



FLÁVIA CONCEIÇÃO POHLMANN

**A PREMATURIDADE E SUA INTER-RELAÇÃO COM A REDE DE
ATENÇÃO À SAÚDE**

**RIO GRANDE
2013**

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE (FURG)
ESCOLA DE ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
MESTRADO EM ENFERMAGEM
A PREMATURIDADE E SUA INTER-RELAÇÃO COM A REDE DE ATENÇÃO À
SAÚDE

FLÁVIA CONCEIÇÃO POHLMANN

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

Orientadora: Nalú Pereira da Costa Kerber

RIO GRANDE

2013

FLÁVIA CONCEIÇÃO POHLMANN

A PREMATURIDADE E SUA INTER-RELAÇÃO COM A REDE DE ATENÇÃO À
SAÚDE

Esta dissertação foi submetida ao processo de avaliação pela Banca Examinadora para a obtenção do Título de **Mestre em Enfermagem** e aprovada na sua versão final em 05/03/2014, atendendo às normas da legislação vigente da Universidade Federal do Rio Grande, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Área de Concentração Enfermagem e Saúde.



Prof. Dr. Mara Regina Santos da Silva

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

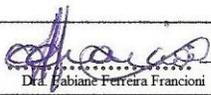
BANCA EXAMINADORA

Dra.  Presidente (FURG)

Dra. Nali Pereira da Costa Kerber

Dra.  -- Membro Externo (UFPEL)

Dra. Marli Correa Soares

Dra.  Membro Interno (FURG)

Dra. Fabiane Ferreira Francioni

Dr.- Suplente Interno (FURG)

Obs. Deve ser conforme Ata da Sessão de Apresentação e Sustentação de Dissertação ou Defesa de Tese

**Dedico esta dissertação a minha querida avó Anita
que é um exemplo de mulher forte e ser humano.
Sempre fez de tudo por mim e o que me tornei hoje
foi graças a ela. Te amo vó!**

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente à **Nalú**, sem ela nada disso seria possível. Agradeço por ter te encontrado e desde então não ter te largado mais, pois aprendi muitas coisas contigo, sei que acreditas em mim e reconheço o quanto de trabalho te dei, principalmente na última semana do prazo da dissertação. És uma pessoa e profissional maravilhosa e não te livrarás tão cedo de mim. O meu sincero Muito Obrigada por Tudo!

À **Deus**, pelo caminho, pelas oportunidades e pelo refúgio nos momentos difíceis.

Ao meu **Pai**, que nunca mediu esforços para fazer com que meus sonhos fossem realizados e que minha formação fosse prioridade, além de ser um exemplo de ser humano. À minha **Mãe** que esteve sempre presente, ajudando nos momentos difíceis e que talvez seja a pessoa mais bondosa que conheço.

Aos meus **Avós**, que mesmo com pouca instrução souberam me educar e me incentivar a buscar minha formação e que se sentem orgulhosos por hoje eu ser quem eu sou.

Ao meu afilhado **João Henrique**, que faz os meus dias melhores.

Às colegas do mestrado: **Carmem, Lisiane e Marina Sanchez** que fizeram a nossa trajetória muito mais divertida, apesar de todas às lamentações.

Aos meus grandes achados de 2013, **Natali e Matheus** que fizeram com que o ano fosse mais leve e que a vida fosse mais divertida.

Por fim, ao **Grupo de Pesquisa Viver Mulher**, que possibilitou muita aprendizagem e que pude contar em todos os momentos que necessitei de auxílio

RESUMO

POHLMANN, Flávia Conceição. A prematuridade e sua inter-relação com a rede de atenção à saúde. 85p. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem. Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande, Rio Grande, Rio Grande do Sul, 2013.

A prematuridade é um problema de saúde pública que está intimamente ligada aos índices de mortalidade infantil. Para que se consiga solucionar esse problema é necessário o preparo do sistema de saúde em atender as necessidades das gestantes e por meio de uma eficaz assistência pré-natal sejam identificados precocemente os fatores de risco na gestante, de forma a possibilitar uma intervenção efetiva, caso seja necessário. Este estudo tem por objetivo analisar a inter-relação entre as alterações de saúde e complicações gestacionais que costumam estar relacionadas à ocorrência do parto prematuro e a rede de atenção à saúde disponibilizada às gestantes. Estudo quantitativo longitudinal, do tipo estudo de caso-controle. O local foi município do Rio Grande – RS e os contextos de estudo referem-se às maternidades dos dois hospitais existentes no município, Hospital Universitário Dr. Miguel Riet Corrêa Jr. e Associação de Caridade Santa Casa. Esta pesquisa trabalhou com dados secundários, com a coleta realizada no banco de dados da pesquisa intitulada “Parto prematuro: estudo dos fatores associados para construção de estratégias de prevenção”, do Grupo de Pesquisa Viver Mulher, da Escola de Enfermagem, da Universidade Federal do Rio Grande. A população da pesquisa foram mulheres que apresentaram seu parto de forma prematura (casos) e mulheres com parto a termo (controles) em momento imediatamente posterior às que têm parto prematuro, durante os meses de novembro e dezembro de 2013, totalizando 29 casos e 29 controles. A coleta de dados foi iniciada em 01 de novembro e finalizada em 31 de dezembro, sendo realizada por integrantes do Grupo de Pesquisa Viver Mulher. A análise dos dados se deu por meio da estatística descritiva simples, com medidas de frequência, para que se consiga visualizar a presença de complicações e presença de tratamento aos agravos de saúde e como foi organizada a rede de atenção à saúde nos casos e controles e assim constatar a relação das causas e dos efeitos nestes dois grupos. Os aspectos éticos envolvendo pesquisas com seres humanos foram respeitados, bem como se obteve aprovação dos comitês de ética das instituições envolvidas, parecer n° 134/2013 CEPAS – FURG, parecer n° 05/2013 CEPAS – Santa Casa.

Descritores: Parto Prematuro; Fatores de Risco; Continuidade da Assistência ao Paciente; Obstetrícia; Enfermagem.

ABSTRACT

POHLMANN, Flavia Conceição. Gestational complications and preterm birth: an analysis of the health care network. 85p. Dissertation (Master's in Nursing) - Nursing School. Graduate Program in Nursing, Federal University of Rio Grande, Rio Grande, 2013.

Preterm birth is a major public health problem that is closely linked to infant mortality rates. For can solve this problem it is necessary the preparation of the health system to meet the needs of pregnant women and through effective prenatal care are identified early risk factors in pregnant women, in order to enable an effective intervention if necessary. This study is presented in order to try to identify the interrelationship between health disorders and pregnancy complications that are usually related to the occurrence of premature labor and health care available to pregnant women network. Does a longitudinal quantitative study of the case- control type. The place is the city of Rio Grande - RS and study contexts refer to the two existing maternity hospitals in the city, Hospital Universitario Miguel Riet Correa Jr. and Charity Association Santa Casa. This research work with secondary data, with the collection held in the database of survey entitled "Preterm birth: study of associated factors for development of strategies for prevention", Research Group Living Woman, School of Nursing, Federal University of Rio Grande. The population are women who had their birth prematurely (cases) and women with term delivery (controls) in immediately subsequent to having preterm labor, during the months of November and December 2013. Data collection began in November 1 and is being conducted by members of the Research Group Living Woman. Data analysis will be done through descriptive statistic method with measures of frequency, so you can visualize the presence of complications and effectiveness of the organization of the health care network in cases and controls and thus find the relation of cause and effect in cases and controls. The ethical issues involving human research are being respected, and it was approved by the ethics committees of the institutions involved.

Keywords: Premature Delivery; Risk Factors; Continuity of Patient Care; Obstetrics; Nursing.

RESUMEN

POHLMANN, Flavia Conceição. Complicaciones de la gestación y el parto prematuro: análisis de la red de atención de salud. 85p. Tesis (Maestría en Enfermería) - Escuela de Enfermería. Programa de Postgrado en Enfermería de la Universidad Federal de Rio Grande, Rio Grande, 2013.

El nacimiento prematuro es un problema importante de salud pública que está estrechamente vinculada a las tasas de mortalidad infantil. Para que se logre alcanzar la resolución de ese problema, es necesario la preparación del sistema de salud para satisfacer las necesidades de las mujeres embarazadas y en medio de la atención prenatal eficaz se identifican factores de riesgo tempranos en mujeres embarazadas, a fin de permitir una intervención eficaz si necesario. Este estudio se presenta con el fin de tratar de identificar la relación entre los trastornos de salud y complicaciones del embarazo que suelen estar relacionados con la aparición de parto prematuro y la atención de salud a disposición de la red las mujeres embarazadas. Se trata de un estudio cuantitativo longitudinal del tipo caso-control. El lugar es la ciudad de Río Grande - RS y contextos de estudio se refieren a los dos hospitales de maternidad existentes en la ciudad, el Hospital Universitario Miguel Riet Correa Jr. y la Asociación de Caridad de la Santa Casa. Este trabajo de investigación con datos secundarios, con la colección que tuvo lugar en la base de datos de la encuesta titulada "El parto prematuro: estudio de los factores asociados al desarrollo de estrategias para la prevención", Grupo de Investigación Viver Mujer, de la Escuela de Enfermería de la Universidad Federal de Rio Grande. La población del estudio son las mujeres que tuvieron su parto prematuramente (casos) y mujeres con parto a término (controles) inmediatamente después de tener un parto prematuro, durante los meses de noviembre y diciembre de 2013. La recolección de datos se inició el 1 de noviembre y está siendo llevada a cabo por miembros del Grupo de Investigación Viver Mujer. El análisis de datos se realiza a través de estadística descriptiva simple con medidas de frecuencia, para que pueda visualizar la presencia de complicaciones y la eficacia de la organización de la red de atención de salud en los casos y controles y así encontrar la relación de causa y efecto en los casos y controles. Se están respetando los aspectos éticos relacionados con la investigación en humanos, y fue aprobado por los comités de ética de las instituciones involucradas.

Palabras Clave: Parto Prematuro, Factores de Riesgo; Continuidad de la Atención al Paciente; Obstetricia; Enfermería.

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO.....	11
2. OBJETIVOS.....	16
3. REVISÃO DE LITERATURA.....	17
3.1. SEÇÃO I.....	18
3.1.1. Caracterização do Parto Prematuro e Fatores de Risco Associados.....	19
3.2. SEÇÃO II.....	21
3.2.1. Apresentação das Redes de Atenção à Saúde.....	21
3.2.2. Apresentação dos Estudos sobre Redes.....	23
3.2.3. Rede Cegonha	27
4. METODOLOGIA.....	29
4.1. Tipo de Estudo.....	29
4.2. Local.....	30
4.3. População do Estudo.....	31
4.4. Coleta de Dados.....	32
4.5. Análise de Dados.....	33
4.6. Aspectos Éticos	34
5. RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	35
5.1 Artigo 1 - Parto Prematuro: Abordagens Presentes na Produção Científica Nacional e Internacional.....	36
5.2 Artigo 2 - A Prematuridade e sua Inter-Relação com Rede de Atenção à Saúde....	50

CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	66
REFERÊNCIAS.....	68
ANEXO A – Questionário aplicado à puérpera.....	72
ANEXO B – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.....	82
ANEXO C- AUTORIZAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DA ÁREA DE SAÚDE – CEPAS/FURG.....	83
ANEXO D- AUTORIZAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA SANTA CASA.....	84
ANEXO E - CARTA DE AUTORIZAÇÃO DA COORDENADORA DO PROJETO.....	85

1. INTRODUÇÃO

O parto prematuro (PP) é aquele que se concretiza entre a vigésima e trigésima sétima semana incompleta (BRASIL, 2012). O estudo de tal temática se torna relevante em virtude de que são estimados o nascimento de 15 milhões de bebês prematuros por ano em todo mundo (MARCHO et al, 2012). A prematuridade representa fator de preocupação com a saúde do neonato, visto que contribui para maior chance de terem consequências graves em sua saúde a longo prazo, como cegueira, paralisia cerebral, problemas de aprendizagem e desenvolvimento (GWEN LATRENDESSE, 2009). Portanto, é necessária a identificação dos problemas locais para a elaboração de estratégias que possam mudar tal estimativa da realidade.

A prematuridade está relacionada, segundo o Ministério da Saúde (MS), a fatores de risco que podem ser de ordem psicossocial, comportamental e ou fisiológica (BRASIL, 2012). Estudo aponta que os fatores de risco associados ao Trabalho de Parto Prematuro (TPP) podem ser classificados em diversas categorias, a primeira corresponde aos fatores epidemiológicos, quando possui relação aos hábitos e condições de vida da mulher como, por exemplo, o uso de drogas, nutrição e condição socioeconômica. Também há os fatores obstétricos que estão relacionados com sangramentos do primeiro e segundo trimestre, parto prematuro anterior, entre outros. Entre os fatores ginecológicos, estão as alterações anatômicas e malformações do aparelho reprodutor feminino. Os fatores considerados clínico-cirúrgicos se relacionam com as infecções, doenças maternas como diabetes e hipertensão e procedimentos cirúrgicos na gravidez. Ainda podem ser citados os fatores genéticos, que podem ser tanto de origem materna quanto fetal, e também os fatores iatrogênicos e os desconhecidos (BITTAR, FONSECA, ZUGAIB, 2010).

Alteração que representa papel importante para o desencadeamento de TPP está nas infecções urinárias, intimamente ligadas com o aumento da ocorrência da prematuridade na gestação complicação gestacional (SILVA et al, 2010; LAJOS et al, 2008; NOMURA et al, 2009).

A problemática de saúde envolvendo a prematuridade está relacionada aos diversos fatores envolvidos neste processo. Portanto, os profissionais responsáveis pelo pré-natal devem identificar os fatores de risco de forma precoce e considerar que de forma independente ou interdependente podem ser responsáveis pelo desencadeamento do TPP.

Assim, o desfecho de cada caso poderá ser satisfatório e as morbidades maternas e fetais prevenidas por meio de como se está assistindo às mulheres e famílias que vivenciam um PP (ALMEIDA et al, 2012). Assim, percebe-se a importância de uma rede de atenção à saúde (RAS) bem estruturada, capaz de atender as necessidades da população e ser efetiva na prevenção de agravos à saúde materna e neonatal.

A prematuridade é um problema de saúde pública que contribui para uma elevada taxa de mortalidade infantil, pois quando os recém-nascidos conseguem sobreviver, representam uma preocupação para os serviços de saúde e suas famílias, pelas sequelas e danos que podem ser oriundas de um nascimento pré-termo (RAMOS, CUMAN, 2009). A realidade da prematuridade no Brasil representa a “10ª posição entre os países responsáveis por 60% dos nascimentos prematuros do mundo, com a estimativa de que ocorreram 250 mil ou mais nascimentos prematuros no ano de 2010” (MARCHO et al; 2012, p. 38).

No estado do Rio Grande do Sul, segundo dados do MS, a prematuridade representou 8,5% dos nascimentos em 2004, atingindo a maior taxa de prematuridade entre os demais estados brasileiros. Em 2008, a taxa aumentou, atingindo 9,2% dos nascimentos, representando a maior taxa dos últimos 10 anos. No município do Rio Grande o percentual preliminar de nascimentos prematuros, também no ano de 2008, foi de 6,7%. (BRASIL, 2004a; BRASIL, 2008). O Sistema de Informação de Nascidos Vivos (SINASC), modificou as declarações de nascidos vivos para uma melhor leitura dos dados, um dos campos modificados foi a idade gestacional em que o parto ocorreu, a partir desta modificação e melhor compreensão dos dados, foi possível observar um aumento das taxas de nascimentos prematuros em todas regiões do país no ano de 2011, todas acima dos 9% e não chegando a 12%, incluindo a taxa nacional (SINASC, 2011).

Para que a realidade seja modificada e se consiga intervir efetivamente é necessário o preparo do sistema de saúde em atender as necessidades das gestantes e que no pré-natal os profissionais de saúde identifiquem precocemente os fatores de risco que a gestante apresenta. Se a prevenção for tardia, é necessário que a atenção à saúde nesse momento leve em conta aspectos que fogem apenas do aspecto fisiológico do TPP, tentando retardá-lo e os profissionais envolvidos consigam dar apoio emocional à mãe e à família (BRASIL, 2010).

Ao se abordar a saúde da mulher no Brasil, pode-se constatar que ao longo dos anos a atenção à saúde das mulheres vem recebendo maior atenção do governo, com vistas à redução da mortalidade materna e neonatal (BRASIL, 2004b), mas infelizmente, não vem alcançando a qualidade e a efetividade necessárias na realidade dos serviços. Ainda são encontradas

dificuldades em concretizar as ações preconizadas pelo MS. Apesar dos investimentos do próprio MS para que ocorra a implementação dos programas que asseguram atendimento efetivo e resolutivo, há a formação dos profissionais que não são bem exploradas na formulação das políticas de saúde. Apenas incluir os programas na formação dos profissionais não é considerado uma medida efetiva para garantir que a humanização e atenção à saúde resolutiva estejam presentes na assistência à mulher (BUSANELLO et al, 2011).

Outro fator que prejudica a efetivação da assistência resolutiva é o fato de que o Sistema Único de Saúde (SUS) está pautado em metas quantitativas, em oferecer o máximo de cuidados possíveis à população, em detrimento dos cuidados necessários. Tal realidade é favorecida por um sistema de financiamento que valoriza o número de serviços ofertados. Dessa forma, é incentivado um sistema pautado na doença em detrimento de um sistema em que a saúde seja o foco, por meio de ações de promoção e manutenção de saúde (MENDES, 2011).

Assim, constata-se que ações preventivas, como identificação precoce de fatores de risco associados à prematuridade e uma rede de atenção à saúde bem articulada para atender esta demanda são desconsideradas. Em contrapartida, a tecnologia e os serviços de alta complexidade que um prematuro e uma assistência ao TPP exigem é mais valorizada em termos de capital ao serviço que as utilizou.

Quando o modelo de referência em saúde utilizado prioriza a cura e não a promoção de saúde, não considera o ser humano em sua totalidade, entende-se ser necessário repensar a saúde e seu modo de produzi-la, com um pensamento sistêmico, capaz de superar a fragmentação da assistência. Esse pensamento sistêmico representa considerar a percepção de saúde de cada indivíduo, levar em consideração o meio ambiente e a partir desta relação buscar suprir as necessidades de cada sujeito, para então acarretar o exercício de um modelo de assistência capaz de superar o modelo biomédico (CAPRA, 2004).

A produção de saúde depende de diversos fatores que se inter-relacionam, como a construção de um sistema formado em redes capazes de suprir as necessidades e demandas dos indivíduos, bem como da relação dos serviços da rede, proporcionando a continuidade da saúde (BRASIL, 2009). Torna-se também importante, o processo de trabalho dos profissionais de saúde, organizado de modo que seja capaz de transformar a forma como se está produzindo saúde, como forma de qualificar e humanizar a assistência, bem como de fazê-la mais resolutiva (CECÍLIO, 2001).

No intuito de direcionar e organizar a rede de atenção, o MS publicou, em dezembro de 2010, a Portaria 4.279, que estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção a Saúde (RAS) no SUS. As RAS são consideradas estratégias para superar a fragmentação da assistência, com um sistema de saúde interligado em todos os níveis, favorecendo uma assistência resolutiva e efetiva nas necessidades da população (BRASIL, 2010).

Ao visualizar a organização do trabalho na Enfermagem/Saúde no município do Rio Grande, direcionando para a especificidade da saúde da mulher no pré-natal, objeto de minha trajetória acadêmica, percebo que esta ainda se encontra pautada no modelo biomédico. Esta percepção foi possibilitada por meio dos resultados obtidos em pesquisa desenvolvida no meu trabalho de conclusão de curso (POHLMANN, 2013). Tal realidade propicia a não prevenção e a intervenção como prática rotineira no pré-natal, portanto, como enfermeira, que está envolvida na saúde da mulher e por estar inserida no Grupo de Pesquisa Viver Mulher, da Escola de Enfermagem, da Universidade Federal do Rio Grande, me preocupo com a assistência que as gestantes recebem e me interesso em contribuir com a melhoria da realidade que elas vivenciam.

Ao analisar estudos que discutem a prematuridade foi possível identificar os mais diversos assuntos em relação à prematuridade, entre eles destaca-se estudo que identifica os fatores de risco relacionados à prematuridade por meio de pesquisa documental (RAMOS; CUMAN, 2009); Estudo que identificam aspectos negativos e positivos sobre o vivenciar a prematuridade, com o relato das mães e suas famílias (LÓPEZ, RODRIGUES, 2011); Pesquisa que menciona a conduta profissional adequada para o manejo do TPP, bem como o papel da enfermagem nessa especificidade de assistência (SOUZA, et al, 2009). Entretanto, mesmo com muitos estudos desenvolvidos sobre a temática não foi encontrado um que fizesse a relação direta entre a assistência recebida no pré-natal na RAS e a prematuridade, sendo, portanto, a justificativa para realizar esta proposta de estudo.

A Enfermagem possui papel primordial na promoção da saúde e na prevenção de agravos às gestantes no pré-natal, pois por ser responsável pela realização do pré-natal de baixo risco pode detectar precocemente fatores de risco relacionados à prematuridade e intervir. Bem como, deve acionar a rede de atenção à saúde para que dê suporte à gestante que apresenta os fatores de risco e assim produzir saúde efetivamente para àquelas que assiste.

