

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL  
ESCOLA DE ENFERMAGEM  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM**

**Beatriz Belém Buendgens**

**FATORES MATERNNOS NA OCORRÊNCIA DA PREMATURIDADE TARDIA  
EM UM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO**

**Porto Alegre  
2015**

**BEATRIZ BELÉM BUENDGENS**

**FATORES MATERNOS NA OCORRÊNCIA DA PREMATURIDADE TARDIA  
EM UM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

**Linha de Pesquisa:** Cuidado de enfermagem na saúde da mulher, criança e adolescente

**Orientadora:** Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Ana Lucia de Lourenzi Bonilha

**Porto Alegre  
2015**

### CIP - Catalogação na Publicação

Buendgens, Beatriz Belém

Fatores maternos na ocorrência da prematuridade tardia em um hospital universitário / Beatriz Belém Buendgens. -- 2015.  
65 f.

Orientadora: Ana Lucia de Lourenzi Bonilha.

Dissertação (Mestrado) -- Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Escola de Enfermagem, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Porto Alegre, BR-RS, 2015.

1. Prematuro. 2. Cuidado pré-natal. 3. Gravidez de alto risco. 4. Gravidez na adolescência. 5. Trabalho de parto prematuro. I. Bonilha, Ana Lucia de Lourenzi, orient. II. Título.

## BEATRIZ BELEM BUENDGENS

### Fatores maternos na ocorrência da prematuridade tardia em um hospital universitário.

Dissertação apresentada ao Curso de Pós-Graduação em Enfermagem da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Aprovada em Porto Alegre, 30 de julho de 2015.

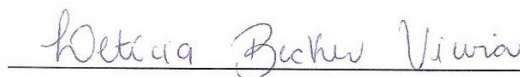
#### BANCA EXAMINADORA



Profa. Dra. Ana Lúcia de Lourenzi Bonilha  
Presidente da Banca – Orientadora  
PPGENF/UFRGS



Profa. Dra. Lillian Cordova do Espírito Santo  
Membro da banca  
PPGENF/UFRGS



Profa. Dra. Letícia Becker Vieira  
Membro da banca  
EENF/UFRGS



Profa. Dra. Ioná Carreno  
Membro da banca  
UNIVATES

*“Você não pode conectar os pontos olhando adiante; você só pode conectá-los olhando para trás. Você precisa confiar que os pontos se ligarão algum dia no futuro. Precisa confiar em alguma coisa - sua coragem, destino, vida, karma, qualquer coisa. Porque acreditar que os pontos irão se conectar no fim da estrada vai lhe dar a confiança para seguir seu coração, mesmo quando ele lhe joga pra fora do caminho, bem desgastado. E isso vai fazer toda a diferença”.*

**Steve Jobs**

## AGRADECIMENTOS

Agradeço a **Deus** pela força e por iluminar meu caminho na conquista deste sonho, me proporcionando momentos tão especiais e me dando força nos momentos de dificuldades.

À minha família: À minha mãe, **Inaura**, pelo amor e apoio incondicional, sem ela nada seria possível. Ao meu pai, **Raul**, pelo amor e apoio. Ao meu irmão, **Arthur**, minha cunhada **Fabíola**, minha prima/irmã **Flávia**, meu avô **Raoul**, avós **Hilda** e **Zara**, **tios** e **primos**, por estarem ao meu lado, mesmo a quilômetros de distância.

À minha orientadora Dr<sup>a</sup> **Ana Lucia de Lourenzi Bonilha**, pela amizade, carinho e dedicação, por me conduzir nos caminhos desta jornada com muita competência, paciência e tranquilidade, ela foi fundamental na minha caminhada. Às professoras **Annelise** e **Cláudia** pelo apoio, pela amizade e troca de conhecimentos.

A todos os **amigos**, de **Florianópolis** ou **Porto Alegre**, que me proporcionaram momentos de adaptação, descontração, companheirismo e incentivo. Aos amigos de ideal, **amigos escoteiros**, de vários lugares... À Família escoteira **Guia Lopes** que me acolheu.

Às minhas amigas **Débora Américo** e **Camila Saito**, pela amizade, pelo carinho e pelo cuidado. Ao amigo **Daniel San Gil** por todos os momentos de apoio, presenciais ou a distância.

Aos professores do mestrado pelo aprendizado adquirido. Às colegas desta jornada, em especial à **Daiane Antonioli** (*in memoriam*), **Ivana Trevisan**, **Márcia Dornelles Mariot**, **Eveline Franco** e **Andrea Bandeira** pela amizade, apoio, risadas e trocas de conhecimentos, vocês foram fundamentais.

Aos Bolsistas, **Bruna Alíbio Moraes**, **Stephanie Marson** e **Dácio Piloti** pelo imenso apoio durante a elaboração do projeto e da coleta e análise dos dados.

Às professoras da banca examinadora pelo aceite ao convite de avaliar e contribuir para esta produção.

À coordenação do Programa de Pós-Graduação, na pessoa da Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> **Maria da Graça Corso da Motta**, pela compreensão e apoio.

À Universidade Federal do Rio Grande do Sul, pelo ensino gratuito e de qualidade.

## RESUMO

BUENDGENS, Beatriz Belém. **Fatores maternos na ocorrência da prematuridade tardia em um hospital universitário.** 2015. 65 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem)-Escola de Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, 2015.

A prematuridade tardia constitui-se na maioria dos nascimentos prematuros e contribui para a ocorrência de morbimortalidades neonatais. O objetivo deste estudo foi identificar os fatores maternos relativos ao nascimento de prematuros tardios em um hospital universitário do Sul do Brasil. Tratou-se de um estudo quantitativo, transversal, descritivo e retrospectivo. O estudo foi realizado com 288 mulheres e seus 318 filhos prematuros tardios, nascidos com idade gestacional entre 34 e 36 semanas e 6 dias, no período de 1º de janeiro a 31 de dezembro de 2013. Os dados foram coletados nos prontuários eletrônicos maternos e neonatais por meio de um instrumento de coleta. Estes foram analisados por tratamento estatístico descritivo, com frequência absoluta e relativa. A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da instituição sob o número 140089/14. A taxa de nascimentos de prematuros tardios foi de 71,3% entre os prematuros. Os principais motivos de internação materna durante a gestação foram ruptura prematura de membranas amnióticas, trabalho de parto prematuro e condições relacionadas à hipertensão. A maioria das mães tinha mais de seis consultas de pré-natal, não possuía registro de encaminhamento para pré-natal de alto risco e apresentou ao menos uma intercorrência obstétrica na gestação atual. As intercorrências obstétricas mais frequentes foram trabalho de parto prematuro, ruptura prematura de membranas amnióticas e infecção do trato urinário. A maior parte dos nascimentos foi por cesariana (53,8%). Identificaram-se diferentes particularidades nas mães quando classificadas por faixa etária, com relação à intercorrências e características obstétricas. A maioria dos recém-nascidos teve peso considerado adequado para a idade gestacional (68,6%) e apresentava Apgar superior ou igual a 7 no 5º minuto de vida (95,9%). Metade deles (50,9%) apresentou baixo peso ao nascer e 49,2% foram transferidos para a unidade de neonatologia. Conclui-se que as intercorrências maternas mais frequentes na prematuridade tardia podem ser prevenidas ou minimizadas. O atendimento à mulher no pré-natal deve estar de acordo com as características específicas da faixa etária materna na qual ela se encontra.

**Palavras-chave:** Prematuro. Cuidado pré-natal. Gravidez de alto risco. Gravidez na adolescência. Trabalho de parto prematuro.

## ABSTRACT

BUENDGENS, Beatriz Belém. **Maternal factors related to the birth of late preterm at a university hospital**. 2015. 65 f. Dissertation (Master in Nursing)-School of Nursing, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, 2015.

