULA, M.G.; MARCON, S.S.; CARVALHO, M.D.B.; PELLOSO, S.M. Idade materna e fatores associados a resultados perinatais. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 26, n. 2, p. 130-5, mar-abr. 2013.

GUEDES M.C. Condição na família e parturição das mulheres mais escolarizadas: possíveis articulações com o mercado de trabalho. Encontro Nacional de Estudos Populacionais. **Anais...** Caxambu, set. 2006.

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

JOHANSSON, A.M.; DOMELLOF, E.; RONNQVIST, L. Long-term influences of a preterm birth on movement organization and side specialization in children at 4-8 years of age. **Developmental Psychobiology**, v. 56, n. 6, p. 1263-77, 2014.

KILSZTAJN, S.; CARMO, M.S.; MACHADO, L.C.J.N.; LOPES, E.S.; LIMA, L.Z. Caesarean sections and maternal mortality in São Paulo. **European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology**, v. 132, p. 94-9, 2007.

KLEIN, V.C. **Reatividade à dor, temperamento e comportamento na trajetória de desenvolvimento de neonatos pré-termo até a fase pré-escolar** [Tese]. Programa de PósGraduação em Saúde Mental, Universidade de São Paulo, 2009.

KLEIN, V.C.; GASPARDO, C.M.; LINHARES, M.B.M. Dor, autorregulação e temperamento em recém-nascidos pré-termos de alto risco. **Psicologia e Reflexão Crítica**, v. 24, n. 3, 2011.

LIMA, L.C. Idade materna e mortalidade infantil: efeitos nulos, biológicos ou socioeconômicos? **Revista Brasileira de Estudos de População**, v. 27, p. 211-26, 2010.

LIN, H.J.; DU, L.Z.; MA, X.L.; SHI, L.P.; PAN, J.H.; TONG, X.M. et al. Mortality and morbidity of extremely low birth weight infants in the Mainland of China: a multi-center study. **Chinese Medical Journal**, v. 128, p. 2743-50, 2015.

LUISADA, V.; FIAMENGHI-JÚNIOR, G.A. O nascimento de um bebê prematuro: relações entre família e equipe de Enfermagem. **Cadernos de Pós-Graduação em Distúrbios do Desenvolvimento**, v. 12, n. 2, p. 66-76. 2012.

MATIJASEVICH, A. et al. Estimativas corrigidas da prevalência de nascimentos pré-termo no Brasil, 2000 a 2011. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 22, n. 4, dez. 2013.

McCORMICK, M.C. Parto prematuro e impacto sobre o desenvolvimento psicossocial e emocional das crianças. In: TREMBLAY, R.E.; BOIVIN, M.; PETERS, R.V. (Eds.). **Enciclopédia sobre o desenvolvimento na primeira infância**. Montreal, Quebec: Centre of Excellence for Early Childhood Development and Strategic Knowledge Cluster on Early Child Development, 2012. p. 1-6.

MELLO, R.R.; DUTRA, M.V.; LOPES, J.M.A. Morbidade respiratória no primeiro ano de vida de prematuros egressos de uma unidade pública de tratamento intensivo. **Jornal de Pediatria**, v. 8, p. 503-10, 2004.

MOUTINHO, A.; ALEXANDRA, D. Parto pré-termo, tabagismo e outros fatores de risco: um estudo caso-controle. **Revista Portuguesa de Medicina Geral e Familiar**, v. 29, n. 2, mar. 2013.

MUTHANNA, S.; MARLOW, N.; WOLKE, D. EpiCure study Group. Pervasive Behavior problems at 6 years of age in a total population sample of children born at \leq 25 weeks of gestation. **Pediatrics**, v. 122, p. 562-73, 2008.

PESQUISA NACIONAL POR AMOSTRA DE DOMICÍLIO. PNAD. **Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílio**. Rio de Janeiro: IBGE, 1996.

PIZZANI, L.; LOPES, J.F.; MANZINI, M.G.; MARTINEZ, C.M.S. Análise bibliométrica de teses e dissertações sobre prematuridade no Banco de Teses da Capes. **Jornal de Pediatria**, v. 88, n. 6, dez. 2012.

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

REDDY, U.M.; WAPNER, R.J.; REBAR, R.W.; TASCA, R.J. Infertility, assisted reproductive technology, and adverse pregnancy outcomes: executive summary of a National Institute of Child Health and Human Development workshop. **Obstetrics & Gynecology Journal**, v. 109, n. 4, p. 967-77, 2007.