Ao discutir os aspectos relacionados à prematuridade do parto e a rede de atenção à saúde às gestantes, algumas inquietações se fazem presentes: Quais as complicações gestacionais mais frequentes apresentadas por mulheres que tiveram parto prematuro o

município do Rio Grande? Como está estruturada a RAS para a assistência à gestantes que vivenciaram a prematuridade no município do Rio Grande? Existem diferenças relacionadas à presença de complicações gestacionais e à rede de atenção à saúde entre mulheres que tiveram parto a termo e parto prematuro?

2. OBJETIVO GERAL

- Analisar a inter-relação entre a prematuridade e a rede de atenção à saúde disponibilizada às gestantes.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

- Conhecer a produção científica acerca da prematuridade;
- Identificar as complicações gestacionais relacionados à prematuridade mais frequentes na gestação em mulheres que tiveram parto prematuro e parto a termo;
- Comparar as complicações gestacionais e a estrutura da rede de atenção à saúde entre mulheres que tiveram parto prematuro e parto a termo;
- Verificar se existe associação entre a prematuridade e a atenção proporcionada pelo sistema de saúde.

3. REVISÃO DE LITERATURA

A revisão de literatura do presente estudo foi dividida em duas seções, para melhor apresentação e compreensão do leitor. Como esse trabalho diz respeito à rede de atenção às gestantes que vivenciaram um parto prematuro, a primeira tratará do parto prematuro em si, de modo a proporcionar maior conhecimento acerca dessa problemática e a segunda irá abordar a temática da rede de atenção à saúde.

Apresentação da Seção I – A primeira seção a caracterização e a identificação dos fatores de risco relacionados ao parto prematuro, com o referencial do Ministério da Saúde que aborda o parto prematuro, no Manual Técnico sobre Gestação de Alto Risco, atualizado no ano de 2012 e de alguns autores que abordam o assunto, além de trazer informações contidas no Sistema de Informações sobre os nascidos vivos - 2011.

Apresentação da Seção II – A segunda seção foi dividida em três partes: na primeira será apresentada as Redes de Atenção à Saúde, com base na Portaria 4.279 de 30 de dezembro de 2010 e no livro “As Redes de Atenção à Saúde”, de autoria de Eugênio Vilaça Mendes, do ano de 2011, em elaboração conjunta com a Organização Pan-Americana de Saúde, considerado referência na temática envolvendo a saúde no Brasil. Na segunda parte serão apresentados alguns artigos que envolvem a temática que ainda é considerada nova, no que diz respeito à RAS no âmbito do SUS e que não apresenta vasta produção científica publicada. Na parte final da sessão é apresentada a Rede Cegonha que aborda a temática da saúde da mulher em formato de rede, sendo de interesse primordial no presente estudo.

3.1. SEÇÃO I

3.1.1. CARACTERIZAÇÃO DO PARTO PREMATURO E FATORES DE RISCO ASSOCIADOS

O trabalho de parto prematuro (TPP) é caracterizado por contrações frequentes que acarretam mudanças cervicais (uma a cada 5 a 8 minutos), dentre as mudanças ocorridas estão a dilatação maior que 2,0 centímetros e/ou esvaecimento do colo uterino maior que 50%, constitui-se parto prematuro quando esses sintomas resultam em um parto entre a vigésima e

trigésima sétima semana gestacional incompleta. O pré-natal pode auxiliar na redução dos índices de parto prematuro (PP), pois os prenatalistas podem identificar fatores de risco associados ao PP e podem intervir de forma que ações preventivas sejam colocadas em prática e tragam benefícios à mulher, ao recém nascido, à família e a sociedade em geral (BRASIL, 2012).

Segundo o Ministério da Saúde (MS) os fatores de risco podem ser de ordem psicossocial, comportamental e ou fisiológica. A seguir é apresentado um quadro formulado a partir das informações contidas no Manual Técnico sobre Gestação de Alto Risco formulado pelo MS e atualizado em 2012 que se refere aos fatores de risco para o PP.

Quadro 1 - Fatores de Risco para o Parto Prematuro (MS) (BRASIL, 2013)

Psicossocial	Comportamental	Fisiológico	
Ausência de controle Pré-natal	Atividade física aumentada	Parto Prematuro Prévio	
	Tabagismo	História de um ou mais abortos espontâneos no segundo trimestre	
	Uso de cocaína	Comprimento cervical menor que 03 centímetros	
	Situações de alto estresse	Extremos de idade	
	Trauma		Complicações maternas (clínicas ou obstétricas)
			Gestação múltipla
			Anomalias congênitas
			Polihidrâmnio
			Rotura de membranas prematura pré-termo
			Deslocamento de placenta
			Presença de DIU
			Mioma
			Anomalias uterinas
			Insuficiência istmo-cervical
Infecções maternas			
Síndrome antifosfolípide			
Cirurgia			

Os fatores de risco para o PP devem ser investigados durante todo o acompanhamento pré-natal, uma vez que a prevenção desta complicação ainda é um desafio para a obstetrícia. Contudo, alguns resultados tem se mostrado positivos em relação à identificação e tratamento precoce de infecções genitais e do trato urinário materno, assim como a adaptabilidade da grávida aos cuidados necessários para o manejo do TPP satisfatório (BRASIL, 2012).

O PP geralmente possui causa multifatorial ou sua causa é desconhecida, devido a quase 50% dos partos nesta condição não possuírem causa específica determinada (McPHEETERS et al, 2005). Muitas causas que desencadeiam o parto prematuro estão presentes antes da gestação, sendo então necessário um bom pré-natal para identifica-las precocemente (BITTAR; FONSECA; ZUGAIB, 2010). Percebe-se que a identificação precoce de fatores de risco associados ao PP e a adequada assistência podem contribuir de forma significativa para a prevenção do PP e suas morbidades materna e fetal. Portanto, espera-se que a rede de atenção ao parto prematuro seja efetiva e os profissionais estejam aptos a agir de forma a contribuir para a redução dos índices de partos pré-termo.

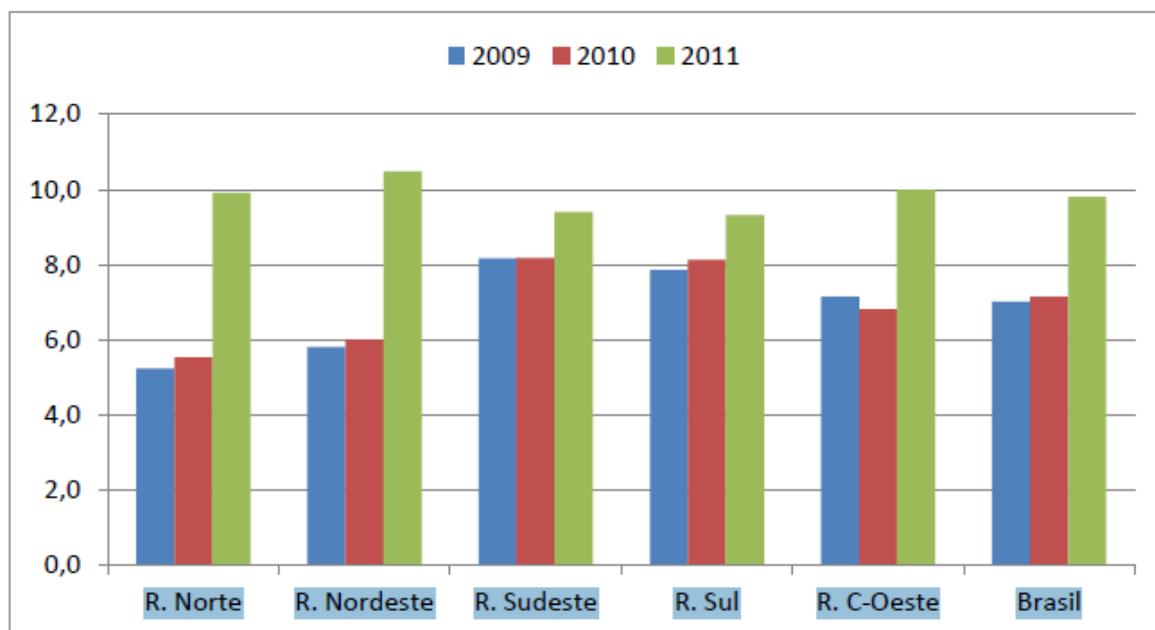
O diagnóstico do PP se dá na avaliação clínica da paciente, sendo muitas vezes subjetivo do profissional que está assistindo esse momento. Um conflito para a tomada de decisão está muitas vezes presente no diagnóstico, pois a presença de contrações uterinas não indica por si só um TPP, porém aguardar para a confirmação dos sinais pode ser inadequado, em virtude de o tratamento ser mais efetivo quando iniciado precocemente (FREITAS et al, 2001). Assim os profissionais necessitam estar atentos para os sinais que a gestante apresenta e saberem diferenciar um trabalho de parto verdadeiro do falso.

Quando a gestante apresenta os sintomas de TPP precisa ser encaminhada a um serviço de gestação de alto risco para ser tratada adequadamente (BRASIL, 2012), assim a RAS precisa ser acionada em suas ramificações para dar conta de assistir esse momento. A tomada de decisão em prolongar a gestação ou encerrá-la requer análise minuciosa das condições maternas e fetais, quando há risco para saúde de ambos é necessário a intervenção imediata, se há possibilidade de esperar o tratamento ser efetivo espera-se para obter melhores resultados (BITTAR; CARVALHO; ZUGAIB, 2005).

O uso de inibidores de trabalho de parto e tocolíticos são indicados para as gestantes com diagnóstico de TPP, salvo quando estes são contraindicados. O principal objetivo da tocolise é ganhar tempo necessário para a ação do corticoide ou de realizar o transporte materno fetal com segurança. O uso destes medicamentos é indicado quando há latência do trabalho de parto (dilatação inferior a 3 centímetros) e idade gestacional de 22 a 34 semanas, desde que o serviço possua bom nível de atendimento neonatal (BRASIL, 2012).

O modo como a conduta profissional se desenvolve e como a RAS está articulada para atender as mulheres e as famílias que vivenciam a prematuridade é de extrema importância para o desfecho do caso. Portanto, os profissionais que estão envolvidos neste tipo de assistência devem conhecer os serviços de apoio e as ações necessárias à otimização do tratamento e dos cuidados necessários.

Os serviços de saúde devem estar preparados para prevenir a prematuridade, pois nos anos de 2009, 2010 e 2011, com as modificações do Sinasc para uma melhor obtenção dos dados sobre os nascidos vivos, foi observado um aumento nas taxas de prematuridade em quase todas regiões do país, incluindo também a taxa nacional, como pode ser observado no gráfico à seguir. Ainda, o ano de 2011 apresentou maior taxa de prematuridade da última década, podendo ser confirmado na Tabela 1. (SINASC, 2011),



Fonte: Sinasc - CGIAE/SVS/MS

Tabela 1 - Percentual de nascidos vivos com duração da gestação inferior a 37 semanas, Brasil e Regiões, 2000 a 2011

R. Ocorrência	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
R. Norte	6,3	5,9	5,4	5,2	5,1	5,1	5,1	4,5	5,1	5,2	5,5	9,9
R. Nordeste	6,2	5,6	5,4	5,2	5,5	5,6	5,6	5,4	5,7	5,8	6,0	10,5
R. Sudeste	7,0	6,8	6,9	7,1	7,4	7,4	7,5	7,7	7,9	8,2	8,2	9,4
R. Sul	7,0	6,8	6,9	7,2	7,3	7,3	7,6	7,7	8,0	7,8	8,1	9,3

Fonte: Sinasc, 2011.

3.2. SEÇÃO II

3.2.1. APRESENTAÇÃO DAS REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE

O SUS é uma proposta que se constituiu a partir de uma intensa movimentação social, se concretizando em uma política social que foi consolidada por meio da Constituição Federal de 1988. Trata-se de uma política que ainda está em fase de construção e de experiência e que possui resultados e avanços inquestionáveis, mas que para a atualidade da saúde da população necessita ser reinventada, pelos desafios que vem apresentando e para a superação destes (MENDES, 2011).

Infelizmente, o SUS está pautado em metas quantitativas, em oferecer o máximo de cuidados possíveis à população, em detrimento dos cuidados necessários. Tal realidade é favorecida por um sistema de financiamento que valoriza o número de serviços ofertados. Dessa forma, se incentiva um sistema pautado na doença em detrimento de um sistema onde a saúde seja o foco, realizando especialmente ações de promoção e manutenção de saúde (MENDES, 2011).

Pensando em reestabelecer uma relação entre a saúde da população e o sistema de saúde, foi prevista as RAS, como um novo meio de organizar a prestação de assistência à saúde, formando sistemas interligados capazes de responder às demandas que a sociedade apresenta (MENDES, 2011). Com isso, a Portaria 2.729 de 30 de dezembro de 2010 entrou em vigor, estabelecendo as diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do SUS (BRASIL, 2010).

No documento que trata sobre as RAS está expresso o objetivo de superar a fragmentação da atenção e da gestão do sistema de saúde, além de reestruturar o funcionamento do SUS, visando assegurar à sociedade serviços e ações que beneficiem a saúde em sua totalidade (BRASIL, 2010). Trata-se de um sistema de atenção à saúde que, desenvolvido a partir de uma resposta social, bem como a criação do SUS, opera com coerência total entre a situação de saúde da população e os serviços que os assiste (MENDES, 2011).

A proposta de um sistema de saúde em forma de rede está contida na pretensão de prestar uma assistência no local onde há sua necessidade, no tempo em que essa assistência seja efetiva, com uma qualidade satisfatória, com um custo que atenda às necessidades da população, sem favorecer metas quantitativas e com a responsabilização dos seus prestadores (MENDES, 2011). O impacto positivo que as RAS podem trazer para a população está posto

na inovação de redirecionar a assistência à saúde, favorecendo a superação da fragmentação da saúde e nas experiências que vem se mostrando favorável para a superação dos diferentes cenários que a saúde se faz necessária (BRASIL, 2010).

As redes são organizadas por meio de um conjunto de pontos de atenção à saúde que estão interligados, superando a fragmentação do cuidado e assim, tendem a prestar uma assistência contínua e humanizada. É necessário que um movimento que ainda está sendo começado, atente à população e aos gestores de saúde para as RAS, pois estas tem se mostrado efetivas na melhoria da crise de saúde na atualidade de diversos países. Quando as RAS são incorporadas aos sistemas de saúde melhoram significativamente os resultados sanitários e econômicos dos sistemas de atenção à saúde, bem como a qualidade da saúde da população e a sua efetivação (MENDES, 2011).

O objetivo principal de uma rede é conseguir concretizar a integração sistêmica dos serviços de saúde e de suas ações, e fazer com que o todo consiga atingir um ideal de saúde capaz de responder às necessidades da população que é responsável (BRASIL, 2010). Mendes refere que para concretizar uma rede ela deve:

ser feita de forma efetiva, eficiente e com qualidade, tem de estruturar-se com base nos seguintes fundamentos: economia de escala, disponibilidade de recursos, qualidade e acesso; integração horizontal e vertical; processos de substituição; territórios sanitários; e níveis de atenção. (MENDES, 2011, p.71)

Outro elemento dentro das RAS que se faz pertinente para o seu sucesso são as linhas de cuidado, que são caracterizadas por uma articulação entre os recursos e práticas que produzem a saúde. As práticas são influenciadas pelas diretrizes clínicas que conduzem para uma assistência efetiva, ágil e singular de acordo com a necessidade e individualidade de cada indivíduo que procura que sua saúde seja assistida. Esse elemento se torna um agregador ao longo do cuidado prestado, pois visa que haja uma conectividade dos atores e de suas funções que estão envolvidos na prestação da assistência. Ainda, pressupõe que os profissionais envolvidos na assistência se sintam responsáveis e elementos ativos dentro da rede e que podem fazê-la perpetuar (BRASIL, 2010).

Entende-se que para efetivar uma assistência à saúde de forma que esta seja satisfatória e que gere valor para os usuários, necessita-se de uma reestruturação do atual sistema de saúde. As RAS são uma estratégia potencial para superar a atual crise de saúde brasileira, mas para efetivá-las se torna necessário que os profissionais as entendam e que os

gestores consigam coloca-las em práticas, visando uma melhora significativa que esta pressupõe. Diante do exposto, percebe-se a relevância de que estudos referentes às RAS sejam realizados, apontando aspectos que devem ser melhores trabalhados, bem como aspectos que devem ser perpetuados no processo de construção de uma rede. Assim, evidências científicas se tornarão base para a comprovação de uma alternativa competente para superar a atual crise do sistema de saúde.

3.2.2. APRESENTAÇÃO DOS ESTUDOS SOBRE REDES

Poucos estudos foram encontrados com a temática envolvendo as RAS no âmbito do SUS e referindo-se a portaria que a regulamenta. Realizar um texto sobre o estado da arte acerca da temática em questão se tornou dificultoso, por alguns motivos. O primeiro dele está posto em o termo “Redes de Atenção à Saúde” não ser considerado um descritor e dificultar o trabalho de pesquisa, além de a temática ser considerada nova, visto que somente em 2010 uma portaria a regulamentou.

Diante do exposto, foi realizada uma busca de estudos que tivessem como palavra chave: redes de atenção à saúde ou rede, nos últimos 05 anos, sendo, com isso, encontrado apenas 05 estudos que abordavam a temática em questão, todos em língua portuguesa e que serão apresentados na sequência:

Quadro 02 – Apresentação dos artigos sobre Redes de Atenção á Saúde

Artigo	Título	Autores	Periódico	Objetivo
Artigo 1	Organização de redes regionalizadas e integradas de atenção à saúde: desafios do Sistema Único de Saúde (Brasil)	SILVA, F. S.	Ciência & Saúde Coletiva, v.16, n.6, p. 2753-2762, 2011.	Analisar os desafios presentes no Sistema Único de Saúde para promover uma melhor integração entre os serviços e organizar redes.
Artigo 2	Saúde Mental na atenção básica à saúde de Campinas, SP: uma rede ou um emaranhado?	FIGUEIREDO, M. D.; CAMPOS, R. O.	Ciência & Saúde Coletiva, v.14, n.1, p. 129-138, 2009.	Analisar o funcionamento do Apoio Matricial da Saúde Mental no Programa Paidéia Saúde da Família de Campinas (SP)

Quadro 02 – Apresentação dos artigos sobre Redes de Atenção à Saúde

Artigo 3	Análise da rede de atenção ao câncer de colo uterino a partir da trajetória de usuárias no Distrito Federal-BR	GÖTTEMS, L. B. D.; SANTOS, N. R. C.; SOUZA, S. F. O.; MORAIS, T. C. P.; SANTANA, A. J.; PIRES, M. R. G. M.	Revista Eletrônica Gestão & Saúde, v. 3, n. 02, p. 630-46, 2012.	Delinear o percurso assistencial das mulheres desde o aparecimento dos sintomas até a realização do tratamento; identificar os potenciais e limites da rede de atenção ao CCU no DF.
Artigo 4	Redes de atenção à saúde: contextualizando o debate	KUSHNIR, R.; CHORNY, A. H.	Ciência & Saúde Coletiva, v.15, n.5, p. 2307-2316, 2010.	Buscar referências na literatura e na experiência internacional que possam contribuir para o debate da constituição de redes no SUS.
Artigo 5	O Processo de Construção de uma Rede de Atenção em Saúde Mental: desafios e potencialidades no processo de Reforma Psiquiátrica	ZAMBENEDETTI, G.; PERRONE, C. M.	Physis Revista de Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 18, n. 2, p. 277-293, 2008.	Investigar como vem sendo o processo de construção da rede de atenção em saúde mental no município de Santa Maria-RS

A partir da análise dos artigos foi possível observar que a maior concentração dos estudos está associada ao campo de teorização das RAS, demonstrando o processo de constituição do modelo de atenção em questão (artigo 04), e os desafios do SUS para assegurar as RAS (artigo 01). A saúde mental desponta como a área que mais estudos correlacionou com as redes (artigo 02 e 05), sendo que a saúde da mulher com câncer de colo uterino também foi abordada em um estudo (artigo 03).

As RAS emergem como uma solução para a atual crise de saúde brasileira. Assim, ela pretende superar a fragmentação da assistência que hoje é realidade dos serviços de saúde, bem como organizar um serviço que seja capaz de atender às demandas da sociedade, parecendo que a solução que se apresenta como mais cabível é organizar os serviços em redes (SILVA, 2011).

Para Silva (2011), as RAS são uma importante ferramenta, capaz de trazer benefícios para a saúde da população. Tal modelagem de assistência à saúde é capaz de diminuir gastos e promover uma assistência efetiva para a necessidade de cada indivíduo (SILVA, 2011), superando a crise do investimento precário à saúde e a promoção de ações que não condizem com a realidade do indivíduo e sua situação de saúde.