Late prematurity constitutes the majority of premature births and contributes to the occurrence of neonatal morbidity and mortality. The aim of this study was to identify maternal factors related to the birth of late preterm at a university hospital in southern Brazil. This was a cross-sectional quantitative study, descriptive and retrospective. The study was carried out with 288 women and their 318 late preterm children born with gestational ages between 34 and 36 weeks and six days in the period from January 1st to December 31<sup>st</sup>, 2013. Data were collected on maternal and neonatal electronic medical records by an instrument of collection. These were analyzed by descriptive statistical treatment, with absolute and relative frequency. The study was approved by the Ethics Committee of the institution under number 140089/14. The rate of late preterm births was 71.3%. The main reasons for maternal hospitalization during pregnancy were premature rupture of membranes, preterm labor and conditions related to hypertension. Most mothers had more than six prenatal consultations, had no forwarding record for high-risk prenatal and presented at least one obstetric complication during the pregnancy. The most common obstetric complication during pregnancy was preterm labor, premature rupture of amniotic membranes and urinary tract infection. Most births have happened by caesarean section. Many differences were identified in mothers when classified by age group about complications and obstetric characteristics. Most newborns had weight considered appropriate for gestational age (68.6%) and had Apgar higher or equal to 7 at 5 minutes of life (95.9%). Half of them (50.9%) had low birth weight and 49.2% were referred to the neonatal unit. It was concluded that the most frequent maternal complications in late prematurity can be prevented or minimized. The treatment in prenatal care should be in accordance with the specific characteristics of maternal age in which it lies.

**Keywords:** Infant, premature. Prenatal care. Pregnancy, high-risk. Pregnancy in adolescence. Obstetric labor, premature.



## RESUMEN

BUENDGENS, Beatriz Belém. **Factores maternos relacionados con el nacimiento de prematuros tardíos en un hospital universitario**. 2015. 65 f. Tesina (Maestría en Enfermería)-Escuela de Enfermería, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, 2015.

La prematuridad tardía representa la mayoría de los nacimientos prematuros y contribuye en la aparición de morbimortalidades neonatales. El objetivo del estudio fue identificar los factores maternos relacionados con el nacimiento de prematuros tardíos en un Hospital Universitario del sur de Brasil. Se trata de un estudio cuantitativo transversal, descriptivo y retrospectivo. El estudio fue realizado con 288 mujeres y sus 318 hijos prematuros tardíos, nacidos con una edad gestacional entre 34 y 36 semanas y 6 días, entre el 01 de Enero y el 31 de Diciembre del 2013. Los datos se obtuvieron de las historias clínicas electrónicas maternas y neonatales a través de herramientas de recogida. Éstos fueron analizados estadísticamente de forma descriptiva, con frecuencias absoluta y relativa. La investigación fue aprobada por el Comité de Ética en investigación de la propia institución con el número 140089/14. La prevalencia de nacimientos prematuros tardíos fue del 71.3%. Los principales motivos de ingreso materno durante la gestación fueron la rotura prematura de las membranas amnióticas, el trabajo de parto prematuro y las condiciones relacionadas con la hipertensión. La mayoría de las madres tenían más de seis consultas prenatales, no tenían registro de derivación para prenatal de alto riesgo y presentaron al menos una alteración obstétrica en la gestación actual. Las alteraciones obstétricas más frecuentes fueron el trabajo de parto prematuro, rotura prematura de membranas amnióticas e infección del tracto urinario. La mayor parte de los nacimientos fueron por cesárea (53,8%). Se identificaron diferencias al clasificar las madres por rangos de edad, con relación a las alteraciones y las características obstétricas. La mayoría de los recién nacidos tuvieron pesos adecuados a la edad gestacional (68,6%) y presentaron Apgar superior o igual a 7 a los 5º minutos de vida (95,9). La mitad de ellos (50,9%) presentaron bajo peso al nacer y el 49,2% fueron trasladados para una unidad de neonatología. Se concluyeron que las complicaciones maternas más frecuentes en la prematuridad tardía se pueden prevenir o minimizar. La atención materna durante el prenatal debe de estar adaptada a las características específicas de la mujer según el rango de edad en el que se encuentre.

**Palabras clave:** Prematuro. Atención prenatal. Embarazo de alto riesgo. Embarazo en adolescencia. Trabajo de parto prematuro.

## LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Distribuição das características sociodemográficas das 288 mães dos prematuros tardios, segundo frequências absolutas e relativas. Hospital de Clínicas de Porto Alegre/RS, 2013 .....	28
Tabela 2 – Distribuição das características obstétricas das 288 mães dos prematuros tardios, segundo frequências absolutas e relativas. Hospital de Clínicas de Porto Alegre/RS, 2013 .....	29
Tabela 3 – Distribuição das características pré-natais da gestação atual e dados gestacionais anteriores das 288 mães dos prematuros tardios, segundo frequência absoluta e relativa. Hospital de Clínicas de Porto Alegre/RS, 2013 .....	30
Tabela 4 – Distribuição das intercorrências obstétricas das 288 mães dos prematuros tardios, nas gestações atuais, segundo frequências absolutas e relativas. Hospital de Clínicas de Porto Alegre/RS, 2013* .....	31
Tabela 5 – Distribuição das intercorrências obstétricas das 172 mães dos prematuros tardios, que tiveram gestações anteriores, segundo frequências absolutas e relativas. Hospital de Clínicas de Porto Alegre/RS, 2013* .....	32
Tabela 6 – Distribuição das características dos 318 recém-nascidos prematuros tardios, segundo frequências absolutas e relativas. Porto Alegre/RS, 2013 .....	33
Tabela 7 – Distribuição das intercorrências obstétricas das 288 mães dos prematuros tardios nas gestações atuais, por faixa etária materna, segundo frequências absolutas e relativas. Hospital de Clínicas de Porto Alegre/RS, 2013* ..	35

## **LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS**

AIG – Adequado para a idade gestacional

CEP – Comitê de Ética em Pesquisa

DPP – Descolamento Prematuro de Placenta

GIG – Grande para a Idade Gestacional

HAS – Hipertensão Arterial Sistêmica

MS – Ministério da Saúde

OMS – Organização Mundial da Saúde

PIG – Pequeno para a Idade Gestacional

PP – Placenta Prévia

RN – Recém-Nascido

RNPTT – Recém-Nascidos Prematuros Tardios

RS – Rio Grande do Sul

RUPREMA – Ruptura Prematura de Membranas Amnióticas

SUS – Sistema Único de Saúde

SINASC – Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos

TCLE – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

TPP – Trabalho de Parto Prematuro

UIO – Unidade de Internação Obstétrica

UINEO – Unidade de Internação Neonatal

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO</b> .....	12
<b>2 OBJETIVOS</b> .....	16
<b>2.1 Objetivo geral</b> .....	16
<b>2.2 Objetivos específicos</b> .....	16
<b>3 REVISÃO DE LITERATURA</b> .....	17
<b>3.1 Contexto da prematuridade</b> .....	17
<b>3.2 Contexto e causas da prematuridade tardia</b> .....	18
<b>3.3 Repercussões da prematuridade tardia</b> .....	19
<b>3.4 Determinação da idade gestacional e avaliação do recém-nascido</b> .....	20
<b>4 MATERIAL E MÉTODO</b> .....	22
<b>4.1 Delineamento do estudo</b> .....	22
<b>4.2 Local do estudo</b> .....	22
<b>4.3 População</b> .....	22
<b>4.3.1 Critérios de inclusão</b> .....	23
<b>4.3.2 Critério de exclusão</b> .....	23
<b>4.4 Coleta de dados</b> .....	23
<b>4.5 Variáveis dependente e independentes</b> .....	24
<b>4.6 Análise estatística</b> .....	27
<b>4.7 Aspectos éticos</b> .....	27
<b>5 RESULTADOS</b> .....	28
<b>6 DISCUSSÃO</b> .....	37
<b>7 CONCLUSÃO</b> .....	45
<b>8 CONSIDERAÇÕES FINAIS</b> .....	46
<b>REFERÊNCIAS</b> .....	47
<b>APÊNDICE – Instrumento de coleta de dados</b> .....	55
<b>ANEXO A – Carta de aprovação do projeto no Comitê de Ética em Pesquisa da instituição</b> .....	64
<b>ANEXO B – Termo de Compromisso para Utilização de Dados</b> .....	65

## 1 INTRODUÇÃO

A prematuridade é descrita, segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), como o nascimento que acontece anteriormente a 37 semanas (259 dias) completas de gestação (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2013; HOWSON; KINNEY; LAWN, 2012). Estes recém-nascidos (RNs) são denominados pré-termo ou prematuros.

É estimado pela OMS que 15 milhões de nascimentos prematuros aconteçam todos os anos, representando em torno de um a cada 10 nascimentos. Cerca de um milhão destas crianças morrem por complicações da prematuridade a cada ano. Na maioria dos países que possuem dados confiáveis sobre estas condições, as taxas de nascimentos prematuros aumentam a cada ano. A prematuridade é a principal causa de morte neonatal e a segunda maior causa de morte por pneumonia em crianças menores de cinco anos no mundo (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2013). O Brasil encontra-se em 10º lugar no *ranking* dos países com maior número de nascimentos prematuros, com 279.300 nascimentos no ano de 2010 (BLENCOWE et al., 2012).