SASS, A.; GRAVENA, A.A.F.; PELLOSO, S.M.; MARCON, S.S. Resultados perinatais nos extremos da vida reprodutiva e fatores associados ao baixo peso ao nascer. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 32, n. 2, p. 352-8, jun. 2011.

SCHIMMEL, [M.S.](#); BROMIKER, R.; HAMMERMAN, C.; CHERTMAN, L.; IOSCOVICH, A.; GRISARU, S.G.; SAMUELOFF, A.; ELSTEIN, D. The effects of maternal age and parity on maternal and neonatal outcome. **Archives of Gynecology and Obstetrics**, v. 291, n. 4, p. 793-8, 2015.

SCHMIDT, K.T.; SASSÁ, A.H.; VERONEZ, M. et al. A primeira visita ao filho internado na unidade de terapia intensiva neonatal: percepção dos pais. **Escola Anna Nery**, v. 16, n. 1, mar. 2012.

SHARIATI, M.K.; KARIMI, Z.; REZAIENEJAD, M.; BASIRI, A.; TORKESTANI, F.; GARGARI, S.S. Perinatal complications associated with preterm deliveries at 24 to 33 weeks and 6 days Gestation 2011-2012: a hospital-based retrospective study. **Iranian Journal of Reproductive Medicine**, v.13, n. 11, p. 697-702, 2015.

SILVA, J.D.; GUTIERREZ, T.M.; ROCCO, P.R.M.; GARCIA, C.S.N.B. Terapia com surfactante na síndrome do desconforto respiratório agudo: prós e contras. **Pulmão RJ**, v. 18, n. 3, p. 148-54, 2009.

SILVA, L.A.; SILVA, R.G.A.; ROJAS, P.F.B.; LAUS, F.F.; SAKAE, T.M. Fatores de risco ao parto pré-termo em hospital de referência de Santa Catarina. **Revista da AMRIGS**, v. 53, n. 4, p. 354-60, out-dez. 2009.

SILVEIRA, M.F.; SANTOS, I.; BARROS, A.J. D.; MATIJASEVICH, A.; BARROS, F.C.; VICTORA, C.G. Aumento da prematuridade no Brasil: revisão de estudos de base populacional. **Revista de Saúde Pública**, v. 42, n. 5, out. 2008.

SILVEIRA, M.F.; VICTORA, C.G.; BARROS, A.J.D.; SANTOS, I.S.; MATIJASEVICH, A.; BARROS, F.C. Determinants of preterm birth: Pelotas, Rio Grande do Sul State, Brazil, 2004 birth cohort. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 26, n. 1, p. 185-94, 2010.

SOUZA, N.L.; ARAÚJO, A.C.P.F.; COSTA, I.C.C et al. Representações de mães sobre hospitalização do filho prematuro. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 62, n. 5, out. 2009.

STANFORD, J.B.; SIMONSEN, S.E.; BAKSH, L. Fertility treatments and adverse perinatal outcomes in a population-based sampling of births in Florida, Maryland and Utah: a cross-sectional study. **BJOG**, jun. 2015.

TADIELO, B.Z.; NEVES, E.T.; ARRUE, A.M.; SILVEIRA, A.; RIBEIRO, A.C.; TRONCO, C.S.; NEVES, A.L.; WEIS, P.S.C. Morbidade e mortalidade de recém-nascidos em tratamento intensivo neonatal no sul do Brasil. **Revista da Sociedade Brasileira de Enfermeiros Pediatras**, v. 13, n. 1, p. 7-12, jul. 2013.

TESSIER, R.; NADEAU, L. A situação atual das pesquisas sobre prematuridade extrema e vulnerabilidades associadas. In: TREMBLAY, R.E.; BOIVIN, M.; PETERS, R.V. (Eds.). **Enciclopédia sobre o desenvolvimento na primeira infância**. Montreal, Quebec: Centre of Excellence for Early Childhood Development and Strategic Knowledge Cluster on Early Child Development, 2012. p. 1-5.

VAN BAAR, A.L.; VERMAAS, J.; KNOTS, E.; KLEINE, M.J.K. Functioning at school age of moderately preterm children born at 32 to 36 weeks' gestational age. **Pediatrics**, v. 124, p. 251-7, 2009.

VINAGRE, L.E.; MARBA, S.T. Uso antenatal do corticosteroide e hemorragia periventricular. **Revista Paulista de Pediatria**, v. 28, n. 3, p. 346-52, 2010.

WANG, W.L.; SUNG, Y.T.; SUNG, F.C.; LU, T.H.; KUO, S.C. Low birth weight, prematurity, and paternal social status: impact on the basic competence test in Taiwanese adolescents. **Journal of Pediatric**, v. 153, p. 333-8, 2008.