Contudo, há inúmeros desafios que o SUS apresenta na sua constituição como serviço de saúde, que dificultam uma reorganização em sua estrutura em forma de redes. Como exemplo, podem ser citados a dificuldade de acesso, a falta de responsabilização dos gestores e esferas do governo em relação à qualidade da assistência prestada e o descaso com investimentos na atenção primária e de valorização da população (SILVA, 2011).

As RAS são respostas sociais que podem superar a fragmentação da assistência, pois é preconizado que essas redes estejam prestando assistência de saúde nos lugares que se fazem necessária, no tempo certo, com a qualidade certa, com o custo correto e leva em consideração a responsabilização dos agentes envolvidos. Ainda, prevê que a atenção primária é a porta de acesso do indivíduo que necessita de assistência, sendo este nível o mais importante, pois é capaz de acionar os demais níveis da rede para solucionar as necessidades da população, bem como gerar valorização da sociedade pelo serviço que atende de forma satisfatória sua saúde (MENDES, 2011).

Percebe-se, assim, que os benefícios que as RAS podem trazer para a população, bem como os desafios que são necessários ultrapassar, descritos por Silva (2011) estão de acordo com as ideias proposta por Mendes (2011) em seu livro considerado referência na temática. Assim, pode-se afirmar a importância que a RAS assume na melhoria da saúde da população, bem como a importância de investimentos em pesquisas que apontem para a comprovação dos benefícios que a RAS trazem e os modos de superar os desafios, para que esta se perpetue e alcance seus objetivos.

Historicamente, o primeiro documento que menciona a operacionalização de redes em um serviço de saúde está contido no Relatório Dawson, publicado em 1920, por solicitação do governo inglês, oriundo da necessidade de mudanças na assistência à saúde da população local pós Primeira Guerra Mundial. Tal relatório é considerado um marco na mudança de modelos de saúde da época, pois considerava essencial a associação da medicina preventiva com a curativa (KUSCHNIR; CHORNY, 2010).

As RAS no Brasil, são respostas sociais, vinculadas à necessidade de garantir acesso com equidade à toda população. Hoje em dia, elas representam a garantia do direito à saúde que está constituído no Constituição Federal, favorecendo o acesso aos serviços de saúde, bem como diminuindo as desigualdades de atendimento que se fazem presentes, à medida que um sistema em rede, propicia a proximidade com a população que tem responsabilidade. Contudo, novos desafios a serem superados são expostos na literatura, a saúde por ser de responsabilidade pública, que envolve decisões políticas, está a mercê de interesses de autoridades, que deveriam estar sensibilizadas para a problemática da saúde pública (KUSCHNIR; CHORNY, 2010).

Dessa forma, a Organização Mundial de Saúde considera que dentro da constituição de uma RAS é necessário que haja articulação entre a formulação de política pública e a gestão, superando a intencionalidade e interesse particular tanto dos responsáveis por elaborar as políticas, como dos gestores, responsáveis por implantá-las (ORGANIZACION

PANAMERICANA DE LA SALUD, 2008). Percebe-se que os desafios para a constituição e operacionalização de RAS são complexos e que demandam energia dos agentes envolvidos, trata-se de interferir em como as ações das pessoas envolvidas na RAS repercutem nas respostas às necessidades que a população apresenta. "Entretanto, qualquer possibilidade de mexer em processos de trabalho encontra, como parte de seus desafios, mexer com as cabeças e interesses, e suas formas de representação como forças que atuam molecularmente no interior dos processos micropolíticos" (MERHY; ONOCKO, 1997, p.96).

Estudos que possibilitam a análise de uma RAS podem elucidar se esta pode realmente chegar aos seus objetivos, além de elencar os desafios apresentados na sua implantação. Com isso, a área de saúde mental apresenta que a RAS é o único meio plausível de superação do modelo biomédico comumente desenvolvido nesta especificidade de assistência à saúde. A mudança na lógica do processo de trabalho perpetuado por anos requer que os profissionais envolvidos reflitam sobre sua prática e que se disponibilizem espaços para que isto ocorra, assim poderão tornar consciência de que prestar assistência adequada é a forma mais coerente de assistir a saúde mental, não focando apenas no componente doença (FIGUEIREDO; CAMPOS, 2009).

Percebe-se que a Rede de Atenção à Saúde mental possui limitações quanto a implantação da política, pois para os profissionais que prestam assistência nessa especificidade ela trata-se de um ideal que não consegue se concretizar. Dentre os problemas que não se consegue resolver está a dificuldade de acesso aos serviços, destituição do vínculo entre profissional e usuário e a fragmentação do cuidado, indo de encontro com que os preceitos da RAS. Por outro lado, alguns avanços são percebidos ao se instituir a RA à saúde mental, como já mencionado em outro estudo, a superação do modelo hegemônico e o número exacerbado de internações hospitalares psiquiátricas (ZAMBENEDETTI; PERRONE, 2008).

Em relação à saúde da mulher, temática que interessa o presente estudo, apenas um artigo foi encontrado tratando do câncer de colo uterino e a análise da rede que assiste esta especificidade. Ponto positivo levantado pelo estudo é que a RAS da mulher do Distrito Federal possui uma grande oferta de serviços de atenção primária, em contrapartida há desarticulação nas ofertas de serviços de diagnóstico, heterogeneidade nas condutas dos profissionais que assistem esse momento, comprometendo uma assistência integral à mulher (GÖTTEMS et al, 2012).

Para superar tais problemas evidenciados pelo estudo da RAS da mulher, os autores referem que é necessário articular os recursos físicos, tecnológicos e humanos, para que se

atinga a integralidade do cuidado. Ainda são levantados pelos autores a necessidade de investir na reflexão da prática dos profissionais, por meio de cursos de educação permanente, como forma de que os profissionais percebam a importância do cuidado centrado na pessoa e na resolução dos problemas presentes na perpetuação de uma RAS (GÖTTEMS et al, 2012).

Diante da apresentação dos estudos encontrados, percebe-se a lacuna que se faz presente na produção de estudos que analisem as RAS, podendo contribuir para detecção dos problemas e das potencialidades deste modo de produzir saúde. Portanto, torna-se necessário que estudos contribuam para a produção do conhecimento nesta temática, visando compreender o problema que se apresenta e formulando possíveis soluções e/ou intervenções.

3.2.3. REDE CEGONHA

A Rede Cegonha foi instituída no Sistema Único de Saúde por meio da Portaria nº 1.459, de 24 de junho de 2011, e é consistida de uma rede de cuidados que pretende assistir a mulher em relação ao respeito de seus direitos. Dentre eles, é elencado os direitos reprodutivos e sexuais, a atenção humanizada ao ciclo gravídico-puerperal, e estende-se aos cuidados com e recém-nascido e seus direitos ao nascimento seguro e ao seu desenvolvimento saudável (BRASIL, 2011).

Diante do exposto, percebe-se que a Rede Cegonha preocupa-se com os cuidados prestados à díade mãe-bebê e ao respeito de seus direitos, se apresentando como um grande ganho para a sociedade e para a mulher e sua família que vivenciam o momento da chegada de um bebê. Diante de estudos que comprovam a violência no parto, a prática prejudicial de cuidados não recomendados (CARVALHO et al, 2011) e o desrespeito aos direitos existentes (POHLMANN, 2013), tal portaria se apresenta como uma solução em potencial para resolução de problemas vivenciados na realidade das mulheres.

Dentre os diversos objetivos expressos na Portaria, um deles diz respeito à organização da Rede de Atenção à Saúde Materna e Infantil, com metas de ampliar o acesso, o acolhimento e a resolutividade de casos (BRASIL, 2011). Percebe-se que tais objetivos estão em consonância com o que a Portaria 2.729/2010 que trata sobre a RAS incorpora em seu conteúdo, pois o acesso, o acolhimento e a resolutividade fazem parte dos elementos fundamentais para assistir a população de forma que se sintam satisfeitas com os cuidados que receberam (BRASIL, 2010).

A Rede Cegonha deve ser organizada de maneira que as ações em saúde estejam disponíveis em territórios que se fazem necessários, como forma de garantia que todas as

mulheres que vivenciam esse momento, possam contar com o apoio da rede. Ainda, é elencado a importância de distintos pontos de atenção, dos sistemas de apoio, dos sistemas logísticos e dos responsáveis pela operacionalização da rede, assim as mais diversas necessidades podem ser suprimidas nos mais diferentes lugares, formando uma maior Rede interligada capaz de atender as especificidades de cada mulher (BRASIL, 2011).

Os recursos que garantem a operacionalização da Rede Cegonha, não são pagos como forma de incentivo e sim como forma de garantir que a rede seja efetivada, a partir de modificações estruturais nas organizações de saúde, por meio de aprimoramento profissional para garantir uma assistência de qualidade, entre outras estratégias que são abordadas na portaria (BRASIL, 2011). Assim, as metas quantitativas tão incentivadas pelo modelo perpetuado no SUS, que paga por quantidade de serviços prestados, passam a perder importância para o alcance de metas qualitativas, que são mais eficientes para a população que necessita de atenção à saúde (MENDES, 2011).

4. METODOLOGIA

4.1. Tipo de Estudo

O estudo foi realizado a partir da macro pesquisa “Parto Prematuro: Estudo dos Fatores Associados para a Construção de Estratégias de Prevenção”¹

Para atender os objetivos foi utilizada a abordagem quantitativa, com um estudo do tipo caso controle, para identificar as diferenças e semelhanças entre mulheres que tiveram parto prematuramente e as que tiveram parto a termo.

Os estudos de caso controle constituem uma forma relativamente simples de investigar a causa das doenças. Esse tipo de estudo inclui pessoas com a doença (desfecho) e um grupo controle (grupo de comparação ou referência), composto de pessoas não afetadas pela doença em questão. A ocorrência de uma possível causa é comparada entre casos e controles. Os pesquisadores coletam dados sobre a ocorrência da doença em um determinado momento no tempo e sobre a ocorrência de exposições em algum momento no passado. Os estudos de casos e controles são, portanto, longitudinais. Esse tipo de estudo tem início com a seleção dos casos, sendo esses selecionados com base na doença e não na exposição, e os controles selecionados são pessoas sem a doença (BONITA, BEAGLEHOLE, KJELLSTRÖM, 2010).

A justificativa de realizar esse tipo de estudo está posta na necessidade de investigar as alterações gestacionais mais comuns do parto prematuro (caso), comparando com a prevalência de mulheres que tenham tido parto a termo (controles), bem como a rede de atenção à saúde que assistiu às mesmas. O estudo de caso controle identifica um grupo de

¹ Pesquisa coordenada pela Professora Dra. Nalú Pereira da Costa Kerber, e que teve como objetivos: Identificar o perfil de mães e de prematuros nascidos vivos no município; Identificar os fatores biológicos relacionados às intercorrências maternas na gravidez que podem desencadear o parto prematuro; Realizar uma associação entre trabalho de parto prematuro e a ocorrência de morbidades durante a gestação; Identificar os sentimentos da mulher quanto à prematuridade de seu bebê; Conhecer a rede de atenção à saúde para as gestantes. É um estudo multicêntrico, desenvolvido nos Estados do Rio Grande do Sul, Paraná, Rio Grande do Norte e Bahia, com uma abordagem quanti-qualitativa. Para a etapa quantitativa, está sendo realizado um estudo de caso controle e para a etapa qualitativa um estudo exploratório descritivo. Os locais são os hospitais gerais do município do Rio Grande, RS, um público, o Hospital Universitário, e um filantrópico, a Santa Casa, e dois hospitais que tem maternidade em Guarapuava, PR, a Maternidade Escola Janiário Cicco (MEJC), em Natal (RN) e Hospital Inácia Pinto dos Santos e Hospital Geral Cleriston Andrade, em Feira de Santana na Bahia. Para a etapa quantitativa, são consideradas todas as mulheres que tiverem parto prematuro, e o parto a termo posterior durante um ano. Em Rio Grande, como tem cerca de 2500 nascimentos por ano, espera-se uma prevalência de partos prematuros em torno de 12%, calculando-se aproximadamente 300 casos e 300 casos controles. Diante disso, foi considerado este mesmo número para os outros dois municípios envolvidos na pesquisa. Então, teremos 900 casos e 900 casos controles no total do estudo. Para a etapa qualitativa do estudo, são entrevistadas as puérperas que tiverem parto prematuro no período de coleta, até que os dados comecem a se tornar repetitivos, isto é, não existam novos elementos a serem analisados. A coleta de dados está sendo por meio de entrevista após as primeiras 24h do parto, com um questionário único pré-codificado, os dados sendo inseridos no programa Epi-Data.

indivíduos com o problema e outro não, observa os dois grupos para descobrir diferenças nas variáveis preditivas que possam explicar porque os casos têm a doença e os controles não (POLIT, BECK, HUNGLER, 2004).

4.2. Local do Estudo

O local para desenvolvimento do estudo foram os Hospitais do município do Rio Grande que possuem maternidade, compreendendo um público, o Hospital Universitário Dr. Miguel Riet Corrêa JR (HU), e um filantrópico, a Associação de Caridade Santa Casa do Rio Grande (ACSC-RG). A escolha destes dois hospitais como contexto de investigação justificou-se pelo fato de serem os locais responsáveis pela assistência aos nascimentos da região, os únicos lugares onde se realizam partos no município.

A cidade do Rio Grande está localizada no extremo Sul do país, distante 317 quilômetros da capital do Estado, Porto Alegre. Sua economia de base gira em torno do porto marítimo, considerado referência com o Polo Naval, e tendo a indústria petroquímica e de fertilizantes como base. A cidade do Rio Grande conta com uma população de 198.842 habitantes (IBGE/2012).

O sistema de saúde do município do Rio Grande é constituído por 32 Unidades Básicas de Saúde, sendo que 27 possuem Estratégia Saúde da Família (ESF)². Além, dos dois Hospitais Gerais mencionados, há um Hospital Cardiológico, totalizando 600 leitos disponíveis ao Sistema Único de Saúde (SUS).

Na maternidade do HU, há vinte e cinco leitos para internação, atendendo exclusivamente usuárias do SUS, apresentando uma média de 180 partos mensais, o que corresponde a aproximadamente 66% dos partos ocorridos no município. O HU é um Hospital Amigo da Criança desde 2002, sua maternidade é referência de alto risco em obstetrícia para a micro região zona sul. Este hospital possui a única Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN) da cidade³.

Na maternidade do hospital filantrópico há a disponibilidade de dezessete leitos, internando usuárias do SUS e usuárias de planos privados de saúde. São realizados mensalmente neste hospital cerca de noventa partos⁴.

² Informação obtida junto à coordenação da Estratégia de Saúde da Família do município do Rio Grande em março de 2012.

³ Informação obtida junto à coordenação do Hospital do município do Rio Grande em março de 2013.

⁴ Informação obtida junto à coordenação do Hospital de Caridade Santa Casa em março de 2013.

4.3. População do Estudo

A pesquisa trabalhou com dados secundários, com a coleta realizada no banco de dados do Grupo de Pesquisa Viver Mulher, da Escola de Enfermagem, da Universidade Federal do Rio Grande, no mês de janeiro de 2014, retirando as questões que serviram de base para atender os objetivos. A população foram mulheres que tiveram parto prematuro nos meses de novembro e dezembro de 2013, ou seja, que tiveram seu filho com menos de 37 semanas, assim classificadas por meio da idade gestacional (IG) obtida com a data da última menstruação (DUM) quando a mulher tinha certeza da data, ou com a ecografia realizada até 20 semanas ou pelo método de Capurro no recém-nascido, nessa ordem hierárquica, nos hospitais envolvidos no estudo. A IG por DUM somente é considerada se a mulher afirmar que apresenta regularidade em seu ciclo menstrual. Aconteceram nesses meses 29 partos prematuros, sendo o número de sujeitos participantes no grupo dos casos.

Para o grupo controle, foi selecionada a gestante que teve parto a termo em momento imediatamente posterior a ocorrência de um parto prematuro (caso), compreendendo 29 controles.

Os critérios de inclusão foram puérperas que tiveram parto entre 20 e 36 semanas e 6 dias de gestação e o concepto pesar mais que 500 gramas; a próxima mulher que teve parto a termo, ou seja, com mais de 37 semanas, após cada mulher de parto prematuro investigada, nos hospitais envolvidos no estudo. Como critério de exclusão tinha-se mulheres sem condições mentais de responder às perguntas, o que não foi visualizado durante a coleta.

O tamanho da amostra foi regulado pelo número de mulheres que tiveram parto prematuro nos meses de novembro e dezembro de 2013. Em Rio Grande, como há cerca de 2500 nascimentos por ano, havendo uma prevalência de partos prematuros em torno de 12%, dividindo-se o número de possíveis casos pelo número de meses num ano, tinha-se a estimativa de 25 sujeitos por mês e, por isso, calculava-se que a amostra seria constituída de aproximadamente 50 casos e 50 controles, felizmente nos meses do período do estudo, obtivemos um número de casos inferior ao esperado, sendo a amostra composta por 29 casos e 29 controles.

4.4. Coleta de Dados

A coleta de dados foi desenvolvida pelos integrantes do Grupo de Pesquisa Viver Mulher, da Escola de Enfermagem, da Universidade Federal do Rio Grande – FURG. Os coletadores passaram por um treinamento após a aprovação dos Comitês de Ética em Pesquisa e cada um realizou uma entrevista para testagem do instrumento de coleta de dados como teste piloto. A pesquisa teve início assim que o treinamento se mostrou efetivo, em 01 novembro de 2013. A coleta de dados no banco de dados da pesquisa foi realizada pela mestranda, no mês de janeiro, assim que foram tabulados.

Os entrevistadores visitaram diariamente as maternidades dos hospitais envolvidos no estudo e realizaram a identificação das gestantes por meio de informação obtida no livro de registro de nascimento de cada maternidade. Ao encontrar alguma puérpera que podia ser incluída na pesquisa, explicavam sobre os objetivos do estudo e a convidavam para participar. Havendo concordância, o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) foi assinado pela mesma autorizando a realização da entrevista.

A entrevista foi realizada após as primeiras 24h pós-parto, de modo a não interferir no restabelecimento da puérpera, por meio de um questionário único pré-codificado investigando nível socioeconômico; história reprodutiva; assistência recebida durante a gestação e o parto, e imunização (ANEXO A). No final da entrevista, era solicitada a carteira de pré-natal da puérpera para a anotação de dados referentes a realização das rotinas preconizadas pelo Ministério da Saúde.

Ao final de cada dia de trabalho, o entrevistador codificou os questionários por ele aplicados e, no dia seguinte, os entregava na sede do estudo onde os questionários eram revisados e entregues à digitação.

Foi utilizada duas partes do questionário único para realização deste estudo: Problemas na Gravidez e Rede de Atenção à saúde. Em relação ao conteúdo referente aos problemas de gravidez, as variáveis que foram analisadas estão apresentadas a seguir:

- presença de pressão alta;
- diabetes;
- infecção urinária;
- ameaça de aborto;
- ameaça de parto prematuro;
- sangramento;

- corrimento vaginal e outras infecções;
tratamento dos problemas;
- presença dos problemas elencados anterior à gestação.

Relacionado à RAS, as variáveis utilizadas foram:

- acesso aos serviços de saúde;
- conduta profissional para realização de exames preconizados no pré-natal;
- acesso aos exames;
- necessidade de acionamento de outros serviços de saúde fora o pré-natal de rotina;
- dificuldade na obtenção desses serviços.

4.5. Análise dos Dados

Os dados foram tratados após a realização das seguintes etapas na pesquisa original: preenchimento do questionário; codificação dos dados; revisão; elaboração do banco de dados no programa Epi-Data e dupla digitação, por digitadores independentes, em ordem inversa.

A análise dos dados foi realizada por meio de estatística descritiva simples, a partir de medidas de frequência que realizam comparações significativas entre duas ou mais populações, os casos e os controles, e média aritmética para os dados de caracterização dos sujeitos, como idade. (WANG; ANDRADE, 2005,). Assim, foi observada a frequência das alterações gestacionais relacionadas à prematuridade (casos novos de uma alteração) no período gestacional (período definido de tempo) e comparados os casos com os controles. Para a análise da rede de atenção à saúde foi também utilizada a frequência com que ela é estruturada corretamente ou erroneamente em relação aos casos e controles, verificando se mulheres que apresentaram as alterações gestacionais tiveram ou não sua RAS efetiva e se isso resultou na prematuridade ou não.

A análise da RAS como um dos objetivos do presente estudo foi posta na questão do acesso aos exames laboratoriais necessários no pré-natal; se a gestante apresentou algum problema gestacional relacionado à prematuridade, se foi encaminhada para o serviço de referência e o acesso a este; se houve necessidade da própria gestante acessar outro elemento da RAS pré-natal e se houve facilidade de acesso e necessidade de procurar serviço de emergência e o acesso a este.

Tais aspectos foram retirados a partir das orientações da própria Rede Cegonha (BRASIL, 2011) que preconiza o acesso e a resolutividade na assistência à gestação. A questão

dos exames está posta nos indicadores de atenção, que contempla a realização de todos os exames preconizados pelo MS e o acesso e a resolutividade como objetivo primordial da rede.