O nascimento prematuro pode ser eletivo ou espontâneo, dependendo da evolução clínica da gestação. Na prematuridade eletiva, a gestação é interrompida em virtude de complicações maternas e/ou fetais, onde possivelmente o fator de risco é conhecido, e representa 25% dos nascimentos prematuros; já a prematuridade espontânea corresponde a 75% dos casos, com condições que possuem etiologia complexa e multifatorial ou desconhecida (BITTAR; ZUGAIB, 2009). As causas mais comuns de partos prematuros incluem gestações múltiplas, infecções e doenças crônicas como diabetes e hipertensão. Algumas situações que levam à prematuridade podem ocorrer por indução de trabalho de parto ou parto cesáreo, com indicações clínicas ou não (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2013).

O prematuro pode ser classificado com base na idade gestacional em prematuro extremo (<28 semanas de gestação), muito prematuro (28-<32 semanas de gestação) e prematuro moderado ou tardio (32-<37 semanas completas de gestação) (BLENCOWE et al., 2012). Para Engle (2006) recém-nascidos prematuros tardios (RNPTTs) são considerados aqueles com idade gestacional entre 34 e 36 semanas e 6 dias; neste estudo será utilizada essa classificação.

Os prematuros tardios representam nos Estados Unidos 74% da totalidade dos casos de prematuridade (DAVIDOFF et al., 2006). Estudo publicado em 2012 estimou que a taxa de prematuridade tardia estivesse próxima dos 84,3% dos nascimentos prematuros em nível mundial, com número total de 131.296.785 nascidos vivos (BLENCOWE et al., 2012).

A partir de análises retrospectivas em pesquisas americanas tornou-se evidente nos últimos anos que o risco de morbidade neonatal é maior em prematuros moderados (entre 32 e 33 semanas) e tardios (entre 34 e 36 semanas), quando comparados com recém-nascidos a termo (WANG et al., 2004; ESCOBAR; CLARK; GREENE, 2006).

Apesar do risco aumentado para morbidades, os prematuros tardios muitas vezes são atendidos como bebês a termo ao nascer e são liberados para alta hospitalar após dois ou três dias de vida (WANG et al., 2004). Estes são tratados como recém-nascidos a termo no parto e nascimento, porque muitos estão com peso adequado e com o mesmo tamanho que os nascidos a termo (PEDRON et al., 2013; MACHADO JUNIOR; PASSINI JUNIOR; ROSA, 2014).

Prematuros tardios estão mais propensos a problemas de alimentação, instabilidade da temperatura, sepse, dificuldades na excreção de bilirrubina, hipoglicemia e problemas respiratórios do que os nascidos a termo por causa da sua imaturidade (ESCOBAR et al., 2005; WANG et al., 2004). Wang et al. (2004) referem que os prematuros tardios possuem significativamente mais problemas clínicos, ainda na maternidade, logo após o nascimento. Em função disso geram maior custo hospitalar quando comparados aos recém-nascidos a termo.

Um estudo, com 9552 RNs prematuros tardios saudáveis, entre os anos de 1998 e 2002, referente a readmissões hospitalares e permanência em observação, identificou que 4,8% foram readmitidos e 1,3% tiveram necessidade de permanecer em observação. Ainda nesse estudo, com relação aos prematuros tardios que necessitaram de readmissões hospitalares e estadias de observação (577), três quartos destes tinham um diagnóstico principal de icterícia (63%) ou infecção (13%) (SHAPIRO-MENDOZA et al., 2006).

A síndrome de TORCH, causada por agentes etiológicos virais, parasitários e micóticos, causadores de doenças como Toxoplasmose, Rubéola, Citomegalia, Herpes genital e outras (Hepatites B e C, Sífilis, HIV/AIDS, Candidíase, etc.), é uma infecção materna que acomete o feto durante a gestação e corresponde a um

conjunto de sinais e sintomas que afeta recém-nascidos e pode expressar-se de diversas formas, levando à prematuridade tardia por causar infecção placentária, restrição de crescimento intrauterino e parto prematuro espontâneo (PAVÉZ, 2001). Assim como a síndrome de TORCH, outras condições clínicas referentes à gravidez e à própria gestante podem estar relacionadas à ocorrência da prematuridade tardia. Alguns exemplos dessas condições são as doenças crônicas (hipertensão arterial sistêmica, diabetes), problemas relacionados à hipertensão arterial e ao diabetes manifestados durante a gestação (pré-eclampsia, eclampsia, diabetes gestacional), as condições relacionadas ao volume de líquido amniótico e implantação placentária (oligo ou polihidrâmnio, placenta prévia), a reprodução assistida (gemelaridade), o trabalho de parto prematuro e a ruptura prematura de membranas amnióticas (DAVIDOFF et al., 2006; GYAMFI-BANNERMAN, 2011; RAJU, 2006).

Raju (2006) refere que a alta mortalidade perinatal nos RNs pós-termo gerou ao longo dos anos uma preocupação com a definição do período gestacional. Este fato pode ter contribuído para mudanças nas práticas obstétricas nas últimas décadas, e o erro na determinação da idade gestacional pode ser causa de prematuridade tardia equivocadamente, por cesarianas agendadas ou induções de trabalho de parto.

A prematuridade é um tema que vem sendo estudado por diversos grupos de pesquisadores ao longo dos anos, porém percebe-se, por meio de busca nas bases de dados, que há mais publicações relacionadas aos prematuros extremos e pouca produção de pesquisas relacionadas à prematuridade tardia. Dessa forma, a prematuridade tardia é um tema com poucas publicações em pesquisas nacionais, o que dificulta o conhecimento sobre a prematuridade tardia no país (PEDRON et al., 2013; MACHADO JUNIOR; PASSINI JUNIOR; ROSA, 2014).

Os prematuros tardios possuem características específicas e essas representam um risco aumentado para morbidades neonatais. O conhecimento destas condições é essencial para a prevenção de complicações após o nascimento. Conhecer as características destes prematuros tardios torna-se importante para identificar as crianças que necessitam de um acompanhamento mais próximo durante a internação e após a alta hospitalar (SHAPIRO-MENDOZA et al., 2006).

Dentre os programas de saúde oferecidos pelo Ministério da Saúde (MS), pode-se destacar que o Método Canguru é oferecido para os recém-nascidos baixo peso ao nascer que necessitam de internação em Unidades de Terapia Intensiva ou

de Cuidados Intermediários Neonatais (BRASIL, 2011); não há, porém, programas específicos para a população de recém-nascidos prematuros tardios, visto que nem todos são encaminhados para unidades de cuidado neonatal ou são cuidados adequadamente quando são classificados como baixo peso ao nascer.

Apesar das medidas criadas pelo MS para a melhoria do atendimento materno-fetal ao longo dos últimos quinze anos (Programa Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher, Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento, Pacto Nacional pela Redução da Mortalidade Materna e Neonatal, Atenção ao Pré-Natal de Baixo Risco, Atenção ao Pré-Natal de Alto Risco e Rede Cegonha), a redução da prematuridade ainda é um desafio.

Segundo Zampieri e Erdmann (2010) o cuidado pré-natal é o primeiro passo para o nascimento saudável e é fundamental para diminuição da morbimortalidade materna e fetal; referem que a consulta pré-natal na atenção básica brasileira caracteriza-se em sua maioria por rotineira, técnica e rápida, cumprindo protocolos institucionais que valorizam aferições e medidas. O cuidado de enfermagem é a essência da profissão e apresenta uma esfera objetiva que se refere ao desenvolvimento de técnicas e procedimentos, e uma subjetiva baseada na sensibilidade, criatividade e intuição no cuidado do outro (SOUZA et al., 2005).

O cuidado de enfermagem no pré-natal torna-se fundamental para o acompanhamento da saúde da mulher e gestacional, merecendo um olhar ampliado frente às questões relativas à prevenção da prematuridade. Conhecer as condições que predispõem à prematuridade tardia pode contribuir na prevenção de complicações gestacionais e neonatais desfavoráveis. Os recém-nascidos prematuros tardios têm necessidades de cuidados de enfermagem específicos e adequados às suas especificidades em prol do seu adequado desenvolvimento neuropsicomotor.



## **2 OBJETIVOS**

### **2.1 Objetivo geral**

Identificar os fatores maternos relativos ao nascimento de prematuros tardios em um hospital universitário do Sul do Brasil.