WHITFIELD, M.F. Prematuridade: cuidados centrados na família em apoio ao desenvolvimento de bebês de alto risco e suas famílias. In: TREMBLAY, R.E.; BOIVIN, M.; PETERS, R.D.V. (eds.). **Enciclopédia sobre o desenvolvimento na primeira infância**. Montreal, Quebec: Centre of Excellence for Early Childhood Development e Strategic Knowledge Cluster on Early Child Development, 2012. p. 1-5.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Born too soon: the global action report on preterm birth**. Geneva: WHO, 2012.

XU, H.; SAI, Q.; XU, Y.; GONG, Z.; DAÍ, G.; DING, M. et al. Time trends and risk factor associated with premature birth and infants deaths due to prematurity in hubei province, China from 2001 to 2012. **BMC Pregnancy and Childbirth**, v. 15, p. 329, 2015.

ZOMIGNANI, A.P.; ZAMBELLI, H.J.L.; ANTONIO, M.A. Desenvolvimento cerebral em recém-nascidos prematuros. **Revista Paulista de Pediatria**, v. 27, n. 2, p. 198-203, 2009.

APÊNDICE A - Questionário

1. Qual a sua situação conjugal atual?
 - a. (...) União consensual
 - b. (...) União legal (casados no civil)
 - c. (...) Separada
 - d. (...) Viúva

2. Qual é a sua idade? (.....) Anos

3. Qual a sua Religião?
 - a. (...) Católica
 - b. (...) Afro-Brasileira
 - c. (...) Adventista
 - d. (...) Evangélica
 - e. (...) Testemunha de Jeová
 - f. (...) Espírita
 - g. (...) Igreja Universal do reino de Deus
 - h. (...) Outras
 - i. (...) Não tenho religião

4. A sua cor ou raça é?
 - a. (...) Branca
 - b. (...) Preta
 - c. (...) Mulata
 - d. (...) Indígena
 - e. (...) Outras

5. Qual o seu nível de instrução?
 - a. (...) Ensino fundamental incompleto
 - b. (...) Ensino fundamental completo
 - c. (...) Ensino médio incompleto
 - d. (...) Ensino médio completo
 - e. (...) Ensino superior incompleto
 - f. (...) Ensino superior completo

g. (...) Pós-graduação

6. A Sra. possui vínculo empregatício no momento?

a. (...) Sim

b. (...) Não

7. Qual a sua Classificação social? (ABEP 2014).

a. (...) A - R\$ (11.037)

b. (...) B1 - R\$ (6.006)

c. (...) B2 - R\$ (3.118)

d. (...) C1 - R\$ (1.865)

e. (...) C2 - R\$ (1.277)

f. (...) D-E -R\$ (895)

8. A Sra. já teve algum aborto?

a. (...) Sim, quantos? (.....)

b. (...) Não

9. Em relação ao nascimento do seu bebê qual foi o tipo de parto?

a. (...) Cesariana (...) Cesariana eletiva (agendada) ou (...) Cesariana de urgência

b. (...) Vaginal

10. A Sra. planejou esta Gravidez?

a. (...) Sim

b. (...) Não

11. Qual o peso de nascimento de seu bebê?

(.....) gramas

12. Quantas semanas de gestação a Sra. estava quando seu bebê nasceu?

(...) semanas

13. A Sra. utilizou métodos de fertilização assistida para ficar grávida em sua última gestação?

a. (...) Sim. Quantas tentativas? (.....)

b. (...) Não

14. Sua última gestação resultou em filhos gemelares?

a. (...) Não

b. (...) Sim.

c. A gestação gemelar foi através de fertilização assistida? Sim (...) Não (...)

15. A Sra. possui histórico anterior de parto prematuro?

a. (...) Sim

b. (...) Não

16. A Sra. possui filhos além de seu bebê que está na UTIN?

a. (...) Sim, quantos? (.....)

b. (...) Não

17. A Sra. teve alguma das intercorrências abaixo citada durante a gestação?

a. (...) HAS

b. (...) Pré-Eclâmpsia

c. (...) ITU (infecção urinária)

d. (...) Sangramento

c. (...) Problemas relacionados à Tireoide

d. (...) Bolsa rota

e. (...) Outros. Quais?