4.6. Aspectos Éticos

Os aspectos éticos concernentes às pesquisas envolvendo seres humanos, a Resolução 466/2012, do MS foram respeitados para a realização da pesquisa original. A macropesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da FURG, com o Parecer nº 134/2013 (ANEXO B) e pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Associação de Caridade da Santa Casa do Rio Grande (ANEXO C), Parecer nº 005/2013. A pesquisa recebeu autorização da Direção dos hospitais envolvidos e da Direção da Escola de Enfermagem, da Universidade Federal do Rio Grande para execução da proposta. Ainda, a utilização do banco de dados foi autorizada pela coordenadora da pesquisa original (ANEXO D).

Foi entregue aos sujeitos da pesquisa o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE (Apêndice B), prestando esclarecimentos quanto ao estudo proposto, convidando-os a participarem; explicando os objetivos e a metodologia proposta; solicitando seu consentimento por escrito, para participar da pesquisa, assegurando o respeito aos aspectos éticos envolvidos na pesquisa, como o direito a privacidade, garantindo o respeito e o anonimato dos sujeitos. O documento foi assinado pelo pesquisador (a) e pelo (a) participante, ficando uma cópia com o participante e outra com o pesquisador (a). Caso a puérpera fosse menor de 18 anos e não emancipada, foi solicitada, também, a autorização ao seu responsável legal para sua participação no estudo, devendo o responsável assinar o TCLE.

Após a autorização dos sujeitos para participarem do estudo, teve início a fase de coleta de dados. Foi esclarecido aos participantes da pesquisa sobre a possibilidade de abandono da proposta em qualquer etapa do estudo, sem qualquer prejuízo para si, com o compromisso ético de assegurar o sigilo dos sujeitos durante o seu desenvolvimento, solicitando o seu consentimento para divulgação destes dados de forma anônima.

5. RESULTADOS E DISCUSSÕES

Como forma de apresentar os dados, os resultados e as discussões encontram-se dispostos no formato de dois artigos científicos, elaborados de acordo com as normas de periódicos nacionais indexados.

O primeiro artigo, intitulado “**Parto Prematuro: Abordagens Presentes na Produção Científica Nacional e Internacional**”, foi elaborado de acordo com as normas da Revista Texto & Contexto Enfermagem, com o objetivo de mostrar a produção científica sobre a prematuridade.

O segundo artigo, intitulado “**A Prematuridade e sua Inter-Relação com Rede de Atenção à Saúde**”, foi elaborado de acordo com as normas da Revista Latino-Americana de Enfermagem, que corresponde ao objetivo geral e específicos deste estudo.

5.1 ARTIGO 1

**PARTO PREMATURO: ABORDAGENS PRESENTES NA PRODUÇÃO
CIENTÍFICA NACIONAL E INTERNACIONAL**
**PREMATURE BIRTH: APPROACHES PRESENTS IN NATIONAL AND
INTERNATIONAL SCIENTIFIC PRODUCTION**
**NACIMIENTO PREMATURO: ENFOQUES PRESENTES EN LA PRODUCCIÓN
CIENTÍFICA NACIONAL E INTERNACIONAL**

Flávia Conceição Pohlmann⁵

Nalú Pereira da Costa Kerber⁶

Resumo: Estudo com o objetivo de conhecer a produção científica acerca do parto prematuro. Trata-se de um estudo bibliográfico, realizado com 24 artigos científicos completos abordando a prematuridade, oriundos da Biblioteca Virtual em Saúde, publicados entre os anos de 2008 e 2013. A análise dos artigos foi realizada tematicamente, emergindo quatro categorias: Fatores de risco associados ao parto prematuro; Prematuridade: aspectos negativos e positivos; Conduta profissional relacionada ao trabalho de parto prematuro e O papel da Enfermagem na assistência ao trabalho de parto prematuro. Este estudo aponta que muitas pesquisas estão preocupadas com os fatores de risco relacionados à prematuridade, contribuindo para a identificação precoce e redução nos índices desta complicação. Ainda, percebe-se que poucos estudos trazem contribuições para Enfermagem, para o conhecimento e processo de trabalho desses profissionais, também responsáveis por produzir saúde neste momento da vida de mulheres e famílias que vivenciam a prematuridade.

Descritores: Parto prematuro; Cuidados no pré-natal; Enfermagem.

Abstract: The study aimed to meet the scientific production about preterm birth. This is a bibliographic study, conducted across 24 full papers addressing prematurity, derived from the Virtual Health Library, published between the years 2008 and 2013. The analysis of the literature was conducted thematically, emerging four categories: Risk factors associated with preterm delivery; Prematurity: negative and positive aspects; Professional Conduct related to preterm labor and the role of nursing care in preterm labor. This study indicates that many researches are concerned about the risk factors associated with prematurity, contributing to early identification and reduction in rates of this complication. Still, few studies bring contributions to nursing, does not contributing to the knowledge and work process of such professionals, responsible for producing health at this moment in the lives of women and families experiencing prematurity.

Keywords: Preterm birth; Prenatal care; Nursing.

⁵ Enfermeira. Mestranda em Enfermagem pelo PPGEnf FURG. Bolsista Capes D/S. Autor responsável para correspondência. E-mail: fcpohlmann@ibest.com.br. Endereço: Rua I, nº 430, bairro Parque São Pedro, Rio Grande-RS. Telefone para contato: 053- 81470130.

⁶ Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Docente da Escola de Enfermagem, da Universidade Federal do Rio Grande/FURG. E-mail: nalu@vetorial.net

Resumen: Objetivo del estudio fue conocer la producción científica sobre el parto prematuro. Se trata de un estudio bibliográfico, realizado con 24 trabajos completos que aborden la prematuridad, derivado de la Biblioteca Virtual en Salud, publicados entre los años 2008 y 2013. El análisis de la literatura se llevó a cabo temáticamente, emergiendo cuatro categorías: factores de riesgo asociados con el parto prematuro, nacimiento prematuro: Aspectos positivos y negativos; conducta profesional relacionada con el parto prematuro y el papel de la atención de enfermería en el trabajo de parto prematuro. Este estudio indica que muchos investigadores están preocupados por los factores de riesgo asociados con la prematuridad, lo que contribuye a la identificación temprana y la reducción de las tasas de esta complicación. Aún así, son pocos los estudios que brindan contribuciones a la enfermería y dejan de contribuir al proceso de conocimiento y al trabajo de estos profesionales.

Palabras Clave: Nacimiento Prematuro; El Cuidado Prenatal; Enfermería.

INTRODUÇÃO

O parto prematuro (PP) é definido como a ocorrência do nascimento antes do termo, ou seja, crianças nascidas antes da maturidade fetal, período anterior a 37^a semana de gestação.¹

Embora a obstetrícia tenha passado por diversas mudanças, a prematuridade continua sendo um desafio para a saúde pública, em virtude da mortalidade e da morbidade neonatal. Com relação aos recém-nascidos (RN), quando estes conseguem sobreviver ao nascimento prematuro, representam muitas preocupações para os serviços de saúde e suas famílias, pelas sequelas e danos que podem ser oriundas deste nascimento.²

A realidade da prematuridade no Brasil assume a “10^a posição entre os países responsáveis por 60% dos nascimentos prematuros do mundo, com a estimativa de que tenham ocorrido 250 mil ou mais nascimentos prematuros no ano de 2010”.³ Este dado ainda não foi confirmado pelas autoridades governamentais brasileiras.

No estado do Rio Grande do Sul, segundo dados do Ministério da Saúde (MS), a prematuridade representou 8,5% dos nascimentos em 2004, atingindo a maior taxa de prematuridade em relação aos demais estados brasileiros. Em 2008, a taxa foi de 9,2% dos nascimentos, representando a maior taxa dos últimos 10 anos. No município do Rio Grande o percentual preliminar de nascimentos prematuros, também no ano de 2008, foi de 6,7%.^{4,5}

Para que esta realidade seja modificada é necessário o preparo do sistema de saúde, capaz de atender as necessidades das gestantes. Nesse sentido, os profissionais de saúde precisam estar atentos à realização do pré-natal, que é um cenário de extrema importância

para a identificação precoce dos fatores de risco que a gestante possa apresentar e a tomada de decisão para a intervenção adequada.

Como forma de contribuir com a diminuição da prematuridade no Brasil, o MS atualizou, em 2012, o Manual Técnico sobre Gestação de Alto Risco que orienta as diretrizes para os profissionais de saúde e elenca os principais fatores de risco para o parto prematuro. Dentre os fatores de riscos que podem desencadear o parto prematuro encontram-se os de ordem psicossocial como a ausência de controle pré-natal, além desse, os de ordem comportamental que abrange as seguintes situações: tabagismo, atividade física aumentada, uso de cocaína, situações de alto estresses e trauma.⁶

Ainda, podem surgir fatores de origem fisiológica como: parto prematuro prévio, história de um ou mais abortos espontâneos no segundo trimestre, extremos de idade, complicações maternas (clínicas ou obstétricas), gestação múltipla, anomalias congênitas, polihidrânio, rotura prematura de membranas, descolamento de placenta, infecções maternas, entre outras. Alguns resultados tem se mostrado positivos em relação à identificação e tratamento precoce de infecções genitais e do trato urinário materno, assim como a adaptabilidade da grávida aos cuidados necessários para o manejo do trabalho de parto prematuro satisfatório.⁶

A partir do exposto, percebendo os altos índices de parto prematuro na realidade brasileira, buscou-se conhecer o assunto, identificando os diferentes olhares que têm sido proporcionados sobre o assunto na produção científica, de modo a proporcionar elementos que direcionem as ações por parte dos serviços de saúde. Para isso, traçou-se o objetivo de conhecer a produção científica nacional e internacional acerca do parto prematuro.

METODOLOGIA

Trata-se de uma revisão integrativa, que é um método que possibilita sumarizar as pesquisas já concluídas e obter conclusões a partir de um tema de interesse.⁷

O estudo foi desenvolvido na Biblioteca Virtual em Saúde, nas bases de dados Literatura Internacional em Ciências da Saúde - MEDLINE e Literatura Latino-americana e do Caribe em Ciências da Saúde – LILACS, utilizando o descritor Parto Prematuro, no dia 06/05/2013. Os critérios de inclusão foram artigos fruto de investigação científica com texto completo disponível, cujo o assunto principal fossem Trabalho de Parto Prematuro, Nascimento Prematuro e Prematuro, nos anos de 2008 a 2013, nos idiomas inglês, português e espanhol. Obtiveram-se 71 artigos disponíveis para a análise.

No entanto, inúmeros títulos não se encontravam disponibilizados em meio virtual, mesmo com a delimitação utilizada como critério de inclusão e, após efetuada uma primeira análise, ainda foram excluídos outros artigos que se limitavam ao recém-nascido, excluindo o binômio mãe-bebê na composição do manuscrito, além de alguns artigos que se encontravam repetidos. Com isso, a amostra final para uma análise mais minuciosa foi composta por 24 artigos.

Para apresentação dos resultados foi desenvolvida uma análise temática dos artigos que compõem a amostra, agrupando por similaridade de abordagens e resultados encontrados, sendo possível elencar quatro categorias: Fatores de risco associados ao parto prematuro; Prematuridade: aspectos negativos e positivos; Conduta profissional relacionada ao trabalho de parto prematuro e O papel da enfermagem na assistência ao trabalho de parto prematuro.

RESULTADOS

A presente revisão integrativa é composta por 24 produções científicas (Quadro 1). Destas, 15 estão indexadas na MEDLINE e nove na LILACS. No âmbito nacional, os periódicos com publicações acerca da temática em estudo foram: Revista da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo - REEUSP, Revista Brasileira de Enfermagem - REBEn, Revista Gaúcha de Enfermagem, Revista de Enfermagem da Escola Anna Nery, Revista Mineira de Enfermagem- REME e Revista Ciência Cuidado e Saúde.

Em relação aos artigos analisados nos últimos cinco anos, a maior concentração de publicações foi no ano de 2011 com 07 artigos, seguido de 2009 com 06, 2008 com 05 e, por último, os anos de 2010 e 2012 com 03 publicações cada. No tocante aos idiomas dos artigos, o maior número de publicações se encontra na língua inglesa com 15 artigos, em seguida o idioma português com 08 publicações e o espanhol com 01 publicação. Atenta-se para o fato de que até o momento do levantamento bibliográfico, no ano de 2013 ainda não havia sido publicado nenhum artigo envolvendo o foco dessa investigação.

Quadro 1 – Artigos que compuseram a amostra da produção científica sobre prematuridade.

Nº	Artigo	Autor	Ano	Periódico
01	Significados atribuídos por puérperas às síndromes hipertensivas da gravidez e nascimento prematuro.	SOUZA, N. L.; ARAÚJO, A. C. P. F.; COSTA, I. C. C.	2011	Rev. Esc. Enferm USP, v.45, n.6. p.1285-1290, 2011.
02	Supporting parents' decision making surrounding the anticipated birth of an extremely premature infant.	KAVANAUGH, K.; MORO, T. T.; SAVAGE, T.A.; REYES, M.; WYDRA, M.	2009	J Perinat Neonatal Nurs, v.23, n.2, p.159-170, apr/jun, 2009.
03	Representações de mães sobre hospitalização do filho pretaturo.	SOUZA, N. L.; ARAÚJO, A. C. P. F.; COSTA, I. C. C.; CARVALHO, J. B. L.; SILVA, M. L. C.	2009	Rev Bras Enferm, Brasília, v.62, n.5, p.729-733, set/out, Brasília, 2009.
04	Fatores de risco maternos para prematuridade em uma maternidade pública de Imperatriz-MA.	ALMEIDA, A. C.; JESUS, A. C. P.; LIMA, P. F. T.; ARAÚJO, M. F. M.; ARAÚJO, T. M.	2012	Rev. Gaúcha Enferm, v.33, n.2: p.86-94, junho 2012-Porto Alegre (RS).
05	Fatores de risco para prematuridade: pesquisa documental.	RAMOS, H. A. C.; CUMAN, R. K. N.	2009	Esc Anna Nery Rev Enferm, v.13 ,n.2, p.297-304, abr/jun, 2009.
06	Effect of parity on maternal and neonatal outcomes in twin gestations.	HANNOUN, A.; USTA, I. M.; AWWAD, J.; MOUKALLED, D.; YAHYA, F.; JURDI, A.; NASSAR, A. H.	2012	Acta Obstet Gynecol Scand, v.91, n.1, p.117-121, jan, 2012.
07	Effects of a relaxation training program on immediate and prolonged stress responses in women with preterm labour.	CHUANG, L. L.; LIN, L. C.; CHENG, P. J.; CHEN, C. H.; WU, S. C.; CHANG, C. L.	2012	Journal of Advanced Nursing, v.68, n.1, p.170-180, 2012.
08	By psychosocial risk factors for preterm birth and postpartum emotional well-being: a case-control study on Turkish women without chronic illnesses.	OSKAY, I. G. U.; BEJI, N. K.	2011	J Clin Nurs, v.20, n. (5-6), p.653-665, mar, 2011.
09	Preterm birth prevention: a mandate for psychosocial assessment.	LEDERMAN, R.P.	2011	Issues Ment Health Nurs, v.32, n.3, p.163-169, 2011.
10	Does individual room implemented family-centered care contribute to mother-infant interaction in preterm deliveries necessitating neonatal intensive care unit hospitalization?	ERDEVE, O.; ARSAN, S.; CARPOLAT, F. E.; ERTEM, I. O.; KARAGOL, B. S.; ATASAY, B.; YOURDAKOK, M.; TEKINALP, G.; TURMEN, T.	2009	J Obstetrícia Saúde da Mulher, v.54, n.1, p. 8-17, 2009.
11	The interaction between chronic stress and pregnancy: preterm birth from a biobehavioral perspective.	GWEN LATENDRESSE, C. N. M.	2009	J Midwifery Women's health, v.54, n.1, p.8-17, 2009.
12	Demographic, clinical and occupational characteristics associated with early onset of delivery: findings from the Duke Health and Safety Surveillance System, 2001-2004.	SCHOENFISCH, A.L.; DEMENT, J. M.; RODRIGUEZ ACOSTA R. L.	2008	Am J Ind Med, v.51, n.12, p.911-922, dec, 2008.

13	Symptoms described by African American women evaluated for preterm labor.	STRINGER, M.; GENNARO,S.; DEATRICK,J. A.;FOUND, S.	2 0 0 8	J Obstet. Gynecol Neonatal Nurs, v.37, n.2, p.196-202, marc-apr, 2008.
14	Early weeks after premature birth as experienced by Latina adolescent mothers.	NEU, M.;ROBINSON, J.	2 0 0 8	MCN Am J Matern Child Nurs, v.33, n.3, may/jun, 2008.
15	Visión de las madres en cuidado del hijo premature en el hogar/Vision of mothers in care of premature babies at home.	LÓPEZ, N. C.; RODRIGUEZ, L. M.	2 0 1 1	Av Enferm, n.1, p.120-129, 2011.
16	Características do apoio social associados à prematuridade em população de púérperas de baixa renda.	GUIMARÃES, E. C.; MELO, E. C. P.	2 0 1 1	Esc. Anna Nery, (impr.), v.15, n.1, p.54-61, jan/mar, 2011.
17	Parto prematuro de adolescentes: influência de fatores sociodemográficos e reprodutivos, Espírito Santo, 2007.	NADER, P. R. A.; COSME, L. A.	2 0 1 0	Esc Anna Nery, Rev. Enfermagem, v.14, n.2, p.338-345, abr/jun, 2010.
18	Vivência maternal com o filho prematuro: refletindo sobre as dificuldades desse cuidado.	SOUZA, LIMA, N.; ARAÚJO, A. C. P. F.; COSTA, I. C. C.; MEDEIROS, JÚNIOR, A.; ACCIOLY, JUNIOR, H.	2 0 1 0	Reme-Rev. Min. Enferm., v.14 ,n.2, p.159-165, abr/jun, 2010.
19	Inibição do trabalho de parto pré-termo: vivência de mulheres.	CARVALHO, B. R.; MELO C.; BRUGGEMANN, O. M.; GARCIA, O. R. Z.; KOETTKER, J. G.	2 0 0 9	Cienc. Cuid. Saúde, v.8, n.4, p.540-547, out/dez, 2009.
20	Emotional responses of mothers of late-preterm and term infants.	BRANDON, D. H.; TULLY, K. P.; SILVA, S. G.; MALCOLM, W. F.; MURTHA, A. P.; TURNER, B. S.; HOLDITCH,DAVIS, D.	2 0 1 1	J. Obstet Gynecol Neonatal Nurs, v.40, n.6, p.719-731, nov/dec, 2011.
21	Perinatal care at the limit of viability between 22 and 26 completed weeks of gestation in Switzerland.2011 revision of the Swiss recommendations.	BERGER, T.M.; BERNET, V.; EL ALAMA,S.et al.	2 0 1 1	Swiss Med Wkly, v.18, n.141, p.132-8, oct, 2011.
22	Antepartum bed rest for pregnancy complications: efficacy an safety for preventing preterm birth.	JUDITH, A. M.	2 0 1 0	Biological Research for Nursing, v.12, n.2:p.106-124, 2010.
23	The experience of Thai women facing the onset of preterm labor.	RATTASUMPUM, P.; RAINES, D. A.	2 0 0 8	MCN An J Matern Child Nurs, v.33, n.5, p.302-306, sep/oct, 2008.
24	Stress and preterm labor and birth in Black women.	GENNARO, S.; SHULTS, J.; GARRY, D. J.	2 0 0 8	J.Obstet Gynecol Neonatal Nurs, v.37, n.5, p:538-545, sep/oct, 2008.

De acordo com o levantamento desta revisão, dos 24 estudos que abordaram a questão do parto prematuro, 11 destes trazem como parte do seu desenvolvimento e considerações os fatores de riscos para a prematuridade. Os demais abordam as representações e os sentimentos vivenciados tanto pela mãe ao experienciar o nascimento de um filho prematuro, e a repercussão dessa situação em todo o círculo familiar.

Três estudos mencionam o papel da enfermagem frente ao parto prematuro sendo que um desses é brasileiro. Estes estudos enfocam a especificidade do trabalho de enfermagem e suas ações para contribuir com uma assistência de qualidade e efetiva ao TPP. As categorias encontram-se dispostas a seguir:

Fatores de risco associados ao parto prematuro

Identificou-se que a preocupação com os fatores de risco é presente nas pesquisas que envolvem a temática e contribuem para melhor entendimento sobre sua identificação e forma de melhorar a assistência para reduzir os índices de PP.

O estudo dos fatores de risco associados ao PP se faz pertinente uma vez que conhecê-los implica em maior entendimento sobre sua influência no processo de nascimento. Ainda, pode favorecer o cuidado, auxiliando os profissionais de saúde na identificação das características de risco nas gestantes e, a partir disso, eles podem planejar uma assistência que compreenda a prevenção do PP conforme a realidade de cada mulher.