### **2.2 Objetivos específicos**

Os objetivos específicos deste estudo são:

- a) caracterizar os fatores sociodemográficos e obstétricos das mães de prematuros tardios em geral e em agrupamentos por faixas etárias maternas;
- b) identificar as intercorrências obstétricas das mães de prematuros tardios segundo agrupamento por faixas etárias maternas;
- c) caracterizar os recém-nascidos prematuros tardios segundo suas condições ao nascer.

### **3 REVISÃO DE LITERATURA**

#### **3.1 Contexto da prematuridade**

Inúmeras são as causas que levam ao nascimento pré-termo (RAMOS; CUMAN, 2009). O nascimento antes de 37 semanas de gestação pode ocorrer como resultado de trabalho de parto prematuro (TPP) espontâneo; ruptura prematura das membranas corioamnióticas; patologia materna e/ou fetal que necessite a antecipação do nascimento do feto; ou nascimento sem indicações, ou seja, por escolha da paciente ou do profissional (SPONG et al., 2011). As causas que levam à prematuridade em geral podem estar relacionadas ao aparelho genital feminino, alterações placentárias e excesso de líquido amniótico. Há ainda fatores relativos à idade materna (mais prevalente em mães jovens), infecções maternas, primiparidade, porém, na maioria dos casos, a causa é desconhecida (RAMOS; CUMAN, 2009).

Nascimentos prematuros aumentaram por muitas razões, incluindo mudanças sociodemográficas e culturais das mulheres, tratamentos de infertilidade com uso de tecnologias de reprodução assistida gerando crescente incidência de gestações múltiplas, aumento na frequência de gestação na adolescência ou em mulheres com idade  $\geq 40$  anos, corioamnionites, ruptura prematura de membranas, nascimento prematuro em gestação anterior, pequeno intervalo entre gestações, sangramentos precoces, problemas placentários, mudanças na prática obstétrica e comorbidades maternas como a obesidade, infecções, diabetes mellitus e doenças hipertensivas. Existem ainda os nascimentos referentes às condições fetais, como a restrição do crescimento intrauterino, anomalias fetais, oligohidrânio ou polihidrânio e as causas relacionadas aos procedimentos obstétricos, como indução do parto (em situações de risco ou eletiva) e a cesariana programada (LOFTIN et al., 2010; KHASHU et al., 2009; MALLY; BAILEY; HENDRICKS-MUÑOZ, 2010; KOMINIAREK, 2009).

A prematuridade é a principal causa de mortalidade infantil no mundo (RAMOS; CUMAN, 2009). Em 2010 a OMS estimou uma prevalência de prematuridade mundial próxima de 9,2% e os dados brasileiros informados no Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (SINASC) apresentam taxa nacional de 7,1% (PEREIRA et al., 2014). Barros et al. (2010), em coortes perinatais

realizadas em Pelotas/RS, identificaram que a taxa de nascimentos pré-termo apresentou aumento superior a 130% no período de 1982 a 2004. Silveira et al. (2008) afirmam que, no Brasil, nas Regiões Sul e Sudeste, houve uma variação da prematuridade de 3,4% a 15% no período de 1978 a 2004, indicando uma tendência de maior aumento a partir dos anos 90.

### **3.2 Contexto e causas da prematuridade tardia**

Prematuros tardios representam uma grande população dentre os nascimentos prematuros e um problema de saúde pública. Estes nascimentos estão associados a resultados adversos em curto prazo e em longo prazo, e aumento na necessidade de cuidados (GILBERT; NESBITT; DANIELSEN, 2003). Crianças nascidas nesta condição apresentam um risco proporcionalmente maior de complicações neonatais, probabilidade de readmissão hospitalar e morbimortalidade (SHAPIRO-MENDOZA et al., 2008; BASKET et al., 2008).

A taxa de nascimentos de prematuros tardios apresentou um aumento nos Estados Unidos de 10,6% para 12,7%, no período 1990-2005, e corresponde a 71% de todos os nascimentos prematuros, representando a maior taxa entre esses nascimentos (MARTIN et al., 2007). Há autores que referem que esta taxa é a que mais aumenta dentre os neonatos, chegando ao valor de 74% de todos os nascimentos prematuros, e cerca de 8% de todos os nascimentos (DAVIDOFF et al., 2006).

Reddy et al. (2009) classificaram as causas do nascimento na prematuridade tardia em cinco grupos: condições médicas maternas; complicações obstétricas; anomalias congênitas; trabalho de parto espontâneo sem induções ou intervenções médicas; sem indicação ou eletivos. Os nascimentos de prematuros tardios classificados como eletivos geram grande preocupação, pois correspondem a uma fração evitável da prematuridade tardia, representando 23% destes, ainda cerca de metade dos nascimentos foram associados ao trabalho de parto espontâneo e 1/3, a complicações obstétricas.

As principais causas das ocorrências da prematuridade tardia relativas a condições de saúde maternas são idade avançada, obesidade, síndromes

hipertensivas da gestação, diabetes mellitus, placenta anormal e hemorragia pré-parto, descolamento prematuro da placenta, placenta prévia, pré-termo prévio, intervalo interpartal curto (<12 meses), trabalho de parto prematuro e rotura prematura de membranas; como condições fetais: restrição do crescimento intrauterino, anomalias fetais, oligohidrâmnio ou polihidrâmnio e gestações múltiplas; ainda há causas relacionadas aos procedimentos obstétricos: indução do parto (em situações de risco ou eletiva) e cesariana programada (KOMINIAREK, 2009; MALLY, BAILEY, HENDRICKS-MUÑOZ, 2010).

Estima-se que 20% dos nascimentos de prematuros tardios possuam indicação clínica, outros 25% são referentes à ruptura prematura das membranas amnióticas, e 55% acontecem devido ao parto prematuro espontâneo (ACOG, 2003 apud LOFTIN et al., 2010, p. 17).

### **3.3 Repercussões da prematuridade tardia**

Os prematuros tardios possuem características especiais que devem ser avaliadas durante os cuidados prestados pelos profissionais de saúde. Entre estes, os distúrbios respiratórios provocados pelo desenvolvimento pulmonar incompleto entre 34 e 37 semanas de gestação. É nesta fase que ocorre a transição do estágio sacular para o alveolar, bem como o aumento da produção de surfactantes pulmonares. Devido à antecipação do nascimento, na ocorrência de cesárea e ausência de trabalho de parto aumenta-se o risco de distúrbios respiratórios agudos, o que favorece o estabelecimento da síndrome do desconforto respiratório iatrogênico na prematuridade tardia (MALLY; BAILEY; HENDRICKS-MUÑOZ, 2010; CLARK, 2005); além de atraso no início e na manutenção do aleitamento materno (SALDIVA et al., 2011).

Os prematuros tardios não apresentam limitações na capacidade digestiva e absorptiva, mas podem ter dificuldades e problemas na alimentação durante a internação e após a alta, devido à coordenação sucção/deglutição/respiração imatura, instabilidade motora, sucção débil, fadiga, motilidade e esvaziamento gástrico lento e imaturidade na função motora intestinal. A imaturidade motora gástrica e intestinal propicia a intolerância alimentar, dificultando a progressão da dieta e prolongando a internação, podendo comprometer a nutrição e crescimento dos prematuros tardios. As principais causas de reinternação no primeiro mês de

vida são icterícia (em cerca de 1/3 dos casos) e problemas alimentares (26%); outras causas incluem: infecção, apneia, problemas respiratórios e hipotermia (MALLY; BAILEY; HENDRICKS-MUÑOZ, 2010).

Os prematuros tardios apresentam risco aumentado de mortalidade perinatal, neonatal e mortalidade infantil. A mortalidade neonatal é 4,6 vezes maior e a mortalidade infantil é três vezes maior na prematuridade tardia em comparação aos nascidos a termo (ENGLE, 2006; SHAPIRO-MENDOZA et al., 2008; KHASHU et al., 2009). Cerca de 5% dos prematuros tardios são reinternados e 1,3% permanecem algum período em observação no serviço de saúde (ENGLE, 2006; MALLY; BAILEY; HENDRICKS-MUÑOZ, 2010; SHAPIRO-MENDOZA et al., 2006).

### **3.4 Determinação da idade gestacional e avaliação do recém-nascido**

A determinação da idade gestacional pode ser realizada pela ecografia obstétrica. Por meio de exame ultrassonográfico fetal, após oito semanas de gestação, observa-se o cérebro fetal e a atividade cardíaca pode ser identificada utilizando-se de Doppler ou ultrassonografia em tempo real; a partir deste momento, a mensuração do comprimento do embrião, a distância entre cabeça e nádega, permite estimar a idade gestacional com precisão; dentre os parâmetros utilizados para estimar a idade gestacional, temos a ultrassonografia obtida até a 12<sup>a</sup> semana como método mais fidedigno (CUNNINGHAM, 2000; BAUER; NEME, 1995).