18. A Sra. fuma ou já fumou?

a. (...) Não, nunca fumei

b. (...) Sim, fumo

c. (...) Já fumou, mas parou de fumar

19. A Sra. fumou durante a gestação?

a. (...) Sim

b. (...) Não

20. A Sra. consumiu bebidas de álcool durante a gestação?

a. (...) Sim

b. (...) Não

APÊNDICE C - Produto Social

VACINAS	RECOMENDAÇÕES E CUIDADOS
<p>CALENDÁRIO DE VACINAÇÃO DO PREMATURO</p> <p>Recomendações da Sociedade Brasileira de Imunizações (SBIIm) - 2015/2016</p> <p>As demais vacinas do calendário de vacinação SBIIm/criança devem ser aplicadas de acordo com idade cronológica</p>	<p>A maioria das vacinas apresenta reações adversas brandas, como dor no local ou febre baixa, as quais desaparecem em poucos dias.</p>
<p>BCG ID</p> <p>Em recém-nascidos (RNs) com peso maior ou igual a 2.000 g. Se peso de nascimento inferior a 2.000 g, adiar a vacinação até que o RN atinja peso maior ou igual a 2.000 g.</p>	<p>O QUE FAZER EM CASO DE REAÇÃO PÓS-VACINA?</p>
<p>Hepatite B</p> <p>Aplicar a primeira dose nas primeiras 12 horas de vida. Quatro doses em RNs nascidos com peso inferior a 2.000 g.</p>	
<p>Profilaxia do Vírus Sincicial Respiratório (VSR)</p> <p>Recomendada para prematuros e crianças de maior risco.</p>	<p>Siga a prescrição médica para dor ou febre</p>
<p>Pneumocócica conjugada</p> <p>Iniciar o mais precocemente possível (aos 2 meses), respeitando a idade cronológica. Três doses: aos 2, 4 e 6 meses e um reforço entre 12 e 15 meses.</p>	<p>Utilize uma compressa fria para aliviar dor, vermelhidão e inchaço no local da aplicação</p>
<p>Poliomielite</p> <p>Utilizar somente vacina inativada (VIP) em RNs internados em unidades neonatais.</p>	<p>Em caso de dúvidas contate o serviço de saúde onde foi realizada a vacina.</p>
<p>Rotavírus</p> <p>Não utilizar a vacina em ambiente hospitalar</p>	
<p>Tríplice bacteriana (difteria, tétano, coqueluche) – DTPw e DTPa</p> <p>Utilizar preferencialmente vacinas acelulares.</p>	
<p>Haemophilus influenzae tipo b</p> <p>A combinação da vacina tríplice bacteriana acelular (DTPa) com a Hib e outros antígenos são preferenciais, pois permitem a aplicação simultânea e se mostraram eficazes e seguras para os RNPTs.</p>	

RECOMENDAÇÕES E CUIDADOS

Evite contato com pessoas resfriadas ou com gripe

Evite locais fechados, onde se encontram muitas pessoas, como shopping e supermercados, dentre outros;

Limitar tempo e número de pessoas nas visitas;

Deixar a casa bem arejada, com portas e janelas abertas;

Pedir que as visitas lavem as mãos antes de pegar o bebê;

O prematuro é um bebê mais sonolento, que precisa ser acordado e estimulado nos horários das amadas;

Inicialmente, se houver muita dificuldade de sugar, a mãe deve ordenhar o seu leite e oferecer em um copinho. Não é recomendado oferecer o leite em mamadeiras, pois o bebê se acostuma ao bico de borracha;

O bebê prematuro tem a pele muito fina e sensível, sendo mais fácil adquirir assaduras. Portanto, deve ser trocada a fralda com mais frequência;

O banho de sol moderado no bumbum ajuda a pele do bebê a ficar mais resistente e trata a assadura devido a sua ação cicatrizante;

Lavar as roupas do bebê com sabão neutro, de preferência, o de coco que tem menos química. Evitar o uso excessivo de sabão em pó e amaciante, pois podem causar alergia em contato com a pele.

RECOMENDAÇÕES E CUIDADOS

Leve ao pediatra para verificar a saúde e o ganho de peso do bebê em casa;

Verificar com o médico a recomendação de vitaminas, ferro e fórmulas especiais;

Nas primeiras semanas os bebês prematuros precisam mamar de 8 a 10 vezes por dia;

Os bebês prematuros dormem mais horas por dia, mas por períodos mais curtos de tempo;



ORIENTAÇÕES ÀS MÃES DE BEBÊS PREMATUROS

Elaborado por: Solange Refatti Alves, aluna do Mestrado Saúde e Desenvolvimento Humano. Orientado por: Michelli Silva Cristina de Assis



FONTE: Who Born Too Soon, 2012