O conhecimento das características populacionais é capaz de reduzir os indicadores de saúde desfavoráveis, principalmente o da mortalidade infantil, à medida que o mesmo conhecimento implica na identificação e intervenção precoce². Os profissionais dos serviços de saúde precisam estar atentos, assim como, também, poderiam orientar as mulheres a procurar assistência imediata no momento em que perceberem qualquer sinal indicativo de um trabalho de parto prematuro (TPP). A primeira opção da maioria das mulheres costuma ser a procura por amigos e familiares, antes dos serviços de saúde. Tal achado pode ser oriundo da falta de informação no pré-natal.⁸

A assistência pré-natal regular é a forma mais segura de detecção precoce de sinais e sintomas indicativos da possibilidade de um PP. A Síndrome Hipertensiva Gestacional (SHG) é considerada o fator de risco mais frequente relacionado ao TPP e PP, envolvendo o desencadear fisiológico do parto pré-termo ou a interrupção da gestação por conduta médica, como forma de prevenir complicações materno-fetais. Tal fator de risco, além de desencadear alterações fisiológicas, acarreta também alterações emocionais nas mulheres que estão em tratamento para SHG, sendo um ciclo, onde o próprio fator desencadeante favorece sua intensidade e complicabilidade. As mulheres que vivenciam tal situação visualizam o fator de risco de forma negativa, relacionado à morte e ao estresse que mãe e bebê estão expostos e, dessa forma, subjetivamente, a representatividade que essas possuem favorece a complicação do desfecho de seu quadro.⁹

O estresse também é observado como um fator que pode contribuir para desencadear o PP, em mulheres que estão em tratamento para o TPP, desencadeando um ciclo vicioso nas condições físicas e emocionais da mulher.¹⁰ O estresse pré e pós-parto é visto como um possível complicador das condições maternas, que pode favorecer a depressão puerperal e, por essa razão, mães de recém-nascidos prematuros necessitam de cuidados e observação mais intensos, para prevenção de complicações.¹¹ Há evidências de que a fisiologia do estresse associado à fisiologia do parto e gestação associa-se formando um mecanismo fisiopatológico que explica o TPP,¹² tornando as mulheres que sofrem de estresse crônico mais vulneráveis ao PP.¹³

Fatores de risco como pouca idade materna e número de consultas insuficiente de pré-natal são comprovados em pesquisa desenvolvida no Espírito Santo, que revela que tais características estão associadas de forma significativa com o PP. O estudo salienta a importância do pré-natal realizado de forma adequada e com qualidade, visto que é possível que o acompanhamento da gestação inadequado ou ausente seja um fator de risco ao PP, pois estas mulheres não foram acompanhadas durante a gestação e podem ter conhecimento insuficiente sobre hábitos saudáveis na gestação e riscos associados ao TPP.¹⁴ Outro estudo desenvolvido em uma cidade do Estado do Maranhão evidenciou que assistência pré-natal e hábitos de vida, quando consideradas inadequadas, são situações que possuem ligação com o TPP.¹⁵

Outro estudo que identificou fatores de risco associados ao TPP e suas correlações verificou que placenta prévia, diabetes e doença cardiovascular estão positivamente associadas ao TPP.¹⁶ Também, uníparas com gestação dupla estão sujeitas a um índice mais elevado de PP e cesáreas.¹⁷

A prematuridade representa um problema de saúde pública, por representar um risco de vida ao neonato, visto que diversos fatores estão envolvidos neste processo. Portanto, os profissionais devem identificar os fatores de risco de forma precoce e considerar sempre a hipótese de que apenas um fator não foi o responsável pelo nascimento prematuro, mas sim considerá-lo um fato com múltiplas causas, que podem ter sido as responsáveis pelo desencadeamento desta complicação. Assim, o desfecho de cada caso poderá ser satisfatório e as morbidades maternas e fetais prevenidas.¹⁵

Prematuridade: aspectos negativos e positivos

Alguns estudos apontam para a relação da prematuridade com aspectos negativos, tanto na percepção das mulheres que vivenciaram tal experiência, quanto aos fatores relacionados à vida e condições de saúde da mãe e do bebê. Contudo, um estudo identificou que a prematuridade, quando superada de forma satisfatória, produz nas mães um sentimento de cuidado intenso com o seu filho, de carinho constante e uma adaptabilidade materna satisfatória às necessidades do bebê. Ao mesmo tempo, alerta para o fato de que tal característica despertada nas mães pode assumir uma conotação negativa, a partir do momento em que estas se tornarem superprotetoras.¹⁸

A prematuridade pode ocasionar o sentimento de angústia nas famílias que vivenciam essa experiência, pois representa fator de extrema preocupação com a saúde do neonato, visto que contribui para a mortalidade e morbidade destes. Crianças prematuras possuem, a longo prazo, maior chance de terem consequências graves em sua saúde, como cegueira, paralisia cerebral, problemas de aprendizagem e desenvolvimento.¹³ Tal realidade se apresenta como um desafio para os pais e para a equipe de saúde. Os pais se deparam com uma situação inesperada, o encurtamento da gestação, e devem tomar decisões que podem interferir no futuro dos seus filhos, e a equipe de saúde por ter que manejar cuidados que também podem gerar impacto na saúde do recém-nascido e da mulher, a longo e curto prazo.¹⁹

Quando a mulher se depara com a experiência do TPP, se vê em uma situação inesperada, e seus níveis de estresse são inversamente proporcionais à sua idade gestacional, sendo que quanto menos semanas gestacionais ela estiver ao se instaurar o TPP, maior é seu nível de estresse. O estresse é considerado um fator de risco ao PP e acaba colaborando para que o desfecho do caso aconteça de forma inadequada.²⁰

A construção social percebida por mulheres que vivenciaram o PP está posta de forma negativa durante a gestação, pois elas consideram que a prematuridade está associada à imagem de morte. Após vivenciarem essa experiência, muitas delas se deparam com a internação de seu filho em uma unidade de cuidados intensivos, construindo uma imagem de doença relacionada à prematuridade no puerpério.²¹

Também é um aspecto negativo relacionado à prematuridade a questão de que a mãe rompe com a imagem de ir para casa com seu filho após o parto, visto que este, normalmente, fica internado por necessitar de cuidados especiais. Desta forma, a mulher passa do papel de mãe, para o papel de acompanhante, o que quebra com a sua dinâmica familiar, gerando a sensação de descontrole sobre a situação que vivencia.⁹

Ainda, a prematuridade representa um sofrimento para as mulheres que viveram tal situação com seus filhos, visto que passam de um momento considerado como parte do ciclo de vida saudável, para o papel de doentes que necessitam de cuidados especiais²², além deste sofrimento se estender até o período puerperal.²³ A partir de tal contexto, percebe-se a necessidade de contar com o apoio de outros elementos da família, principalmente da figura paterna, que muitas vezes não está disposta a lidar com tal situação e quando se envolve também sofre de tensão emocional. Além disso, o cuidado de um RN prematuro exige um suporte financeiro, representativo na família por um longo período, para que seu desenvolvimento seja satisfatório.²⁴

Para a prevenção da prematuridade e como consequência dos aspectos negativos acima descritos, é necessário que a rede de atenção à saúde consiga interferir de forma positiva antes do TPP se instaurar. E quando não for possível a prevenção do PP, ações que viabilizem o parto e que minimizem riscos para mãe e bebê, poderiam ser efetivadas.

Conduta profissional relacionada ao trabalho de parto prematuro

Diante de um quadro de TPP, há a necessidade de que a mulher seja acolhida, tenha uma assistência adequada e receba informações sobre seu estado de saúde, bem como medidas preventivas e como proceder em caso de emergência. É essencial que o profissional de saúde saiba identificar precocemente fatores de risco para o TPP e a gestante receba adequado acompanhamento pré-natal, com tomada de decisões eficaz diante de intercorrências. Nesse sentido, o desencadeamento de um PP pode estar significativamente associado à qualidade do atendimento oferecido às gestantes, bem como a conduta de cada profissional envolvido.²¹

O processo decisório da equipe profissional que assiste este momento na vida das mulheres deve ser partilhado com elas, com os pais e com as famílias. O compartilhamento e entendimento de informações pertinentes ao processo de escolha auxiliam na tomada de decisões com segurança. Um indivíduo que compreende o processo que vivencia e se sente participe, contribui para melhor enfrentamento de suas condições de saúde.¹⁹ O profissional precisa deixar de ser o detentor do saber e partilhar com as pessoas envolvidas e utilizar linguagem acessível à realidade das mulheres.¹⁴

Nesta perspectiva, o pré-natal representa um importante aliado à redução dos índices de parto prematuro, pois por meio dele se identificam os fatores de risco e se implantam medidas que possam contribuir para a prevenção do PP. O aumento da prevalência da

prematuridade está associado à qualidade do pré-natal e sua cobertura.²⁵ A ausência de assistência pré-natal ou o número de consultas insuficiente é considerado um fator de risco ao TPP e está intimamente relacionado à sua incidência.⁹ Estudo afirma que a qualidade do pré-natal não interfere nos índices de parto prematuro, contudo, a identificação precoce de fatores de risco e sinais e sintomas, são condutas indiscutíveis de prevenção da prematuridade.²⁶

Os cuidados relacionados ao momento do parto e atenção ao neonato também são condutas que se fazem pertinentes para melhorar a qualidade de vida do díade mãe-bebê. Destaca-se a importância da atuação da equipe multidisciplinar na assistência ao TPP, visões diferenciadas podem chegar às soluções mais pertinentes à saúde do neonato e da gestante.²⁷ Há também, a capacidade técnica e equipamentos que nem sempre estão disponíveis para auxiliar na conduta profissional de prevenção, recuperação e manutenção da saúde, e quando inexistentes representam um prejuízo significativo do cuidado neste contexto.²

O apoio social dos profissionais que realizam assistência ao TPP é explicitado por estudo que garante que o aspecto biológico é importante, mas o aspecto emocional irá também interferir no desfecho da situação. Tal conduta garante uma diminuição no nível de estresse (fator de risco ao PP) das mulheres, à medida que estas visualizam a equipe multiprofissional como aliada, passam a ouvir as orientações e começam a utilizar as informações compartilhadas.⁶

O papel da enfermagem na assistência ao trabalho de parto prematuro

A enfermagem pode ser capaz de dar suporte emocional e de esclarecer questionamentos das famílias que lidam com a hipótese de um bebê prematuro. Estar em um plano de suposições, pode acarretar na gestante e na sua família, uma série de incertezas referente ao seu estado de saúde e a tomada de decisão, portanto, o profissional de enfermagem pode estar disposto e apto para contribuir para que a situação seja vivida de forma menos traumática pelos seus clientes.¹⁹

É necessário também, que o enfermeiro esteja ciente da fragilidade fisiológica e psicológica da gestante que vivencia o TPP. Compreenda o tempo de cada cliente para falar e tomar decisões sobre o seu estado de saúde e do bebê. A transparência das informações sobre a evolução do caso é condicionante para o entendimento e a tomada de decisão consciente, e as condutas a serem exercidas pelos enfermeiros devem levar em considerações esses aspectos.¹⁹

Cabe ao enfermeiro realizar o planejamento do cuidado, levando em consideração o conhecimento pessoal da mulher e de sua família, principalmente em relação ao seu corpo e às mudanças que este vem sofrendo em decorrência do TPP. Para efetivar tal conduta, o enfermeiro precisa dialogar e usar da educação em saúde em seu processo de trabalho, favorecendo a autonomia da mulher.²²

Fica evidente que os enfermeiros precisam estar atentos para identificar e valorizar os sentimentos das mulheres que passam por uma situação de TPP, assim como fazer o uso de estratégias para que as mesmas sintam-se apoiadas durante todo processo tornando a vivência mais satisfatória. Percebe-se que estudos relacionados à enfermagem sobre prematuridade encontram-se em número inferior em relação as demais categorias, é importante que a enfermagem direcione suas pesquisas para sua área, favorecendo o conhecimento de sua categoria e proponha estratégias para utilizar em seu processo de trabalho.

CONCLUSÃO

O estudo permitiu conhecer a produção científica acerca do TPP, os quais, em sua maioria, abordaram os fatores de risco para o TPP e ressaltam a importância na prevenção e no manejo adequado do nascimento pré-termo para reduzir a morbimortalidade. Os fatores de risco mais citados na literatura como desencadeantes do parto prematuro foram: síndrome hipertensiva gestacional; estresse; baixa idade materna; número de consultas de pré-natal insuficiente; placenta prévia; diabetes; gestante com doença cardiovascular e uníparas com gestação dupla.

A literatura mostra que há uma ambivalência na percepção das mulheres que vivenciaram a experiência de ter filhos prematuros. Em alguns estudos a prematuridade foi vista como algo negativo, que causa à mulher e aos seus familiares extrema preocupação com a situação de saúde do neonato, ansiedade, medo e estresse. Por outro lado, outros estudos apontam que quando a mulher consegue superar de forma satisfatória essa situação, é gerado um sentimento de carinho e cuidado intenso com o seu filho, e maior adaptação para suprir às necessidades do bebê.

Em relação à conduta dos profissionais de saúde e ao papel do enfermeiro visualizou-se que cabe aos mesmos prover suporte adequado para as mães e familiares, baseado na solidariedade e acolhimento, aliando também os saberes técnico e científico de modo que se reduza a morbimortalidade e ocorra o enfrentamento dessa situação.

Reforça-se que a temática carece de mais investigações em nosso país, visando maior entendimento sobre o fenômeno do nascimento prematuro, pois apenas oito estudos contemplaram a realidade brasileira. Ainda, percebe-se a necessidade de estudos que se detenham na utilização e direcionamento das políticas públicas no processo de trabalho dos profissionais que prestam assistência no ciclo gravídico-puerperal, como forma de garantir uma assistência humanizada e de qualidade a díade mãe-bebê, à família e à sociedade.

REFERÊNCIAS

- 1- Betiol H, Barbieri MA, Silva AAM. Epidemiologia do nascimento pré-termo: tendências atuais. *Rev Bras Ginecol Obstet.* 2010; 32(2):57-60.
- 2- Ramos HAC, Cuman RKN. Fatores de risco para prematuridade: pesquisa documental. *Esc Anna Nery Rev Enferm.* 2009; 13(2):297-304.
- 3- Marcho of Dimes, PMNCH, Save the Children, WHO. Born Too Soon: The Global Action Report on Preterm Birth. Eds CP Howson, MV Kinney, JE Lawn. World Health Organization. Geneva, 2012.
- 4- Brasil. Ministério da Saúde. Uma análise dos nascimentos no Brasil e regiões. Secretaria de Vigilância em Saúde, 2004.
- 5- Ministério da Saúde. O Brasil está entre os dez países com o maior número de partos prematuros, aponta OMS, 2008.
- 6- Ministério da Saúde. Manual técnico de gestação de alto risco. Ed MS. Brasília, 2010.
- 7- Beyea SC, Nicoll ELH. Writing an integrative review. *Aorn J* 1998 April; 67(4):877-80.
- 8- Stringer M, Gennaro S, Deatrick JA, Founds S. Symptoms described by African American women evaluated for preterm labor. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs.* 2008;37(2):196-202.
- 9- Souza NL, Araújo ACPF, Costa ICC, Carvalho JBL, Silva MLC. Representações de mães sobre hospitalização do filho prematuro. *Rev Bras Enferm, Brasília* 2009 set-out; 62(5):729-33.
- 10- Chuang LL, Lin LC, Cheng PJ, Chen CH, Wu SC, Chang CL. Effects of a relaxation training programme on immediate and prolonged stress responses in women with preterm labour. *Journal of Advanced Nursing.* 2012; 68(1):170–180.
- 11- Oskay IGU, Beji NK. Biopsychosocial risk factors for preterm birth and postpartum emotional well-being: a case-control study on Turkish women without chronic illnesses. *J Clin Nurs.* 2011 Mar; 20(5-6):653-65.
- 12- Erdeve O, Arsan S, Canpolat FE, Ertem IO, Karagol BS, Atasay B et al. Does individual room implemented family-centered care contribute to mother-infant interaction in preterm deliveries necessitating neonatal intensive care unit hospitalization? *J Obstetrícia Saúde da Mulher de* 2009; 54(1):8-17.
- 13- Gwen Latendresse CNM. The interaction between chronic stress and pregnancy: preterm birth from a biobehavioral perspective. *J Midwifery Womens Health.* 2009; 54(1):8–17.

- 14- Nader PRA, Cosme LA. Parto prematuro de adolescentes: influência de fatores sociodemográficos e reprodutivos, Espírito Santo, 2007. *Esc Anna Nery Rev Enferm* 2010 abr-jun; 14(2):338-345
- 15- 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.
- 16- Schoenfisch AL, Dement JM, Rodríguez-Acosta RL. Demographic, clinical and occupational characteristics associated with early onset of delivery: findings from the Duke Health and Safety Surveillance System, 2001-2004. *Am J Ind Med.* 2008 Dec; 51(12):911-22.
- 17- Hannoun A, Usta IM, Awwad J, Moukalled D, Yahya F, Jurdi A et al. Effect of parity on maternal and neonatal outcomes in twin gestations. *Acta Obstet Gynecol Scand* 2012 Jan; 91(1):117-21.
- 18- López NC, Rodríguez LM. Visión de las madres en el cuidado del hijo prematuro en el hogar / Vision of mothers in care of premature babies at home. *av. Enferm.*, xxix, 2011(1):120-129.
- 19- Kavanaugh K, Moro TT, Savage TA, Reyes M, Wydra M. Supporting parents' decision making surrounding the anticipated birth of an extremely premature infant. *J Perinat Neonatal Nurs*; 2009 Apr-Jun; 23(2):159-70.
- 20- Gennaro S, Shults J, Garry DJ. Stress and preterm labor and birth in Black women. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs.* 2008 Sep-Oct;37(5):538-45.
- 21- Souza NL, Araújo ACPF, Costa ICC. Significados atribuídos por puérperas às síndromes hipertensivas da gravidez e nascimento prematuro. *Rev Esc Enferm USP*2011; 45(6):1285-92.
- 22- Rattasumpun P, Raines DA. The experience of Thai women facing the onset of preterm labor. *MCN Am J Matern Child Nurs.* 2008 Sep-Oct; 33(5):302-6.
- 23- Brandon DH, Tully KP, Silva SG, Malcolm WF, Murtha AP, Turner BS, Holditch-Davis D. Emotional responses of mothers of late-preterm and term infants. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs.* 2011 Nov-Dec; 40(6):719-31.
- 24- Lederman RP. Preterm birth prevention: a mandate for psychosocial assessment *Issues Ment Health Nurs.* 2011; 32(3):163-9
- 25- Guimarães EC, Melo ECP. Características do apoio social associados à prematuridade em uma população de puérperas de baixa renda. *Esc Anna Nery (impr.)*2011 jan-mar; 15(1):54-61.
- 26- Judith AM. Antepartum bed rest for pregnancy complications: efficacy and safety for preventing preterm birth. *Biological Research for Nursing* 2010; 12(2):106-124.
- 27- Berger TM, Bernet V, El Alama S, Fauchère JC, Hosli I, Irion O et al. Perinatal care at the limit of viability between 22 and 26 completed weeks of gestation in Switzerland. 2011 revision of the Swiss recommendations. *Swiss Med Wkly.* 2011 Oct, 18:141:w13280.
- 28- Carvalho BR, Melo C, Bruggemann OM, Garcia ORZ, Koettker JG. Inibição do trabalho de parto pré-termo: vivência de mulheres. *Cienc Cuid Saude* 2009 Out/Dez; 8(4):540-547.

ARTIGO 2

A PREMATURIDADE E SUA INTER-RELAÇÃO COM A REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE

Flávia Conceição Pohlmann⁷
Nalú Pereira da Costa Kerber⁸

Resumo: Objetivou-se analisar a inter-relação entre as alterações de saúde relacionadas à prematuridade e a rede de atenção à saúde disponibilizada às gestantes. Estudo quantitativo, do tipo caso controle, realizado com 29 mulheres que tiveram parto prematuro (casos) e 29 mulheres que tiveram parto a termo (controle) em dois hospitais do sul do Brasil. A coleta de dados foi realizada por meio de um questionário, utilizou-se a estatística descritiva simples, a partir de medidas de frequência para a análise dos dados. Obteve-se frequências semelhantes de alterações gestacionais tanto nos casos como nos controles, exceto para a hipertensão que teve maior prevalência nos casos. Em relação ao tratamento, os controles obtiveram frequência maior de assistência às alterações, sugerindo que a rede de atenção à saúde, quando adequada, influencia positivamente na prevenção da prematuridade.

Descritores: Parto prematuro; Cuidados no pré-natal; Fatores de Risco; Continuidade da Assistência ao Paciente; Enfermagem.

Keywords: Preterm birth; prenatal care; Risk Factors; Continuity of Patient Care; Nursing.

Palabras clave: Nacimiento Prematuro; El Cuidado Prenatal; Factores de Riesgo; La Continuidad del Cuidado del Paciente; Enfermería.

Introdução

O foco deste estudo está posto nas alterações gestacionais consideradas fatores de risco à prematuridade em uma associação com a Rede de Atenção à Saúde (RAS) em mulheres que tiveram parto prematuro e parto a termo.

O parto prematuro (PP) é aquele que acontece entre a vigésima e trigésima sétima semana incompleta⁽¹⁾. Estudar a temática é relevante, pois é estimado o nascimento de 15 milhões de bebês prematuros por ano no mundo, revelando-se como um problema de saúde pública, por representar risco de vida ao neonato. Entre os países responsáveis por 60% dos nascimentos prematuros do mundo, o Brasil representa a 10ª posição, com a estimativa de que tenham ocorrido 250 mil ou mais nascimentos prematuros no ano de 2010⁽²⁾.