Outra forma de determinação da idade gestacional é pela avaliação com o método de Capurro. Ele estima a idade gestacional do recém-nascido por meio da observação de parâmetros somáticos. Cada uma das características somáticas tem várias opções, e cada opção tem uma pontuação. A soma desses pontos é o que vai determinar a idade gestacional. As características utilizadas desse método são: forma da orelha, tamanho da glândula mamária, formação do mamilo, textura da pele, pregas plantares (CAPURRO et al., 1978).

A determinação de adequação de peso ao nascer relacionado à idade gestacional é utilizada para a avaliação dos RNs em geral após o nascimento. Quando associa-se o peso à idade gestacional, é possível classificar o recém-nascido segundo o seu crescimento em peso intrauterino. O recém-nascido pode ser classificado como pequeno para a idade gestacional (PIG), adequado para a idade gestacional (AIG) ou grande para a idade gestacional (GIG) (BRASIL, 1994). Ainda

relacionado a peso ao nascer, os RNs com peso de nascimento menor de 2500 g são denominados de baixo peso ao nascer (BP) de acordo com a OMS (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 1977).

Outra forma utilizada para avaliar os RNs é o boletim de APGAR, que determina a vitalidade do recém-nascido ao nascer através de escores atribuídos à frequência cardíaca, respiração, tônus muscular, irritabilidade reflexa e coloração da pele dos RNs, e a soma destes escores é interpretada. O RN é classificado como vigoroso quando apresenta escore igual ou superior a 7 e esta avaliação é feita no 1º e 5º minutos após o nascimento (NADER, 2004).

## **4 MATERIAL E MÉTODO**

### **4.1 Delineamento do estudo**

O estudo é quantitativo transversal, descritivo e retrospectivo. No estudo transversal o desfecho a ser pesquisado e a exposição a alguma variável são avaliados simultaneamente em um grupo de indivíduos, fornecendo informações sobre a frequência e as características de algo em um determinado momento, gerando, assim, a prevalência como medida descritiva (MOTTA, 2006).

Os estudos descritivos têm como objetivo a descrição e a elucidação dos fatos estudados, nos quais o pesquisador observa, conta, descreve e classifica; a descrição quantitativa envolve a predominância, a incidência, o tamanho, e os atributos mensuráveis de um fenômeno (POLIT; BECK; HUNGLER, 2004). No estudo do tipo retrospectivo, o pesquisador define a amostra, coleta os dados ou fatores de risco, depois da ocorrência do evento pesquisado (REIS; CICONELLI; FALOPPA, 2002).

### **4.2 Local do estudo**

O local do estudo foi o Hospital de Clínicas de Porto Alegre/RS (HCPA), que é um centro de referência para gestação de alto risco no Rio Grande do Sul, e prioriza pacientes do SUS (HOSPITAL DE CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE, 2014).

### **4.3 População**

A população em estudo foram todas as mulheres e seus recém-nascidos prematuros tardios, usuários da maternidade do Hospital de Clínicas de Porto Alegre/RS, entre 1º de janeiro e 31 de dezembro de 2013, no período de 12 meses consecutivos, a fim de contemplar a totalidade dos nascimentos prematuros tardios. Segundo dados fornecidos pela própria instituição, o número de prematuros tardios nascidos no Hospital de Clínicas de Porto Alegre/RS, no ano de 2013, foi de 318.

#### 4.3.1 Critérios de inclusão

Mulheres e seus filhos nascidos vivos, com idade gestacional de 34 a 36 semanas e 6 dias, independente do peso de nascimento, da presença ou não de malformações congênitas, de gestação única ou múltipla, cujos nascimentos ocorreram no Hospital de Clínicas de Porto Alegre/RS. A avaliação de idade gestacional foi por meio do Método de Capurro, definida pelo registro médico no primeiro exame físico do recém-nascido.

#### 4.3.2 Critério de exclusão

Foram consideradas como excluídas do estudo as mães e seus filhos prematuros tardios, se as mães fossem a óbito durante a internação nas dependências do Hospital de Clínicas de Porto Alegre/RS. Não houve nenhum caso de óbito materno na população estudada.

### 4.4 Coleta de dados

Foi solicitada ao Serviço de Arquivo Médico e Informação em Saúde (SAMIS) da instituição uma *Query* referente ao banco de nascidos vivos de 2013, a fim de identificar os prematuros tardios e suas mães.

A coleta de dados foi realizada nos prontuários eletrônicos maternos e neonatais por meio de um instrumento de coleta construído para esta pesquisa (Apêndice A). Este foi aplicado apenas pela pesquisadora, visando à uniformização da coleta.

Realizou-se teste piloto do instrumento de coleta, em um total de 10 formulários, para que houvesse a adequação aos objetivos da pesquisa a partir dos dados disponíveis nos prontuários. Para o teste piloto, foram utilizados prontuários eletrônicos com dados de recém-nascidos prematuros tardios nascidos no ano de 2014 e de suas mães. Esses dados não foram utilizados na análise dos dados por não pertencerem ao ano determinado para a referida coleta. Após o teste piloto, pequenas alterações foram realizadas para a melhoria na obtenção das informações pesquisadas, de acordo com a disponibilidade e o formato destas nos prontuários.



#### 4.5 Variáveis dependente e independentes

A variável dependente do estudo foi a prematuridade tardia.

As variáveis independentes foram as descritas a seguir:

- a) idade materna – Em anos completos, depois agrupadas de acordo com os marcadores de risco na gestação (BRASIL, 2010). O grupo 1 foi denominado de mulheres adolescentes e incluiu as mulheres de 14 a 19 anos, o grupo 2 foi denominado de mulheres adultas jovens e incluiu as mulheres de 20 a 34 anos, e o grupo 3 foi denominado de adultas e incluiu as mulheres com idade igual ou acima de 35 anos.
- b) raça/cor da mãe (autorreferida) – branca, preta, parda, amarela, indígena;
- c) escolaridade – sem escolaridade, ensino fundamental incompleto, fundamental completo, médio incompleto, médio completo, superior incompleto, superior completo, pós-graduação incompleta, pós-graduação completa. Posteriormente foram agrupadas entre aquelas com até 8 anos de ensino completos e mais de 8 anos de ensino completos.
- d) situação marital – com companheiro, sem companheiro;
- e) ocupação – identificação, se remunerada, não remunerada, nenhuma ocupação ou do lar;
- f) local de moradia – Porto Alegre (se sim, qual o bairro), Grande Porto Alegre (especificado), Interior RS (especificado);
- g) renda familiar – em salários mínimos;
- h) data e horário da admissão materna no Centro Obstétrico, em dia, mês e ano e em horas/minutos;
- i) categoria de internação – Sistema Único de Saúde, Prestadora de saúde privada (convênio) ou por custeio próprio (particular);
- j) tempo entre a admissão materna e o nascimento do recém-nascido – em dias e horas;
- k) motivo da internação;
- l) pré-natal – Realização, número de consultas, local de realização, tipo de serviço (público ou privado), encaminhamento ou não para o alto risco. O número de consultas foi posteriormente dividido em dois grupos:

menos de seis consultas e seis consultas ou mais, referente ao preconizado pelo MS para o cuidado pré-natal (BRASIL, 2012a).

- m) data da última menstruação (DUM), em dia, mês e ano;
- n) idade gestacional do início do pré-natal, em semanas e dias;
- o) idade gestacional na primeira ecografia, em semanas e dias;
- p) precocidade ou não da primeira ecografia - Foi considerada a idade de até 12 semanas gestacionais como precoce para a determinação da idade gestacional durante o pré-natal (BAUER; NEME, 1995; CUNNINGHAM, 2010).
- q) número de gestações;
- r) número de partos anteriores (vaginais e cesarianas) – As mulheres foram categorizadas em três grupos: nulíparas (mulheres que nunca pariram), múltiparas (mulheres com 1 a 4 partos) e grande múltiparas (mulheres com 5 ou mais partos) (BAUER; NEME, 1995; GOLDMAN, 1995; CUNNINGHAM, 2010).
- s) número de partos vaginais anteriores;
- t) número de cesáreas anteriores;
- u) número de perdas fetais/abortos anteriores;
- v) número de nascimentos prematuros anteriores;
- w) idade do filho anterior (último filho antes do atual) ;
- x) intervalo interpartal, categorizado em meses;
- y) grupo sanguíneo e fator Rh maternos;
- z) tratamento de fertilização – se realizado ou não;
- aa) hábitos na gestação – uso de bebida alcoólica, fumo ou drogas;
- bb) intercorrências obstétricas pregressas – Presença de: gemelaridade, ameaça de aborto, ruptura prematura das membranas amnióticas, cerclagem uterina, descolamento prematuro de placenta, diabetes gestacional, diabetes mellitus, hiperemese gravídica, isoimunização por fator Rh, oligohidrânio, polihidrânio, placenta prévia (PP), restrição de crescimento intrauterino, hipertensão arterial sistêmica (HAS) prévia, hipertensão gestacional, hipertensão sobreposta a pré-eclampsia, pré-eclampsia, eclampsia, síndrome HELLP, cardiopatias associadas, trabalho de parto prematuro, anemia e outras.

- cc) intercorrências infecciosas progressas – Presença de: HIV/AIDS, sífilis, toxoplasmose, rubéola, hepatites B e C, citomegalia, herpes genital, infecção urinária, infecção vaginal e outras.
- dd) intercorrências obstétricas na gestação atual – Presença de: gemelaridade, ameaça de aborto, ruptura prematura das membranas amnióticas, cerclagem uterina, descolamento prematuro de placenta, diabetes gestacional, diabetes mellitus, hiperemese gravídica, Isoimunização por fator Rh, oligohidrâmnio, polihidrâmnio, PP, restrição de crescimento intrauterino, HAS prévia, hipertensão gestacional, hipertensão sobreposta a pré-eclampsia, pré-eclampsia, eclampsia, síndrome HELLP, cardiopatias associadas, trabalho de parto prematuro, anemia e outras.
- ee) intercorrências infecciosas na gestação atual – Presença de: HIV/AIDS, sífilis, toxoplasmose, rubéola, hepatites B e C, citomegalia, herpes genital, infecção urinária, infecção vaginal e outras. Realização e características do tratamento. Quando pertinente, realização de tratamento do(a) companheiro(a).
- ff) data e horário do parto, em dia, mês e ano e em horas/minutos;
- gg) tipo de gravidez – única, dupla, tripla ou mais;
- hh) tipo de parto – vaginal, cesariana (eletiva ou de emergência) ;
- ii) peso ao nascer – registrado em gramas. Os prematuros tardios formaram dois grupos, um com os RNs com peso de nascimento menor de 2500 g, denominados de baixo peso ao nascer, e o outro grupo com RNs com peso de nascimento de 2500 g ou mais (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 1977).
- jj) idade gestacional pelo Método de Capurro Somático – Em semanas, definida conforme registro médico, na realização do primeiro exame físico do prematuro tardio.
- kk) classificação do recém-nascido – Em pequeno, adequado ou grande para a idade gestacional (PIG, AIG, GIG) conforme a classificação obtida pelo registro médico no primeiro exame físico do prematuro tardio.
- ll) sexo do recém-nascido – masculino ou feminino;
- mm) score de APGAR – A escala varia de 1 a 10; os prematuros tardios foram agrupados como de boa vitalidade ao nascer quando o APGAR

era de 7 a 10; ou de baixa vitalidade ao nascer quando o APGAR era de 0 a 6. Essa avaliação foi considerada para o primeiro e para quinto minutos de vida.

nn) malformação fetal congênita – presença ou não;

oo) encaminhamento do recém-nascido após saída do Centro Obstétrico – Para permanência junto da mãe na Unidade de Internação Obstétrica (UIO) ou para a internação na Unidade de neonatologia (UNEO).

pp) dados do(s) Gemelar(es) – A partir da existência da gemelaridade, os dados maternos foram mantidos e considerados apenas uma vez, visto que os dados maternos eram comuns aos RNs gemelares. Os dados desses foram coletados individualmente.

#### **4.6 Análise estatística**

Os dados foram digitados em uma planilha eletrônica e analisados por meio do *software Statistical Package for the Social Sciences (SPSS)*, versão 18. Procedeu-se à análise descritiva das variáveis. As variáveis contínuas foram descritas como média e desvio padrão. Variáveis categóricas foram descritas em frequências absolutas e relativas. Os dados estão apresentados por meio de tabelas.

#### **4.7 Aspectos éticos**

O estudo foi registrado na Comissão de Pesquisa da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul e encaminhado ao Comitê de Ética em Pesquisa – CEP/Grupo de Pesquisa e Pós-Graduação – GPPG do Hospital das Clínicas de Porto Alegre – HCPA (Anexo A), dos quais recebeu o aval metodológico e ético. A aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa se deu sob o número 140089/14. Foram respeitados os princípios éticos em saúde, conforme a Resolução CNS n° 466, de 12 de dezembro de 2012 (BRASIL, 2012b).

As autoras do projeto comprometeram-se em manter o caráter confidencial das informações coletadas e em utilizar os dados somente para fins científicos. Ainda, o estudo possui um Termo de Compromisso para utilização dos dados assinado por todos os pesquisadores envolvidos no projeto (Anexo B).

## 5 RESULTADOS

No período estudado, janeiro a dezembro de 2013, nasceram 3890 recém-nascidos no HCPA, sendo 446 prematuros (11,46%). Destes, 318 foram considerados recém-nascidos prematuros tardios, totalizando 71,3% dos nascimentos prematuros. Dessa forma, a pesquisa se realizou com a totalidade de recém-nascidos prematuros tardios e suas respectivas mães.

O número total de mães foi de 288, visto que 29 dos nascimentos estudados eram múltiplos (28 gestações gemelares e uma gestação trigemelar), e representaram 10,1% do total das gestações estudadas. A média de idade das mães dos RNPTTs foi de 27,31 anos (DP: 6,9), com idades mínimas e máximas de 14 e 44 anos, respectivamente; as mulheres procediam predominantemente de Porto Alegre e de municípios da região metropolitana (93,4%). Em sua totalidade, os nascimentos e internações tiveram atendimento na rede pública de saúde. O período decorrente da internação ao nascimento dos recém-nascidos variou de 0 a 1039 horas, com média de 46,36 horas (DP: 110,09).

Tabela 1 – Distribuição das características sociodemográficas das 288 mães dos prematuros tardios, segundo frequências absolutas e relativas. Hospital de Clínicas de Porto Alegre/RS, 2013

<b>CARACTERÍSTICAS</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
<b>Idade:</b>		
- Adolescentes (14-19 anos)	49	17,0
- Adultas jovens (20-34 anos)	193	67,0
- Adultas ≥35 anos	46	16,0
<b>Cor da pele:</b>		
- Branca	218	75,7
- Preta	40	13,9
- Parda	29	10,1
- Amarela	1	0,3
<b>Escolaridade:</b>		
- Até 8 anos de ensino completos	130	45,1
- Mais de 8 anos de ensino completos	158	54,9
<b>Situação Marital:</b>		
- Com Companheiro	255	88,5
- Sem Companheiro	10	3,5
- Não registrado	23	8,0
<b>Local de Moradia:</b>		
- Porto Alegre	171	59,4
- Grande Porto Alegre	98	34,0
- Interior do Rio Grande do Sul	19	6,6
<b>Total</b>	<b>288</b>	<b>100</b>

Fonte: Dados da pesquisa, 2013.

Os motivos da internação foram variados (Tabela 2); nas intercorrências relacionadas à gestação atual, os maiores percentuais foram de 34,6% de RUPREMA, 34,6% de TPP e 13,8% de condições relacionadas à hipertensão na gestação; nas condições clínicas prévias à gestação atual, obtiveram-se 55,6% de HAS prévia e 22,2% de diabetes mellitus. Os eventos que levaram à internação materna, relacionados aos RNs, totalizaram 37,5% de gemelaridade, 25,0% de CIUR e 15,6% de malformações congênitas. Nessa população de mulheres a maioria era múltipara (59,7% quando agrupadas múltiparas e grandes múltiparas).