⁷ Enfermeira. Mestranda em Enfermagem pelo PPGEnf FURG. Bolsista Capes D/S. Autor responsável para correspondência. E-mail: fcpohlmann@ibest.com.br. Endereço: Rua I, nº 430, bairro Parque São Pedro, Rio Grande-RS. Telefone para contato: 053- 81470130.

⁸ Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Docente da Escola de Enfermagem, da Universidade Federal do Rio Grande/FURG. E-mail: nalu@vetorial.net

Os últimos números que se tem em relação ao nascimento de bebês prematuros é de 2010, de uma investigação liderada pelo Programa de Pós-graduação em Epidemiologia, da Universidade Federal de Pelotas, apoiada pelo Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF) e Ministério da Saúde. Este estudo revelou que a prevalência de partos de crianças prematuras é de 11,7% em relação a todos os partos realizados no Brasil. Os autores do estudo revelam que esse percentual coloca o Brasil no mesmo patamar de países de baixa renda, onde a prevalência é de 11,8%⁽³⁾.

Nos países de renda média o percentual é de 9,4%, segundo o relatório “*Born too Soon*”, divulgado pela Organização Mundial da Saúde em 2012. O Sistema de Nascidos Vivos (SINASC), do Ministério da Saúde, apontava um discreto aumento no percentual de prematuridade, de 6,8% para 7,2% entre 2000 e 2010. Entretanto, o estudo referenciado corrige o valor de 2010 para 11,7%, salientando que as regiões mais desenvolvidas (Sul e Sudeste) são as que apresentam os maiores percentuais de prematuridade (12% e 12,5%, respectivamente)⁽³⁾.

A prematuridade representa fator de grande preocupação, visto que contribui para maior chance dos neonatos terem consequências graves a longo prazo, como cegueira, paralisia cerebral, problemas de aprendizagem e desenvolvimento⁽⁴⁾.

Segundo o Ministério da Saúde (MS), os fatores de risco podem ser de ordem psicossocial como ausência de assistência da saúde pré-natal; comportamental que abrange situações como tabagismo, atividade física exacerbada, uso de álcool e drogas durante a gestação e; fisiológica, objeto de interesse deste estudo, que incluem parto prematuro prévio, história de um ou mais abortos espontâneos no segundo trimestre, extremos de idade, complicações maternas (clínicas ou obstétricas), gestação múltipla, anomalias congênitas, polihidrânio, rotura prematura de membranas, descolamento de placenta, infecções maternas, entre outras⁽¹⁾.

A assistência pré-natal adequada, com a identificação precoce de alterações gestacionais que podem complicar uma gravidez saudável, bem como a adequada assistência a estas pode ser capaz de reduzir os índices de prematuridade⁽⁵⁾.

Para que a assistência seja viabilizada, há necessidade de um suporte por parte de toda a rede de serviços de saúde. A estruturação da Rede de Atenção à Saúde (RAS) foi regulamentada na Portaria 4.279, que estabelece diretrizes para sua organização no Sistema Único de Saúde (SUS). As RAS são consideradas estratégias para superar a fragmentação da assistência, propondo um sistema de saúde interligado em todos os níveis, favorecendo a

assistência resolutiva e efetiva nas necessidades da população⁽⁶⁾. Percebe-se que as orientações do MS podem contribuir para que a prematuridade seja prevenida, e o pré-natal identificar complicações gestacionais e efetivar ações resolutivas por meio do acesso.

Diante do exposto, surgiu o interesse de realizar um estudo que respondesse ao seguinte questionamento: Existem diferenças relacionadas à presença de complicações gestacionais e à rede de atenção à saúde entre mulheres que tiveram parto a termo e parto prematuro? Tentando responder a este questionamento traçou-se o objetivo de analisar a inter-relação entre as alterações de saúde e as complicações gestacionais relacionadas à ocorrência do parto prematuro e a rede de atenção à saúde disponibilizada às gestantes.

Método

Trata-se de um estudo com abordagem quantitativa longitudinal, do tipo caso-controle, realizado na cidade do Rio Grande - RS. Esta pesquisa é um recorte do banco de dados da macro pesquisa intitulada “Parto prematuro: estudo dos fatores associados para construção de estratégias de prevenção”, do Grupo de Pesquisa Viver Mulher, da Escola de Enfermagem, da Universidade Federal do Rio Grande - FURG .

Os sujeitos deste estudo foram 29 mulheres que apresentaram seu parto de forma prematura (caso) e 29 mulheres que tiveram parto a termo (controle) em momento imediatamente posterior às que tiveram parto prematuro, durante os meses de novembro e dezembro de 2013.

A coleta de dados foi realizada da retirada de informações de um banco de dados de uma pesquisa macro, acontecendo nos mês de janeiro de 2014. Esses dados primários foram coletados por acadêmicas de enfermagem, devidamente treinadas, por meio da aplicação de um questionário estruturado, nos dois hospitais do município, sendo um público, o Hospital Universitário Dr. Miguel Riet Corrêa Jr., e um filantrópico, a Associação de Caridade Santa Casa do Rio Grande (ACSC-RG). A escolha destes dois hospitais como contexto de investigação se justifica pelo fato de serem os locais em que são realizados os partos no município do Rio Grande.

Para este estudo foram investigados os problemas apresentados na gravidez e a Rede de Atenção à Saúde. Os dados obtidos foram codificados no programa Epi-Data, por dupla digitação e em ordem inversa. A análise dos dados foi feita por meio de estatística descritiva simples, a partir de medidas de frequência que realizam comparações significativas entre duas

ou mais populações, os casos e os controles⁽⁷⁾. Dessa forma se consegue visualizar a presença de complicações e a efetividade da organização da rede de atenção à saúde nos casos e controles, e assim estabelecer a relação das causas e dos efeitos nos dois grupos.

Os aspectos éticos do estudo pautaram-se na declaração de liberação para uso dos dados da coordenadora da macro pesquisa.

Resultados

Apresenta-se, inicialmente, a categorização dos sujeitos, de modo a dar visibilidade às mulheres que compuseram este estudo. No grupo casos, ou seja, no grupo das mulheres que tiveram parto prematuro, a média de idade foi de 27.3 anos, em uma escala de 14 a 40 anos de idade, 51.7% eram solteiras, 31% primíparas, 86.2% brancas e 44.9% teve cesárea. Já no grupo controle, referente àquelas que tiveram parto a termo em momento subsequente às que tiveram parto prematuro, a média de idade foi de 23.6 anos, em uma escala de 16 a 41 anos, 58.7% eram solteiras, 31% primíparas, 62% brancas e 35.8% finalizou o período gestacional com parto cesáreo.

Conforme a Tabela 1, que registra a ocorrência de problemas na gestação considerados fatores de risco para a prematuridade, visualiza-se que a maior frequência de problemas, tanto no grupo de mulheres que teve parto prematuro quanto naquelas que tiveram parto a termo foi a leucorréia, a infecção urinária e a ameaça de parto prematuro anterior. O diferencial entre os dois grupos de mulheres está na presença mais acentuada de hipertensão arterial (34.5%) no primeiro grupo.

Interessante notar que leucorréia e infecção urinária aparecem com uma frequência levemente maior no grupo controle (44.8% e 38% respectivamente).

Tabela 1 – Presença de Fatores de Risco para a Prematuridade em mulheres com parto prematuro e parto a termo. Rio Grande, RS, Brasil.
N= 58

Problemas	Caso		Controle	
	N	%	N	%
Pressão Alta	10	34,5	2	6,8
Pressão Alta Prévia		13,7		0
Diabetes	2	6.8	0	0
Infecção Urinária	10	34.5	11	38
Ameaça de aborto	4	13.8	1	3.5
Ameaça de parto prematuro	7	24.1	2	7
Sangramento	6	20.7	4	13.8

1° trimestre		6.9		0
2° trimestre		0		0
3° trimestre		6.9		3.5
Sem resposta		6.9		10.3
Leucorréia	12	41.4	13	44.8
Outras Infecções	3	10.3	0	0

Com relação às frequências com que os problemas aparecem, de forma geral, 82.8% das gestantes que apresentaram o parto prematuramente tiveram alguma alteração na saúde durante o pré-natal, em contrapartida às 58.7% de mulheres que tiveram parto a termo.

Na tabela 2 é apresentado o tratamento para os problemas gestacionais identificados nos casos e nos controles. O fator de relevância que será discutido é o não tratamento das mulheres que apresentaram estes problemas no decorrer da gestação. A hipertensão arterial não foi tratada em 30% das mulheres que acabaram tendo seu parto prematuramente e em 50% das que tiveram parto a termo. Apesar do percentual de tratamento de hipertensão das gestantes consideradas como controle despontar como mais alto, observou-se que a frequência desta problemática é inferior ao grupo das mulheres consideradas como casos.

O problema de diabetes, apesar da frequência ter se mostrado pequena e ter sido identificado apenas entre as mulheres que tiveram parto prematuro, não foi tratado em 50% dos casos. A infecção urinária foi tratada em todas as mulheres que tiveram parto a termo, e, 20% das que tiveram seu filho prematuramente não receberam tratamento. Outro problema que recebeu tratamento em sua totalidade entre as mulheres que compuseram o grupo controle é referente à ameaça de aborto, diferentemente do grupo dos casos, em que 75% não tratou.

Duas mulheres que tiveram parto a termo apresentaram ameaça de parto prematuro, uma recebeu tratamento e outra não. Em relação às que tiveram parto prematuro, 26.6% das mulheres não foi tratada. Sangramento e leucorréia apresentaram frequência de não tratamento semelhante no grupo dos casos (33%). Já nas mulheres que compuseram a amostra dos controles, o não tratamento despontou em 50% e 38.5%, respectivamente. As outras infecções, que consistiu basicamente em bronquite e gastroenterite, foram tratadas na sua totalidade no grupo dos casos, e não foram identificadas no grupo controle.

Tabela 2 - Tratamento dos Problemas na Gestação. Rio Grande, RS, Brasil.

Pressão Alta	Caso n= 10	Controle n=2
Não	30%	50%

Sim, tratamento domiciliar.	20%	0%
Sim, tratamento hospitalar.	50%	50%
Diabetes	Caso n= 2	Controle n= 0
Não	50%	NSA*
Sim, tratamento domiciliar.	0%	
Sim, tratamento hospitalar.	50%	
Infecção Urinária	Caso n= 10	Controle n= 11
Não	20%	0%
Sim, tratamento domiciliar.	80%	81.9%
Sim, tratamento hospitalar.	0%	18.1%
Ameaça de Aborto	Caso n= 4	Controle n= 1
Não	75%	0%
Sim, tratamento domiciliar.	25%	100%
Sim, tratamento hospitalar.	0%	0%
Ameaça de Parto Prematuro	Caso n= 7	Controle n= 2
Não	28.6%	50%
Sim, tratamento domiciliar.	28.6%	0%
Sim, tratamento hospitalar.	42.8%	50%
Sangramento	Caso n= 6	Controle n= 4
Não	33.3%	50%
Sim, tratamento domiciliar.	50%	25%
Sim, tratamento hospitalar.	16.7%	25%
Leucorréia	Caso n= 12	Controle n=13
Não	33.3%	38.5%
Sim, tratamento domiciliar.	66.7%	61.5%
Sim, tratamento hospitalar.	0%	0%
Outras Infecções	Caso n= 3	Controle
Não	0%	NSA
Sim, tratamento domiciliar.	100%	
Sim, tratamento hospitalar.	0%	

* NSA: não se aplica em vista da mulher não ter apresentado a problemática.

Com a apresentação dos resultados da Tabela 2, percebe-se que o grupo controle recebeu tratamento mais frequente que o grupo dos casos, sendo este um dos possíveis fatores para o grupo controle não ter apresentado a prematuridade. Em relação ao tipo de tratamento recebido, os problemas relacionados à hipertensão arterial, diabetes e ameaça de parto prematuro receberam com maior frequência tratamento hospitalar, em ambos os grupos de sujeitos. Já a predominância do tratamento domiciliar foi elencada para os problemas de infecção urinária, ameaça de aborto, sangramento, leucorréias e outras infecções.

Na tabela 3 apresentam-se os resultados referentes à rede de atenção à saúde pautada em alguns quesitos da Rede Cegonha consolidada pela Portaria nº 1.459, de 24 de junho de 2011 que trata sobre alguns aspectos que devem ser rotina na assistência à saúde da mulher e do neonato. Optou-se em construir a tabela com base nos percentuais que correspondem à conduta não tomada pelos profissionais, de forma a chamar a atenção para a falha no sistema de saúde. Os números relativos à conduta inadequada ou a falta desta, mesmo que sejam em menor percentual do que as condutas adequadas, são muito mais preocupantes. Assim, atenta-se para a questão da assistência pré-natal, que foi realizada por todas as mulheres componentes do grupo de casos, sendo que no grupo controle 20.7% das mulheres não obtiveram esse tipo de assistência durante a gestação.

Dentre as mulheres que realizaram pré-natal, investigou-se a solicitação de exames por parte dos profissionais de saúde. Esta é uma conduta preconizada e necessária na assistência pré-natal, mas que em 20.7% dos casos e em 13% dos controles não foi realizada. A maior parte das mulheres, tanto entre as que tiveram parto prematuro quanto as que tiveram parto a termo não obteve dificuldade na marcação e realização dos exames que lhes foi solicitado.

Tabela 3- Rede de Assistência à Saúde. Rio Grande, RS, Brasil.

Conduta	Caso	Controle
Realização do Pré-natal	Não 0	Não 20.7
Solicitação de exames e explicação de como proceder	20.7	13
Dificuldade de marcar e realizar o exame	74	70
Encaminhamento para outro serviço	86.2	82.6
Disponibilização de formulário para apresentar no outro serviço	25	25
Explicação sobre o local para onde deveria se encaminhar	25	25
Dificuldade de acesso ao serviço encaminhado	75	75
Necessidade de buscar serviços por sua própria necessidade	100	100
Necessidade de acessar serviços de emergência	55.2	75.9
Acesso ao serviço de emergência		
Imediato	38.5	28.6
Aguardou	61.5	71.4

Não foi atendida	NSA*	NSA
Dificuldade para obter o serviço de emergência	84.6	57.1

* NSA: não se aplica em vista da mulher não ter apresentado este tipo de atendimento.

A Tabela 3 também apresenta os encaminhamentos para outros serviços, em que despontou o serviço hospitalar, com uma frequência próxima dos casos e dos controles. A referência e contra referência, bem como a explicação de como proceder para obter o serviço que foi solicitado, não foi utilizada pelos profissionais do pré-natal no mesmo número de sujeitos em ambos os grupos, assim como, também, a dificuldade de acesso a esse serviço se mostrou idêntica nas duas situações. O serviço de emergência foi mais procurado pelas mulheres que tiveram parto prematuro, as quais, receberam atendimento imediato e não tiveram muita dificuldade de acesso ao serviço.

Dentre os motivos elencados pelos sujeitos do estudo em relação à facilidade de realizar e marcar o exame, foi relacionado o fornecimento de uma requisição do exame por parte do profissional de saúde como forma de agilizar o processo e, em algumas unidades que contam com Estratégia Saúde da Família, o exame ter sido realizado na própria unidade. Em contrapartida, as dificuldades estão relacionadas às mulheres necessitarem procurar serviços particulares pela agilidade dos mesmos, o longo tempo de espera, a demanda excessiva de serviço e a dificuldade de realizar a ultrassonografia obstétrica na rede.

Com relação às dificuldades e facilidades para obtenção dos serviços hospitalares, foi citada a demora a ser atendida como aspecto dificultador, e a agilidade de obtenção do leito por meio de contato telefônico entre a unidade básica de saúde e o hospital e a rapidez no atendimento, como aspectos facilitadores.

Discussão

Este estudo evidenciou que as complicações consideradas como fatores de risco para a prematuridade tiveram frequências semelhantes, quando analisadas separadamente, tanto nos casos como nos controles, revelando que a leucorréia, a infecção urinária, o sangramento, a ameaça de aborto e de parto prematuro são os mais frequentes. Esse achado não permite, entretanto, confirmar que a presença de tais fatores esteja intimamente ligada à prematuridade.

Isso leva à inferência de que não existe um único e isolado aspecto que possa ser responsabilizado por comprometer a situação de saúde da gestante e RN concorrendo para o

advento de um parto prematuro. Pode haver uma associação de elementos que, no conjunto, se conformem como indutores da prematuridade. O PP geralmente possui causa multifatorial, ou sua causa é desconhecida, sendo que cerca de 50% dos partos que se encontram nessa situação não podem ter sua causalidade definida, em virtude de os fatores de risco presentes ou ausentes não poderem ser considerados determinantes, bem como serem presentes em gestantes que tiveram seu parto a termo⁽⁸⁾.

Tal achado fez com que se analisasse a frequência de problemas gestacionais relacionados à prematuridade de uma forma mais geral, constatando-se que o grupo dos casos se apresenta com uma taxa consideravelmente superior que o grupo controle quanto à presença desses problemas, reafirmando a multicausalidade afirmada pela literatura sobre a prematuridade.

O único problema que apresentou uma diferença considerável foi a pressão alta, que apareceu com maior frequência nos casos do que nos controles. A frequência considerável que o grupo dos casos apresentou relacionada à hipertensão durante a gestação vem ao encontro do que a literatura mostra. A pressão alta é considerada o fator de risco mais frequente relacionado ao TPP e PP, envolvendo o desencadear fisiológico do parto pré-termo ou a interrupção da gestação por conduta médica, como forma de prevenir complicações materno-fetais. Tal fator de risco, além de desencadear alterações fisiológicas, acarreta também alterações emocionais nas mulheres que estão em tratamento para hipertensão, sendo um ciclo, onde o próprio fator desencadeante favorece sua intensidade⁽⁹⁾.

Um dos estudos desenvolvidos no sentido de identificar fatores de risco associados à prematuridade evidenciou as doenças base maternas mais frequentes, despontando a hipertensão materna, as alterações uteroplacentárias, as doenças infecciosas, as cardiopatias, o diabetes e a Síndrome da Imunodeficiência Adquirida⁽¹⁰⁾. Comparando os achados acima com os evidenciados neste artigo, percebe-se que alguns dos problemas que despontaram neste estudo também foram frequentes em outras pesquisas.

Mesmo com a impossibilidade de afirmar que a presença de problemas gestacionais é capaz de desencadear a prematuridade, em virtude das frequências dos problemas serem próximas nos dois grupos do estudo, ainda é pertinente estudá-las. O estudo da frequência dos fatores de risco pode propiciar aos profissionais de saúde a identificação precoce dos problemas de saúde ao avaliar as características das gestantes, possibilita o planejamento da assistência, vista na prevenção do PP, a partir da realidade de cada mulher. O conhecimento das características populacionais possibilita reduzir os indicadores desfavoráveis de saúde,

principalmente o da mortalidade infantil, à medida que implica na identificação e intervenção precoce⁽⁵⁾.

Um destaque se faz necessário, neste momento, em relação à discreta prevalência de infecção urinária e de leucorréia entre as mulheres que tiveram parto a termo. Essa constatação insinua perspectiva diferenciada do conhecimento científico que se tem atualmente sobre a temática, que mostra estes agravos como concorrendo fortemente para a prematuridade^(1,11).

Qual o significado desse achado? Se, tanto as mulheres que têm parto prematuro quanto as que têm parto a termo apresentam esse tipo de alterações gestacionais, o que faz com que somente um dos grupos desencadeie o parto de forma prematura? Parece que a presença do problema na gestação não é capaz de desencadear sozinha a prematuridade, como os dados estão mostrando. Porém, o conjunto das problemáticas e a forma como são manejados pelos serviços de saúde, pode exercer importante influência na instalação de um parto prematuro. O desfecho de cada caso poderá ser satisfatório e as morbidades maternas e fetais prevenidas de acordo com o modo como se está assistindo às mulheres e famílias que vivenciam um PP⁽¹²⁾. Assim, percebe-se a importância da rede de atenção à saúde (RAS) bem estruturada, capaz de atender as necessidades da população e ser efetiva na prevenção de agravos à saúde materna e neonatal.

É importante analisar como está sendo realizado o tratamento das alterações de saúde apresentada pelas gestantes. Neste estudo, o grupo controle recebeu maior frequência no tratamento dos agravos, podendo ser esta a causa para que as mulheres que tiveram parto a termo não tenham desencadeado a prematuridade, apesar das frequências dos problemas de saúde serem semelhantes nos dois grupos. Apesar de o acesso ao pré-natal ser quase que universal na atualidade brasileira, ainda há problemas e dificuldades para se organizar um serviço que atenda às necessidades e consiga evitar agravos à saúde da mulher no ciclo gravídico-puerperal⁽¹⁾.

O MS tem se empenhado para que suas orientações sejam efetivadas na prática, mas ainda há dificuldades de aplicá-las no processo de trabalho daqueles que são responsáveis por produzir saúde. Há a necessidade de investir na formação dos profissionais de saúde para que consigam visualizar a importância de fazer as orientações do MS um referencial para sua prática, podendo ser capaz de produzir saúde⁽¹³⁾.