Tabela 2 – Distribuição das características obstétricas das 288 mães dos prematuros tardios, segundo frequências absolutas e relativas. Hospital de Clínicas de Porto Alegre/RS, 2013

<b>CARACTERÍSTICAS</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
<b>Grupo Sanguíneo:</b>		
- “O”	147	51,0
- “A”	103	35,8
- “B”	22	7,6
- “AB”	16	5,6
<b>Fator Rh:</b>		
- Positivo	259	89,9
- Negativo	29	10,1
<b>Motivo de internação:</b>		
- Intercorrências relacionadas à gestação atual	247	85,8
- Fatores relacionados ao recém-nascido	32	11,1
- Condições clínicas prévias à gestação atual	9	3,1
<b>Paridade:</b>		
- Nulípara	116	40,3
- Múltipara (entre 1 e 4)	159	55,2
- Grande Múltipara (acima de 5)	13	4,5
<b>Via de parto atual:</b>		
- Cesariana	155	53,8
- Vaginal	133	46,2
<b>Tipo de Gravidez:</b>		
- Única	259	89,9
- Dupla/Tripla	29	10,1
<b>Número de gestações:</b>		
- Primigestas	98	34,0
- Multigestas	190	66,0
Total	288	100

Fonte: Dados da pesquisa, 2013.

O número de consultas pré-natais variou de 0 a 18. Referente ao histórico obstétrico, os percentuais de partos vaginais anteriores foi de 43,4%; de cesarianas anteriores, 25,0%; de abortos anteriores, 23,6%; e de nascimentos prematuros anteriores, 13,5%. O intervalo interpartal de mais de 24 meses foi de 48,7% e 0,3%

das mulheres foram submetidas a tratamentos para fertilidade. Das mulheres estudadas, 53,8% não realizaram ecografias precoces, ou seja, antes das 12 semanas gestacionais. Dentre as mulheres que já possuíam filhos, a média de idade deles foi de 6,35 (DP: 4,70) anos, com mínima e máxima de 0 e 23 anos, respectivamente.

Quanto ao uso de álcool, tabaco e drogas ilícitas, dentre a população que fez uso destas durante a gestação, encontraram-se cocaína e maconha com uso isolado. Houve concomitância de uso de cocaína e maconha ou uma destas com o *crack*, e este não possuía registros de uso isolado. O uso de álcool, tabaco e drogas ilícitas, quando analisados isoladamente, apresentaram percentuais maiores para a ocorrência de nascimentos de RNs baixo peso ao nascer. Dentre as mulheres que fizeram uso de tabaco durante a gestação, percebeu-se uma frequência de recém-nascidos prematuros tardios com peso de nascimento menor de 2500 g de 57,6%. Entre as mães que fizeram uso de drogas ilícitas, a frequência de baixo peso ao nascer foi de 70,0%.

Tabela 3 – Distribuição das características pré-natais da gestação atual e dados gestacionais anteriores das 288 mães dos prematuros tardios, segundo frequência absoluta e relativa. Hospital de Clínicas de Porto Alegre/RS, 2013

<b>CARACTERÍSTICAS</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
<b>Realização de pré-natal na gestação atual:</b>		
- Sim	284	98,6
- Não	4	1,4
<b>Número de consultas pré-natais:</b>		
- Menos de 6 consultas	119	41,3
- 6 consultas ou mais	169	58,7
<b>Encaminhamento para pré-natal de alto risco:</b>		
- Não	175	60,8
- Sim	113	39,2
<b>Ecografia precoce:</b>		
- Sim	133	46,2
- Não	144	50,0
- Não realizou nenhuma ecografia	11	3,8
<b>Uso de álcool na gestação atual:</b>		
- Sim	11	3,8
- Não	277	96,2
<b>Uso de tabaco na gestação atual:</b>		
- Sim	66	22,9
- Não	222	77,1
<b>Uso de drogas na gestação atual:</b>		
- Sim	10	3,5
- Não	278	96,5
Total	288	100

Na análise do banco de dados referente às intercorrências obstétricas nas gestações atuais (TABELA 4), 96,5% da população apresentou ao menos uma intercorrência obstétrica na gestação. Quanto às doenças infecciosas, as mais frequentes foram infecções do trato urinário e infecções vaginais. Não houve registros de rubéola, hepatite B ou citomegalia.

Tabela 4 – Distribuição das intercorrências obstétricas das 288 mães dos prematuros tardios, nas gestações atuais, segundo frequências absolutas e relativas. Hospital de Clínicas de Porto Alegre/RS, 2013\*

<b>INTERCORRÊNCIAS</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
- Trabalho de parto prematuro	205	71,2
- Ruptura prematura de membranas amnióticas	132	45,8
- Infecção do trato urinário	77	26,7
- Condições relacionadas à hipertensão na gestação	49	17,0
- Outras patologias ou Intercorrências obstétricas	47	16,3
- Crescimento intrauterino restrito	33	11,5
- Gemelaridade	29	10,1
- Hipertensão arterial sistêmica prévia	29	10,1
- Diabetes gestacional	24	8,3
- Infecção vaginal	22	7,6
- Oligodrâmnio	20	6,9
- Descolamento prematuro de placenta	14	4,9
- Ameaça de aborto	12	4,2
- HIV/AIDS	10	3,5
- Outras Infecções	11	3,8
- Diabetes Mellitus	9	3,1
- Anemia	8	2,8
- Sífilis	8	2,8
- Placenta prévia	6	2,1
- Polidrâmnio	5	1,7
- Cardiopatias associadas	4	1,4
- Hiperemese gravídica	3	1,0
- Hepatite C	2	0,7
- Herpes Genital	2	0,7
- Cerclagem uterina	1	0,3
- Toxoplasmose	1	0,3

Fonte: Dados da pesquisa, 2013

\* Uma mesma mulher pode ter apresentado mais de uma intercorrência obstétrica na gestação atual.

Na análise do banco de dados referente às intercorrências obstétricas em gestações anteriores, 21,5% da população possuíam registro de ao menos uma intercorrência obstétrica em gestações prévias. Foram analisadas as histórias obstétricas das mães multíparas (172) dos prematuros tardios acerca das intercorrências presentes nas gestações anteriores (Tabela 5). Foram denominados



de condições relacionadas à hipertensão na gestação os casos de hipertensão gestacional, pré-eclampsia, eclampsia e síndrome HELLP.

Tabela 5 – Distribuição das intercorrências obstétricas das 172 mães dos prematuros tardios, que tiveram gestações anteriores, segundo frequências absolutas e relativas. Hospital de Clínicas de Porto Alegre/RS, 2013\*

<b>INTERCORRÊNCIAS</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
- Trabalho de parto prematuro	32	18,6
- Condições relacionadas à hipertensão na gestação	29	16,9
- Outras condições clínicas em gestações anteriores	16	9,3
- Ruptura prematura de membranas amnióticas	14	8,1
- Hipertensão arterial sistêmica prévia	10	5,8
- Diabetes gestacional	7	4,1
- Crescimento intrauterino restrito	4	2,3
- Ameaça de aborto	4	2,3
- HIV/AIDS	4	2,3
- Diabetes mellitus	2	1,2
- Gemelaridade	2	1,2
- Sífilis	2	1,2
- Infecção do trato urinário	2	1,2
- Descolamento prematuro de placenta	1	0,6
- Oligodrâmnio	1	0,6
- Placenta prévia	1	0,6
- Cardiopatias associadas	1	0,6
- Anemia	1	0,6
- Herpes Genital	1	0,6

Fonte: Dados da pesquisa, 2013.

\* Uma mesma mulher pode ter apresentado mais de uma intercorrência obstétrica nas gestações anteriores.

Quanto à caracterização dos pré-termo tardios (Tabela 6), o peso médio ao nascer foi de 2522 g (DP: 564,15), tendo variado de 900 g a 4015 g; metade da população de RNs foi considerada de baixo peso ao nascer; em média, o índice de Apgar no primeiro e no quinto minutos foi de 7,57 (DP: 2,02) e de 8,89 (DP: 1,35), respectivamente. Observou-se que, na população dos 318 RNs prematuros tardios, ocorreram cinco casos de poli-hidrâmnios, e destes, três apresentavam malformações congênitas.

Tabela 6 – Distribuição das características dos 318 recém-nascidos prematuros tardios, segundo frequências absolutas e relativas. Porto Alegre/RS, 2013

<b>CARACTERÍSTICAS</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
<b>IG (Capurro) em semanas:</b>		
- 34	55	17,3
- 35	103	32,4
- 36	160	50,3
<b>Classificação do recém-nascido:</b>		
- AIG	218	68,6
- PIG	86	27,0
- GIG	14	4,4
<b>Sexo do recém-nascido:</b>		
- Masculino	166	52,2
- Feminino	152	47,8
<b>Peso do recém-nascido:</b>		
- Menor que 2500 g	162	50,9
- Maior ou igual a 2500 g	156	49,1
<b>Malformação congênita:</b>		
- Não	294	92,5
- Sim	24	7,5
<b>Encaminhamento após nascimento:</b>		
- UIO	163	51,3
- UINEO	155	48,7
<b>Apgar:</b>		
- 1º minuto de nascimento: < 7	68	21,4
- 1º minuto de nascimento: ≥ 7	250	78,6
- 5º minuto de nascimento: < 7	13	4,1
- 5º minuto de nascimento: ≥ 7	305	95,9
Total	288	100

Fonte: Dados da pesquisa, 2013.