Para viabilizar sua proposta, o MS atualizou em 2012 o Manual Técnico de Gestão de Alto Risco, para que os profissionais responsáveis por realizar o pré-natal possam

organizar o seu processo de trabalho por meio de condutas efetivamente benéficas para reduzir a morbimortalidade materna e fetal. Neste manual são abordadas as diversas alterações da saúde que podem representar risco à saúde da mãe e do bebê e é explicitado o fluxograma de atendimento para cada problema, no intuito de que a assistência seja resolutiva e de qualidade⁽¹⁾.

Desta forma, a assistência às alterações gestacionais elencadas neste estudo são abordadas no referido Manual. É possível que se os profissionais de saúde as tivessem utilizado em seu processo de trabalho poderiam ter prevenido a ocorrência de alguns nascimentos prematuros. Cogita-se tal possibilidade em virtude das mulheres consideradas como casos neste estudo não terem sido tratadas tão frequentemente como aquelas consideradas controle, que tiveram parto a termo. Um estudo desenvolvido no mesmo município desta investigação comprova que as orientações do MS são desconsideradas em muitas situações, apesar dos profissionais terem conhecimento sobre elas⁽¹⁴⁾.

O não tratamento de alterações de saúde identificadas durante a gestação, não está em consonância com o que é expresso no objetivo da Rede Cegonha, que diz respeito à organização da Rede de Atenção à Saúde Materna e Infantil, com metas de ampliar o acesso, o acolhimento e a resolutividade de casos⁽¹⁵⁾. Percebe-se que tal objetivo também é abordado na Portaria 2.729/2010 sobre a RAS, a qual incorpora em seu conteúdo a questão do acesso, acolhimento e resolutividade como parte dos elementos fundamentais para assistir a população de forma que se sintam satisfeitas com os cuidados que receberam⁽⁶⁾. Assim, percebe-se que ao identificar uma alteração de saúde e não tratá-la, está havendo uma omissão do cuidado e não se está atuando de maneira a garantir a resolutividade do caso e contribuir significativamente com a redução dos índices de prematuridade.

O dado referente ao tratamento de infecções urinárias chama bastante a atenção para o fato de que todos os controles foram tratados em contrapartida aos casos, em que 20% não recebeu tratamento. Por representar papel importante para o desencadeamento de TPP, a infecção urinária está intimamente ligada ao aumento da ocorrência da prematuridade na gestação⁽¹¹⁻¹⁶⁾. Alguns resultados têm se mostrado positivos em relação à identificação e tratamento precoce de infecções genitais e do trato urinário materno, assim como a adaptabilidade da grávida aos cuidados necessários para o manejo do TPP satisfatório⁽¹⁾.

Cabe ressaltar o papel do prenatalista nesse processo, pode identificar fatores de risco associados ao PP e ao pautar seu processo de trabalho de acordo com as orientações do MS, pode intervir de forma que ações preventivas sejam colocadas em prática e tragam benefícios

à mulher, ao recém-nascido, à família e a sociedade em geral, reduzindo os índices de prematuridade⁽¹⁾. Nesta ótica, este estudo mostrou que apesar da identificação dos fatores de risco durante o pré-natal, em tempo hábil para ações preventivas, algumas mulheres não obtiveram uma RAS bem estruturada e resolutiva, sendo esta uma das possíveis causas para vivenciarem um PP.

Com relação à assistência pré-natal, observou-se que todos os casos contaram com esse serviço de saúde durante a gestação, já no grupo controle, uma média de 20% das mulheres não realizou pré-natal. Este dado se mostra contrário ao que a literatura salienta, pois o acompanhamento da gestação inadequado ou ausente é considerado um fator de risco ao PP, pois as mulheres que não foram acompanhadas durante a gestação podem ter conhecimento insuficiente sobre hábitos saudáveis na gestação e riscos associados ao TPP⁽¹⁷⁾.

Acredita-se que a questão principal está posta na qualidade da assistência, uma vez que a totalidade das mulheres que desencadeou PP teve assistência pré-natal. Parece que esta não foi resolutiva, até pelo fato de não ter sido ofertado tratamento para as alterações instaladas de modo tão frequente quanto ao disponibilizado às mulheres que tiveram seu parto a termo. Sendo assim, ressalta-se a importância de um pré-natal pautado nas diretrizes do MS, que direciona o conjunto de ações necessário para cada situação apresentada. Se não for assim, de que adianta a mulher comparecer mensalmente às consultas? Ela precisa ser orientada quanto aos fatores de risco, à forma de prevenção de problemas, ao momento de buscar o serviço de saúde, aos exames que devem ser realizados e à importância do tratamento, assim como devem ser tomadas atitudes no sentido de debelar e tratar complicações.

A não assistência pré-natal por 20% das gestantes do grupo controle causou uma inquietação, instigando a proceder à análise das alterações presentes nestes sujeitos de forma separada. Refletia-se nos motivos que culminaram em um parto a termo e se questionava se estas mulheres não apresentaram nenhum tipo de complicação durante a gestação, que tivesse feito com que desencadeassem um parto de forma prematura. Constatou-se que essas mulheres não tiveram nenhuma alteração considerada fator de risco para a prematuridade, sendo assim não precisaram de tratamento para tais alterações.

O grupo das mulheres que tiveram parto prematuro teve maior frequência de não realização dos exames considerados rotinas no pré-natal e quando foram solicitados, as mulheres tiveram menor dificuldade para realizá-los em comparação com as mulheres que tiveram parto à termo. Em um estudo em que os autores utilizaram a verificação do cartão das gestantes como modo de constatação da realização de exames pré-natais, foi constatado que o

preenchimento do campo destinado aos exames laboratoriais era inadequado. A ausência de registro não significa não realização de procedimentos pré-natais, no entanto, é um respaldo legal para o profissional que tem como comprovar que sua prática é baseada nas políticas nacionais de saúde materno-infantil⁽¹⁸⁾.

Retornando à questão da RAS, os achados mostram que uma frequência elevada de indivíduos não foi encaminhada para outros serviços, mesmo apresentando frequências significativas de alterações gestacionais. A intencionalidade na análise de tal dado é no sentido de observar se as mulheres que apresentavam alterações eram devidamente encaminhadas ao Pré-Natal de Alto Risco ou à rede hospitalar para receber tratamento no local mais adequado à sua situação de saúde, o que não foi evidenciado. O MS orienta que quando a gestante apresenta fatores de risco relacionados à prematuridade como pré-eclâmpsia grave, ameaça de TPP e ameaça de aborto, deve ser encaminhada a um serviço de gestação de alto risco para ser tratada adequadamente⁽¹⁾. Assim, a RAS precisa ser acionada em suas ramificações para dar conta de assistir à mulher que enfrenta uma problemática não natural do processo gestacional.

As mulheres, tanto que tiveram parto prematuro quanto as que tiveram parto a termo, que foram encaminhadas para outros serviços, obtiveram as mesmas frequências relacionadas a não utilização de formulário de encaminhamento pelo profissional, a não explicação para onde deveria obter o atendimento, bem como mesma dificuldade de acesso. Tal achado pode ser sugestivo que haja descompromisso do profissional ao encaminhar a gestante necessitada de um atendimento que não tem condições de atender, bem como o despreparo dos serviços de saúde em acolher essa gestante.

O despreparo dos serviços de saúde a que foram encaminhadas os dois grupos do estudo está posto em que algumas mulheres tiveram dificuldade de acesso. Quando um indivíduo procura um serviço de saúde, este deve disponibilizar acesso aos serviços, bem como acolher esse indivíduo nas suas necessidades, resultando em uma assistência resolutiva e de qualidade⁽⁶⁾.

Relacionado aos serviços de emergência, os casos necessitaram mais frequentemente que os controles acionar esse tipo de serviço, sendo que a maioria dos dois grupos foi atendida imediatamente. E os controles tiveram mais dificuldades de acesso que os casos. Percebe-se que os serviços de emergência parece estar preparados em atender imediatamente demanda, mas que em alguns momentos o acesso é lento. A RAS tem a proposta de prestar uma assistência no local onde há necessidade, no tempo em que a assistência seja efetiva, com qualidade satisfatória, com custo que atenda às necessidades da população, sem favorecer

metas quantitativas e com a responsabilização dos seus prestadores⁽¹⁹⁾. Espera-se que com o decorrer do tempo, surjam estratégias que possam contribuir para efetivação dessa proposta em sua totalidade, e não em apenas alguns casos, para que se consiga níveis menores de prematuridade e morbidades maternas e fetais.

Conclusão

O estudo evidenciou que as alterações gestacionais apresentam frequências semelhantes, quando analisadas separadamente, tanto no grupo dos casos como no grupo dos controles, sendo a única discrepância relacionada à hipertensão, que atingiu muito mais as mulheres que tiveram parto prematuro. Analisado as alterações de uma forma geral, constatou-se que a frequência das alterações é muito superior nos casos do que nos controles, sendo possível inferir a multicausalidade da prematuridade.

O tratamento das alterações gestacionais presentes foi analisado separadamente e, assim, evidenciou-se que foi muito mais frequente no grupo controle, sendo este um achado relevante para associar a prematuridade no grupo dos casos, pois a presença de alterações gestacionais associado ao não tratamento é um indicio de risco mais elevado para a prematuridade.

Ao ser analisada a RAS do pré-natal, observa-se que o grupo controle foi o único que apresentou frequência de não realização do pré-natal, não podendo associar à prematuridade com ausência de assistência pré-natal neste estudo. Entretanto, quando se analisou o grupo separadamente, as evidências mostraram que as mulheres não apresentaram nenhuma alteração da saúde durante a gestação, sendo um indicativo de que a ausência do pré-natal não resultou em prematuridade.

Nos dos dados analisados, constata-se que a efetividade da RAS é de extrema relevância para a prevenção da prematuridade e que os controles podem não ter apresentado o parto prematuro devido ao modo como suas alterações foram manejadas. Como contribuição do estudo aponta-se que utilizar as orientações do MS no processo de trabalho é uma maneira efetiva de produzir saúde, baseado em evidencias científicas, bem como ética, por ser o órgão responsável, que está preocupado em reduzir os índices de morbimortalidade materna e fetal.

Referências

- 1- Ministério da Saúde. **Gestação de alto risco: manual técnico.** (Série A. Normas e Manuais Técnicos) – 5. ed. – Brasília : Editora do Ministério da Saúde, 2012:302.
- 2- . World Health Organization. **Born Too Soon: The Global Action Report on Preterm Birth.** Eds CP Howson, MV Kinney, JE Lawn. World Health Organization. Geneva, 2012.
- 3- UNICEF. Estudo faz alerta sobre situação da prematuridade no Brasil. Boletim de 05 de agosto de 2013. Disponível em: < <http://www.onu.org.br/com-apoio-do-unicef-estudo-faz-alerta-sobre-nascimento-de-bebes-prematurados-no-brasil>> Acesso em 15 de fev de 2014.
- 4- Gwen Latrendesse CNM. The interaction between chronic stress and pregnancy: preterm birth from a biobehavioral perspective. **J Midwifery Women's health**, 2009;54(1):8-17.
- 5- Ramos HAC, Cuman RKN. Fatores de risco para prematuridade: pesquisa documental. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**, 2009;13(2):297-304.
- 6- Portaria n° 4.279, de 30 de Dezembro de 2010. Estabelece diretrizes para a organização da **Rede de Atenção à Saúde** no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), 2010:27.
- 7- Wang YP, Andrade LHSG. Medidas de Frequência. Im: Benseñor IM, Lotufo PA. **Epidemiologia abordagem prática.** São Paulo: SARVIER, 2005.
- 8- Mcpheeters ML, Miller WC, Hartmann KE, Savitz DA, Kaufman JS, Garrett JM. The epidemiology of threatened preterm labor: a prospective cohort study. **American Journal of Obstetrics and Gynecology**,2005;192(4):1325-1329.
- 9- Souza NL, Araújo ACPF, Costa ICC. Significados atribuídos por puérperas às síndromes hipertensivas da gravidez e nascimento prematuro. **Rev. Esc. Enferm USP**, ;45(6):1285-1290.
- 10- Salge AKM, Vieira AVC, Aguiar AKA, Lobo SF, Xavier RM, Zatta LT et al.. Fatores maternos e neonatais associados à prematuridade. **Rev. Eletr. Enf. [Internet]**. 2009;11(3):642-6. Available from: <http://www.fen.ufg.br/revista/v11/n3/v11n3a23.htm>.
- 11- Silva JC, Deglmann RC, Costa JG, Giacometti C. Relação entre vaginose bacteriana e prematuridade. **FEMINA**, 2010;38(2):80-82.
- 12- Almeida AC, Jesus ACP, Lima PTF. Araújo JBL, Silva MLC. Fatores de risco maternos para prematuridade em uma maternidade pública de Imperatriz-MA. **Rev Bras Enferm**, Brasília, 2009;62(5):729-733.
- 13- Busanello J, Kerber NPCK, Fernandes GFM. Humanização do parto e a formação dos profissionais de saúde. **Ciência, cuidado e saúde**, Maringá, 2011;10(1):160-175.
- 14- Enderle CF, Kerber NPC, Susin LRO, Mendonza-Sassi RA. Avaliação da atenção ao parto por adolescentes em um hospital universitário. **Rev. Bras. Saúde Matern. Infant.**, Recife, 2012;12(4):383-394.
- 15- Portaria n° 1.459, 24 de Junho de 2011. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS - a **Rede Cegonha**, 2011:18.
- 16- Nomura ML. Júnior RP, Oliveira UM, Calil R. Colonização materna e neonatal por estreptococo do grupo B em situações de ruptura pré-termo de membranas e no trabalho de parto prematuro. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, 2009;31(8):397-403.
- 17- Nader PRA, Cosme LA. Parto prematuro de adolescentes: influência de fatores sociodemográficos e reprodutivos, Espírito Santo, 2007. **Esc Anna Nery Rev. Enfermagem**, abr/jun 2010;14(2):338-345.

18- Neto ETS, Olveira AE, Eliana Z, Gama SGN, Leal MC. O que os cartões de pré-natal das gestantes revelam sobre a assistência nos serviços do SUS da Região Metropolitana da Grande Vitória, Espírito Santo, Brasil? **Cad. Saúde Pública**, sept 2012, 2012;28(9).

19- MENDES EV. **As redes de atenção à saúde**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo alcançou seus objetivos, pois conseguiu inferir que há uma inter-relação entre a prematuridade e a rede de atenção à saúde das mulheres que vivenciam uma gestação. Identificou-se que quando as alterações gestacionais são analisadas separadamente, as frequências se tornam semelhantes entre os casos e os controles, somente uma variável apresentou discrepância entre os dois grupos, que foi a hipertensão arterial, muito mais frequente nas gestantes que vivenciaram a prematuridade. Ainda, leucorréias e infecção urinária tiveram taxas levemente superiores no grupo que teve parto a termo.

Quando as variáveis referentes às alterações gestacionais relacionadas à prematuridade foram analisadas no seu conjunto, percebeu-se que elas foram consideravelmente mais frequentes no grupo dos casos do que nos controles. Este achado pode ser uma evidência de que a causa da prematuridade é multifatorial, pois o grupo controle apresentou fatores de risco em menor proporção.

A análise do tratamento das alterações gestacionais foi importante para evidenciar que o grupo de mulheres que teve parto prematuro possuiu uma frequência menor de tratamento em relação ao grupo que teve parto a termo, mesmo tendo frequências maiores na maioria das alterações gestacionais relacionada à prematuridade analisadas. Constatou-se ainda, que todas as mulheres do grupo dos casos realizaram pré-natal, já no grupo controle houve uma frequência considerável de gestantes que não o fizeram. Apesar de contarem com a assistência pré-natal o grupo dos casos vivenciou a prematuridade e, em vista disso, reflete-se que este fato pode estar ligado ao não tratamento das alterações gestacionais, revelando que é necessário que os prenatalistas usem em seu processo de trabalho as orientações que o MS incorpora em seus manuais, políticas e programas de forma a tornar o pré-natal uma RAS efetiva e de qualidade. Considera-se importante enfatizar que quando são tomadas condutas adequadas durante a gestação direcionadas para os fatores de risco para a prematuridade, de acordo com as orientações do MS, há grande possibilidade de prevenção da prematuridade.

Algumas condutas orientadas pelo MS não foram aplicadas durante o pré-natal, como solicitação de exames, encaminhamento para serviços mais especializados e a utilização de referência e contra referência, apesar de serem pouco frequentes nos dois grupos, com maior prevalência no grupo dos casos. Ainda, a maioria das mulheres nos dois grupos não teve dificuldade de acesso aos serviços de saúde, contudo, no grupo controle esse acesso foi mais fácil. Apesar de ser um dado positivo, ainda há a necessidade de mais investimentos por parte dos governos e serviços no sentido de estar preparados para serem resolutivas.

Nos dados analisados, constatou-se que uma RAS efetiva que utiliza os princípios orientadores e diretivos do MS possui influência positiva na prevenção da prematuridade, justificada pelo fato de que o grupo de gestantes que tiveram parto a termo ter apresentado maiores frequências de tratamento. Como contribuição do estudo insiste-se que as políticas e programas do MS devem ser incorporadas no processo de trabalho daqueles que são responsáveis por assistir à saúde da população, pois podem contribuir para a redução dos índices de morbimortalidade materna e fetal.

Em relação aos estudos de enfermagem relacionados à prematuridade, existe a necessidade de mais investimentos nesta área do conhecimento, uma vez que a enfermagem, como ciência, é capaz de contribuir para estratégias que possibilitem a aplicabilidade das orientações do MS em seu processo de trabalho. Ainda, como importante elemento produtor de saúde a enfermagem pode contribuir para a diminuição dos índices de prematuridade e na redução da morbimortalidade materna e fetal, por ser responsável pelo cuidado e pela assistência pré-natal de baixo risco.

Como limitação do estudo, aponta-se a utilização de estatística descritiva simples, que não permite a utilização de testes de correlações, para averiguar mais minuciosamente se duas ou mais variáveis foram mais significantes nos casos ou nos controles. Ainda, pelo fato da pesquisa ter utilizado os dados de dois meses, faz com que o número da amostra para análise seja reduzido, e nesta ótica, os achados deste estudo podem apresentar resultados consideravelmente diferentes se realizada a investigação com um número maior de sujeitos.

Como sugestões para futuros estudos deixa-se a possibilidade realizar pesquisas sobre a aplicabilidade das orientações do MS, bem como os motivos que dificultam ou facilitam colocá-las em prática. Ainda, pesquisas que envolvam a enfermagem, para entender como essa profissão e seu processo de trabalho podem contribuir para reduzir os índices de prematuridade e morbimortalidade materna e fetal.

REFERÊNCIAS

- ALMEIDA, A. C.; JESUS, A. C. P.; LIMA, P. F. T., et al. Fatores de risco maternos para prematuridade em uma maternidade pública de Imperatriz-MA. **Rev Bras Enferm**, Brasília, v.62, n.5, p.729-733, set/out, Brasília, 2009.
- BITTAR, R. E; ZUGAIB, M. Tratamento do trabalho de parto prematuro. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, v.31, n.8, p. 415-422, 2009.
- BONITA, R; BEAGLEHOLE, R; KJELLSTROM, T. **Epidemiologia Básica**. São Paulo: Santos Editora e Organização Mundial de Saúde, 2010.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Uma análise dos nascimentos no Brasil e regiões**. Secretaria de Vigilância em Saúde, 2004a. Disponível
- _____. Ministério da Saúde. **Pacto Nacional pela Redução da Mortalidade Materna e Neonatal**. Brasília, 14p, 2004b.
- _____. Ministério da Saúde. **O Brasil está entre os dez países com o maior número de partos prematuros, aponta OMS**, 2008.
- _____. Ministério da saúde. Secretaria de atenção à saúde. **Política Nacional de Humanização da atenção e Gestão do SUS**. Redes de produção de saúde, 44p, 2009.
- _____. PORTARIA Nº 4.279, DE 30 DE DEZEMBRO DE 2010. Estabelece diretrizes para a organização da **Rede de Atenção à Saúde** no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), 27p, 2010.
- _____. PORTARIA Nº 1.459, DE 24 DE JUNHO DE 2011. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS - a **Rede Cegonha**, 18p, 2011.
- _____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Gestação de alto risco: manual técnico**. (Série A. Normas e Manuais Técnicos) – 5. ed. – Brasília : Editora do Ministério da Saúde, 302 p, 2012.
- BERGER, T.M.; BERNET, V.; EL ALAMA,S.et al. Perinatal care at the limit of viability between 22 and 26 completed weeks of gestation in Switzerland.2011 revision of the Swiss recommendations. **Swiss Med Wkly**, v.18, n.141, p.132-8, oct, 2011.
- BRANDON, D. H.; TULLY, K. P.; SILVA, S. G., et al. Emotional responses of mothers of late-preterm and term infants. **J. Obstet Gynecol Neonatal Nurs**, v.40, n.6, p.719-731, nov/dec, 2011.
- BUSANELLO, J, KERBER, N. P C.; FERNANDES, G. F. M., et al. Humanização do parto e a formação dos profissionais de saúde. **Ciência, cuidado e saúde**, Maringá, v. 10, n.1, p. 169-175, 2011.
- CAPRA, F. **O ponto de mutação**. São Paulo: Cultrix, 2004.
- CARVALHO, V. F.; KERBER, N. P. C.; BUSANELLO, J., et al. . Como os trabalhadores de um Centro Obstétrico justificam a utilização de práticas prejudiciais ao parto normal. **Rev Esc Enferm USP**, v. 46, n.1, p. 30-37, 2012.

CARVALHO, B. R.; MELO C.; BRUGGEMANN, O. M., et al. Inibição do trabalho de parto pré-termo: vivência de mulheres. **Cienc. Cuid. Saúde**, v.8, n.4, p.540-547, out/dez, 2009.

CECÍLIO, L. C. O. As necessidades de saúde como conceito estruturante na luta pela integralidade e equidade na atenção em saúde. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. **Os Sentidos da Integralidade na Atenção e no Cuidado à Saúde**. Rio de Janeiro: IMS, Uerj, 2001.

CHUANG, L. L.; LIN, L. C.; CHENG, P. J., et al. Effects of a relaxation training program on immediate and prolonged stress responses in women with preterm labour. **Journal of Advanced Nursing**, v.68, n.1, p.170-180, 2012.

ENDERLE C. F.; KERBER, N. P. C.; SUSIN L.R.O.; MENDONZA-SASSIM R.A. Avaliação da atenção ao parto por adolescentes em um hospital universitário. **Rev. Bras. Saúde Matern. Infant.**, Recife, v.12, n.4, p. 383-394, 2012.

ERDEVE, O.; ARSAN, S.; CARPOLAT, F. E.; et al. Does individual room implemented family-centered care contribute to mother-infant interaction in preterm deliveries necessitating neonatal intensive care unit hospitalization? **J Obstetrícia Saúde da Mulher**, v.54, n.1, p. 8-17, 2009.

FIGUEIREDO, M. D.; CAMPOS, R. O. Saúde Mental na atenção básica à saúde de Campinas, SP: uma rede ou um emaranhado? **Ciência & Saúde Coletiva**, v.14, n.1, p. 129-138, 2009.

FREITAS, F; COSTA, S. H. M; RAMOS, J. G. L; MAGALHÃES, J. A. **Rotinas em obstetrícia**. 4. Ed. Porto Alegre: Artmed, 2001.

GENNARO, S.; SHULTS, J.; GARRY, D. J. Stress and preterm labor and birth in Black women. **J.Obstet Gynecol Neonatal Nurs**, v.37, n.5, p:538-545, sep/oct, 2008.

GÖTTEMS, L. B. D.; SANTOS, N. R. C.; SOUZA, S. F. O., et al. Análise da rede de atenção ao câncer de colo uterino a partir da trajetória de usuárias no Distrito Federal-BR. **Revista Eletrônica Gestão & Saúde**, v. 3, n. 02, p. 630-646, 2012.

GUIMARÃES, E. C.; MELO, E. C. P. Características do apoio social associados à prematuridade em população de puérperas de baixa renda. **Esc. Anna Nery**, (impr.), v.15, n.1, p.54-61, jan/mar, 2011.

GWEN LATRENDESSE, C. N. M. The interaction between chronic stress and pregnancy: preterm birth from a biobehavioral perspective. **J Midwifery Women's health**, v.54, n.1, p.8-17, 2009.

HANNOUN, A.; USTA, I. M.; AWWAD, J., et al. NASSAR, A. H. Effect of parity on maternal and neonatal outcomes in twin gestations. **Acta Obstet Gynecol Scand**, v.91, n.1, p.117-121, jan, 2012.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Contagem populacional 2010**. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br> Acesso em: 9 mar. 2013.

JUDITH, A. M. Antepartum bed rest for pregnancy complications: efficacy and safety for preventing preterm birth. **Biological Research for Nursing**, v.12, n.2:p.106-124, 2010.

KAVANAUGH, K.; MORO, T. T.; SAVAGE, T.A.M., et al. Supporting parents' decision making surrounding the anticipated birth of an extremely premature infant. **J Perinat Neonatal Nurs**, v.23, n.2, p.159-170, apr/jun, 2009.

KERBER N. P. C. Parto Prematuro: Estudo dos Fatores Associados para Construção de Estratégias de Prevenção. 43p, 2013.

KUSHNIR, R.; CHORNY, A. H. Redes de atenção à saúde: contextualizando o debate. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.15, n.5, p. 2307-2316, 2010.

LAJOS, G. J; JUNIOR, R. P; NOMURA, M. L. et al. Colonização bacteriana do canal cervical em gestantes com trabalho de parto prematuro ou ruptura prematura de membranas. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, v.30, n.8, p. 393-399, 2008.

LEDERMAN, R.P. Preterm birth prevention: a mandate for psychosocial assessment. **Issues Ment Health Nurs**, v.32, n.3, p.163-169, 2011.

LÓPEZ, N. C.; RODRIGUEZ, L. M. Visión de las madres en cuidado del hijo premature en el hogar/Vision of mothers in care of premature babies at home. **Av Enferm**, n.1, p.120-129, 2011.

MARCHO OF DIMES, PMNCH, Save the Children, WHO. **Born Too Soon: The Global Action Report on Preterm Birth**. Eds CP Howson, MV Kinney, JE Lawn. World Health Organization. Geneva, 2012.

MCPHEETERS, M. L; MILLER, W. C; HARTMANN, K. E., et al. The epidemiology of threatened preterm labor: a prospective cohort study. **American Journal of Obstetrics and Gynecology**, v.192, n.4, p. 1325-1329, 2005.

MENDES, E. V. **As redes de atenção à saúde**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011.

MERHY, E. E.; ONOCKO, R. (Orgs.); **Agir em Saúde: um desafio para o público**; São Paulo, Hucitec, 1997.

NADER, P. R. A.; COSME, L. A. Parto prematuro de adolescentes: influência de fatores sociodemográficos e reprodutivos, Espírito Santo, 2007. **Esc Anna Nery Rev. Enfermagem**, v.14, n.2, p.338-345, abr/jun, 2010.

NETO, E. T. S. OLIVEIRA A. E.; ELIANA Z.; GAMA S. G. N.; LEAL M. C. O que os cartões de pré-natal das gestantes revelam sobre a assistência nos serviços do SUS da Região Metropolitana da Grande Vitória, Espírito Santo, Brasil? **Cad. Saúde Pública**, v.28, n. 9, 2012.

NEU, M.;ROBINSON, J. Early weeks after premature birth as experienced by Latina adolescent mothers. **MCN Am J Matern Child Nurs**, v.33, n.3, p.166-72, may/jun, 2008.

NOMURA, M. L; JÚNIOR, R. P; OLIVEIRA, U. M; CALIL, R. Colonização materna e neonatal por estreptococo do grupo B em situações de ruptura pré-termo de membranas e no trabalho de parto prematuro. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, v.31, n.8, p. 397-403, 2009.

ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. **Redes integradas de servicios de salud: conceptos, opciones de política y hoja de ruta par su implementación en las Américas.** Washington: HSS, Organización Panamericana de la Salud, OMS; 2008.

OSKAY, I. G. U.; BEIJI, N. K. By psychosocial risk factors for preterm birth and postpartum emotional well-being: a case-control study on Turkish women without chronic illnesses. **J Clin Nurs**, v.20, n. (5-6), p.653-665, mar, 2011.

POHLMANN, F. C. **Direitos da mulher no ciclo gravídico-puerperal: conhecimento das gestantes.** 2013. 52f. Trabalho de Conclusão de curso. Universidade Federal do Rio Grande, Escola de Enfermagem, Rio Grande, 2013.

POLLIT, D. F.; BECK, C. T.; HUNGLER, P. B. **Fundamentos de Pesquisa em Enfermagem: métodos, avaliação e utilização.** 5. ed. Porto Alegre: Artmed, 2004.

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

RATTASUMPUM, P.; RAINES, D. A. The experience of Thai women facing the onset of preterm labor. **MCN An J Matern Child Nurs**, v.33, n.5, p.302-306, sep/oct, 2008.

SALGE, A. K. M et al. Fatores maternos e neonatais associados à prematuridade. **Rev. Eletr. Enf. [Internet]**. 2009;11(3):642-6. Available from: <http://www.fen.ufg.br/revista/v11/n3/v11n3a23.htm>.

SCHOENFISCH, A.L.; DEMENT, J. M.; RODRIGUEZ ACOSTA R. L. Demographic, clinical and occupational characteristics associated with early onset of delivery: findings from the Duke Health and Safety Surveillance System, 2001-2004. **Am J Ind Med**, v.51, n.12, p.911-922, dec, 2008.

SILVA, F. S. Organização de redes regionalizadas e integradas de atenção à saúde: desafios do Sistema Único de Saúde (Brasil). **Ciência & Saúde Coletiva**, v.16, n.6, p. 2753-2762, 2011.

SILVA, J. C; DEGLMANN, R. C; COSTA, J. G; GIACOMETTI, C. Relação entre vaginose bacteriana e prematuridade. **FEMINA**, v.38, n.2, p. 80-82, 2010.

SOUZA, N. L.; ARAÚJO, A. C. P. F.; COSTA, I. C. C. Significados atribuídos por puérperas às síndromes hipertensivas da gravidez e nascimento prematuro. **Rev. Esc. Enferm USP**, v.45, n.6. p.1285-1290, 2011.

SOUZA, LIMA, N.; ARAÚJO, A. C. P. F.; COSTA, I. C. C., et al. Vivência maternal com o filho prematuro: refletindo sobre as dificuldades desse cuidado. **Reme-Rev. Min. Enferm.**, v.14 ,n.2, p.159-165, abr/jun, 2010.

SOUZA, N. L.; ARAÚJO, A. C. P. F.; COSTA, I. C. C.; CARVALHO, J. B. L.; SILVA, M. L. C. Representações de mães sobre hospitalização do filho prematuro. **Rev Bras Enferm**, Brasília, v.62, n.5, p.729-733, set/out, Brasília, 2009.

STRINGER, M.; GENNARO,S.; DEATRICK,J. A.;FOUND S. Symptoms described by African American women evaluated for preterm labor. **J Obstet. Gynecol Neonatal Nurs**, v.37, n.2, p.196-202, marc-apr, 2008.

UNICEF. Estudo faz alerta sobre situação da prematuridade no Brasil. Boletim de 05 de agosto de 2013. Disponível em: < <http://www.onu.org.br/com-apoio-do-unicef-estudo-faz-alerta-sobre-nascimento-de-bebes-prematuros-no-brasil>> Acesso em 15 de fev de 2014.

WANG, Y. P.; ANDRADE, L. H. S. G. Medidas de Frequência. Im: BENSEÑOR, I. M.; LOTUFO, P. A. **Epidemiologia abordagem prática**. São Paulo: SARVIER, 2005.

ZAMBENEDETTI, G.; PERRONE, C. M. O Processo de Construção de uma Rede de Atenção em Saúde Mental: desafios e potencialidades no processo de Reforma Psiquiátrica. **Physis Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 2, p. 277-293, 2008.

ANEXO A – INSTRUMENTO DE COLETA COM A PUERPÉRA

ENTREVISTA

Questionário n°: _____

quest _ _

Projeto de pesquisa: ESTUDO DOS FATORES ASSOCIADOS E E MORBIDADES 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? _____ a	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?	
IGN Companheiro (0) não (1) sim (9)	comp_
IGN Filhos (0) não (1) sim, quantos____ (9)	fil_ offam_
IGN Outros familiares (0) não (1) sim (9)	otpes_ so_
IGN Outras pessoas (0) não (1) sim (9)	
IGN Sozinha (0) não (1) sim (9)	

8. Total de pessoas que moram na casa? _____	moracas_ _
9. A senhora estudou (com aprovação) até que ano? _____ série do _____ grau completo (20) superior incompleto (30) superior	escolma_ _
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? _____ a	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	apoipai_ _

SOBRE A RENDA FAMILIAR

17. Quantas pessoas trabalham para ganhar dinheiro na casa? _____	trabqto_ _
18. 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 -----

19. Renda <i>per capita</i> - R\$ _____	Rendpc__
---	----------

SOBRE A GRAVIDEZ (solicitar carteira de pré-natal)

20. A senhora planejou esta gravidez? (0) não (1) sim (2) mais ou menos (3) foi sem querer (4) IGN	gravmae_
21. A senhora fez tratamento para engravidar? (0) não (1) sim (9) IGN	tratgrav_
22. A senhora fez pré-natal? (ver carteira) (0) não (1) sim (9) IGN (se não passe para 33)	prenat_
23. 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_
24. Quantas consultas a senhora fez? _____ (8) NSA	qtiprenat_
25. Qual a IG da 1ª consulta? ____ semanas (8) NSA	Igprenat_
26. Durante as consultas de pré-natal o médico ou a enfermeira: Pesou a senhora? (0) não (1) sim (9) IGN (8) NSA Mediu a pressão? (0) não (1) sim (9) IGN (8) NSA Mediu o tamanho da barriga/altura uterina? (0) não (1) sim (9) IGN (8) NSA Viu se as pernas estavam inchadas? (0) não (1) sim (9) IGN (8) NSA Fez exame de toque, por baixo? (0) não (1) sim (9) IGN (8) NSA Examinou os seios (0) não (1) sim (9) IGN (8) NSA Falou sobre amamentação? (0) não (1) sim (9) IGN (8) NSA Explicou sobre os tipos de parto? (0) não (1) sim (9) IGN (8) NSA Escutou o coração do bebê? (0) não (1) sim (9) IGN (8) NSA	pesmae_ tamae_ altutmae_ edmae_ tqmae_ mamãe_ falomama_ tippart_ bcf_

(4) sim, teve de baixar/internar, com dieta e remédio	
37. Já tinha pressão alta antes da gravidez? (0) não (1) sim (8) NSA (9) IGN	hasprev _
38. A senhora teve diabetes na gravidez? (0) não (1) sim (8) NSA (9) IGN (se não passe para 42)	diab _
39. 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 _
40. Já tinha diabetes antes da gravidez? (0) não (1) sim (8) NSA (9) IGN	diabpre _
41. Já usava remédios? (0) não (1) sim, comprimido (2) sim, insulina (8) NSA (9) IGN	remdiab _
42. A senhora teve infecção urinária na gravidez? (0) não (1) sim (8) NSA (9) IGN (se não passe para 46)	ITU _
43. Teve de tratar? (0) não (8) NSA (9) IGN (1) sim, em casa (2) sim, teve de baixar/internar	tratitu _
44. Quantas ITU tratou em casa? _____ (8) NSA (9) IGN	qtitucas _
45. Quantas ITU tratou hospitalizada? _____ (8) NSA (9) IGN	qtituhosp _
46. A senhora teve ameaça de aborto? (0) não (1) sim (8) NSA (9) IGN (se não passe para 48)	abort _
47. 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 _
48. A senhora teve ameaça de parto prematuro, excluindo essa internação? (0) não (1) sim (8) NSA (9) IGN (se não passe para 50)	tpp _
49. 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 _
50. A senhora teve sangramento? (0) não (1) sim (8) NSA (9) IGN (se não passe para 52)	sangto _
51. 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 _
52. A senhora teve corrimento vaginal? (0) não (1) sim (8) NSA (9) IGN (se não passe para 54)	corvag _

53. Teve de tratar? (0) não (8) NSA (9) IGN (1) sim, em casa com remédio (2) sim, teve de baixar	tratcorvag_
54. A senhora teve alguma outra infecção? (0) não (1) sim (8) NSA (9) IGN	inf_
55. Teve de tratar? (0) não (8) NSA (9) IGN (1) sim, em casa (2) sim teve de baixar/internar	tratinf_
56. Qual infecção? _____ (8) NSA	qualinf_
57. A senhora precisou baixar/internar por algum outro problema na gravidez? (0) não (1) sim (8) NSA (9) IGN	outrint_
58. Quando? (1)1º trimestre (2)2º trimestre (3)3º trimestre (8) NSA	qdoint_
59. Por quê? _____	pqint_

SAÚDE ORAL

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

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

HISTÓRIA REPRODUTIVA

66. Quantas vezes a senhora engravidou? _____ (se é a primeira gesta passe para 73)	qtgrav_ _
67. Teve algum aborto? (0) não (1) sim (9) IGN	ab_
68. Quantos filhos nasceram vivos, incluindo esta gravidez? _____	filvivo_
69. Nasceram no tempo certo? A termo _____ (9) IGN Prétermo _____ (9) IGN Póstermo _____ (9) IGN	igfil_
70. Quantos estão vivos? _____ (9) IGN	filvivo_

Qual a idade deles: _____	
71. 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

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

ÁLCOOL

77. A senhora costumava beber alguma bebida alcoólica durante a gravidez? (0) não (1) sim (se não passe para 82)	alcgrav_
78. Quantas vezes por semana? (1) raramente (2) 1 vez (3) 2 vezes (4) 3 ou mais vezes	qtalc_
79. O que costumava beber? (1) cerveja (2) vinho (3) destilados (cachaça, vodca, tequila) (4) outros, qual? _____	qealc_

OUTRAS DROGAS

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

CARACTERÍSTICAS DO TRABALHO

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

93. 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_
94. Quanto tempo antes do parto quebrou água/rompeu a bolsa? _____ horas _____ dias (0) não (8) NSA (9) IGN	rupreme_
95. O bebê apresentou ou está apresentando algum problema? (0) não (1) sim (9) IGN (se não passe para 104)	Probrn
96. 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 (9) IGN	rncasa_

SOBRE A REDE DE ATENÇÃO

97. 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__
98. A senhora teve dificuldade para marcar e realizar esses exames? (1) sim (2)não	difex__
99. 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__

100. O profissional lhe forneceu algum formulário, documento para apresentar no serviço? (1) sim (2) não	forenc__
101. O profissional lhe explicou como e para onde deveria se encaminhar? (1) sim (2) não	expenc__
102. A senhora teve dificuldade para ter acesso a esse serviço? (1) sim (2) não	difser__
103. 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__
104. O acesso ao outro serviço foi imediato? (1) sim (2) não Explique: _____	aceserv__
105. A senhora precisou procurar os serviços de emergência, em algum momento, durante a gravidez? Se não precisou, passe para a pergunta aberta. (1) sim pq _____ (2) não	emerg__
106. 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	rmasa__
107. A senhora teve alguma dificuldade para obter esse atendimento? (1) sim (2) não Qual? _____	difat__

A SEGUIR PASSAR PARA A PERGUNTA ABERTA (ligue o gravador, com autorização da puérpera)

Fale sobre o que sentiu ao iniciar o trabalho de parto antes da hora: (explorar medos, angústia, ansios, do que, por que, como lidou com isso, se sabia as consequências de ter parto prematuro)

AGRADEÇA A COLABORAÇÃO DA PUÉRPERA, DEIXANDO-A CONFORTÁVEL NA ENFERMARIA.

ANEXO B
TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO DO
PARTICIPANTE DA PESQUISA.

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

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

CEPAS – FURG – End: Comitê de Ética em Pesquisa na Área da Saúde. Rua Paranaguá s/nº, CEP 96200-000 Rio Grande/RS. Telefone (53)32322035.

Informações sobre a pesquisa:

Prezada Senhora

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

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

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

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

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

Declaro que fui informada (o) de forma clara e detalhada sobre os motivos e os procedimentos desse estudo, concordando em participar da pesquisa Assinatura: _____ Data: ____/____/201__

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

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

Assinatura: _____ Data ____/____/201__

Declaro que obtive de forma voluntária o Consentimento Livre e Esclarecido deste membro da equipe para a participação neste estudo.

Assinatura: _____ Data ____/____/201__

ANEXO C – PARECER CEPAS



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

PARECER Nº 134/ 2013

CEPAS 57/2013

23116.003739/2013-02

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

Pesq. Resp.: Nalú Pereira da Costa Kerber

PARECER DO CEPAS:

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

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

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

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

Rio Grande, RS, 08 de agosto de 2013.

ANEXO D – PARECER SANTA CASA



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

PARECER

Protocolo: Nº 005/2013

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

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

Pesquisador (a) responsável: Drª. Nelú Pereira da Costa Kerber

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

Rio Grande, 01 de agosto de 2013.

Prof. Dra. Priscila Aikawa
Coordenadora do Comitê de Ética em Pesquisa da ACSCR

Comitê de Ética em Pesquisa - CEPAS
General Osório 625 - Caixa 96708-400 - Rio Grande - RS
Fone (51) 3224-7100 ext. 131 Fax: (51) 3224-1042
E-mail: cepas.acscrs@acscrs.com.br

ANEXO E – AUTORIZAÇÃO PARA UTILIZAÇÃO DOS DADOS



UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
GRUPO DE PESQUISA VIVER MULHER

Rio Grande, 02 de dezembro de 2013.

DECLARAÇÃO

Eu, Nalú Pereira da Costa Kerber, autorizo a mestranda Flávia Conceição Pohlmann a utilizar o banco de dados da pesquisa "Parto prematuro: estudo dos fatores associados para construção de estratégias de prevenção", em sua dissertação de mestrado: "A prematuridade e sua inter-relação com a rede de atenção à saúde".

Profa. Dra. Nalú Pereira da Costa Kerber

Coordenadora da Pesquisa