Ao categorizar-se a população por faixas etárias maternas, buscou-se analisá-las considerando possíveis fatores de risco identificados na literatura. Assim, foram formados três grupos, agrupando-se no grupo 1 as mães com faixa etária entre 14 e 19 anos, denominadas de adolescentes; no grupo 2, as mães com faixa etária entre 20 e 34 anos, denominadas de mulheres adultas jovens; e no grupo 3, as mães com idade igual ou maior que 35 anos, denominadas de mulheres adultas. A categorização das mulheres nesses três grupos se baseou nos riscos psicossociais associados à gestação e nos reflexos sobre a vida da adolescente e da mulher acima de 35 anos (BRASIL, 2010).

Ao observar os motivos de internação, encontrou-se o percentual de 14,0% de condições relacionadas à hipertensão na gestação das mães do grupo 2, e ainda um percentual de 21,7% de internações por problemas relacionados ao recém-nascido no grupo 3.

Quanto ao pré-natal, observou-se uma frequência de 4,1% de não realização no grupo 1. Quanto ao número de consultas pré-natais, observou-se que as frequências dos grupos 1 e 2 são bastante próximas, 59,2% e 56,5%, já o grupo 3 apresentou 67,4%, realizando seis ou mais consultas. Ainda em relação ao pré-natal e consultas, observou-se a frequência de registros de encaminhamentos aos serviços de pré-natal de alto risco no grupo 3, com 60,9%, e nos outros dois grupos foram de 18,4% no grupo 1 e 39,4% no grupo 2.

Em relação à realização de ecografia precoce na gestação, 74,5% das mães adolescentes não realizaram ecografias antes das 12 semanas gestacionais, enquanto que nos outros dois grupos a não realização de ecografia precoce foi de 48,9% no grupo 2 e 41,3% no grupo 3.

Em relação à paridade, observaram-se taxas de grande multiparidade (acima de quatro partos) nos grupos 2 e 3, com frequências de 3,1% e 15,2%, respectivamente. Referente aos abortos anteriores, 17% do grupo 1 já haviam sofrido ao menos um aborto anterior, seguidas de 23% no grupo 2 e de 37% no grupo 3; e ainda percebeu-se que o número variou de 0 a 2 no grupo 1, de 0 a 3 no grupo 2 e de 0 a 4 no grupo 3. Quanto ao intervalo interpartal acima de 24 meses, observou-se que no grupo 1 foi de 62,5%; no 2, de 81,1%; e no 3, de 100%.

Quanto ao consumo de álcool, tabaco e drogas ilícitas, identificou-se um consumo de álcool de 5,2% no grupo 2, 2,1% no grupo 1 e 0% no grupo 3; 27,5% de tabaco no grupo 2, 8,3% no grupo 1 e 19,6% no grupo 3; e quanto a drogas ilícitas o consumo foi de 4,7% no grupo 2, 2,1% no grupo 1 e 0% no grupo 3.

Em relação à via de parto, 59,6% dos nascimentos foram por partos vaginais e 40,4% por cesarianas no grupo 1; 45,3% por partos vaginais e 54,7% por cesarianas no grupo 2; 20,4% por partos vaginais e 79,6% por cesarianas no grupo 3.

A história obstétrica atual dessas gestações apresentou particularidades nos grupos, e essas serão apresentadas na Tabela 7. O único caso de trigemelaridade ocorreu no grupo 3.

Tabela 7 – Distribuição das intercorrências obstétricas das 288 mães dos prematuros tardios nas gestações atuais, por faixa etária materna, segundo frequências absolutas e relativas. Hospital de Clínicas de Porto Alegre/RS, 2013\*

INTERCORRÊNCIAS/ FAIXAS ETÁRIAS	GRUPO 1		GRUPO 2		GRUPO 3	
	N	%	N	%	N	%
- Gemelaridade	3	6,1	19	9,8	7	15,2
- Ameaça de aborto	0	0,0	9	4,7	3	6,5
- Ruptura prematura de membranas amnióticas	24	49,0	89	46,1	19	41,3
- Cerclagem uterina	0	0,0	1	0,5	0	0,0
- Descolamento prematuro de placenta	3	6,1	8	4,1	3	6,5
- Diabetes gestacional	1	2,0	18	9,3	5	10,9
- Diabetes mellitus	0	0,0	8	4,1	1	2,2
- Hiperemese gravídica	0	0,0	3	1,6	0	0,0
- Oligodrâmnio	1	2,0	18	9,3	1	2,2
- Polidrâmnio	0	0,0	3	1,6	2	4,3
- Placenta prévia	0	0,0	4	2,1	2	4,3
- Crescimento intrauterino restrito	1	2,0	25	13,0	7	15,2
- Hipertensão arterial sistêmica prévia	0	0,0	22	11,4	7	15,2
- Condições relacionadas à hipertensão na gestação	8	16,3	34	17,6	7	15,2
- Cardiopatias associadas	0	0,0	4	2,1	0	0,0
- Trabalho de parto prematuro	43	87,8	129	66,8	33	71,1
- Anemia	3	6,1	3	1,6	2	4,3
- HIV/Aids	0	0,0	8	4,1	2	4,3
- Sífilis	0	0,0	8	4,1	0	0,0
- Toxoplasmose	1	2,0	0	0,0	0	0,0
- Hepatite C	0	0,0	0	0,0	2	4,3
- Herpes Genital	1	2,0	1	0,5	0	0,0
- Infecção do trato urinário	15	30,6	57	29,5	5	10,9
- Infecção vaginal	2	4,1	16	8,3	4	8,7

Fonte: Dados da pesquisa, 2013.

\* Uma mesma mulher pode ter apresentado mais de uma intercorrência obstétrica gestação atual.

Na população estudada, quando analisadas apenas as gestações gemelares, observou-se um percentual de 65,5% de gemelaridade entre as mulheres de 20 a 34 anos. Referente à escolaridade, as mães dos RNs gemelares se apresentavam em 55,2% com mais de 8 anos completos de estudo e 96,6% possuíam companheiros. Quanto ao local de moradia, 62,1% eram procedentes de Porto Alegre; 31,0%, da Grande Porto Alegre; e 6,9% eram do interior do Rio Grande do Sul. Como motivo de internação materna, 44,8% apresentaram fatores relacionados ao recém-nascido. As mulheres realizaram pré-natal em 96,6% das gestações e fizeram seis consultas ou mais de pré-natal em 62,1%; 65,5% foram encaminhadas para serviços de pré-natais de alto risco e 53,6% realizaram ecografias precoces. Houve um caso de tratamento de fertilidade, que deu origem a um par de gêmeos. Dentre as mães dos

recém-nascidos gemelares, 72,4% já haviam sido mães anteriormente, e destas, 4,8% mães de outros RNs gemelares.

Quanto às intercorrências obstétricas nas gestações gemelares, observou-se 3,4% de ameaça de aborto, 41,4% de ruptura prematura das membranas amnióticas, 3,4% de diabetes gestacional, 3,4% de placenta prévia, 20,7% de crescimento intrauterino restrito, 6,9% de hipertensão prévia, 6,9% de hipertensão gestacional, 72,4% de trabalho de parto prematuro e 3,4% de anemia. Não houve registros de descolamento prematuro de placenta, diabetes mellitus, hiperemese gravídica, oligohidrâmnio, polihidrâmnio, pré-eclampsia, eclampsia, síndrome HELLP e cardiopatias associadas para as mães dos RNs gemelares.

Referente à presença de infecções nas gestações gemelares houve registros de 3,4% de hepatite C, 20,7% de infecção do trato urinário, e 6,9% de infecção vaginal. Não houve registros de HIV/AIDS, sífilis, toxoplasmose, rubéola, hepatite B, citomegalia e herpes vaginal.

Quanto à via de parto dos RNs gemelares, 82,8% nasceram de parto cesáreo, e 75,0% apresentaram como justificativa para a cesárea a gestação múltipla. Dentre os RNs gemelares, 76,3% apresentaram peso abaixo de 2500 g ao nascer; 44,1% foram classificados através de Capurro somático como bebês com idade gestacional dentro de 36 semanas, e, a partir de seus pesos, 55,9% foram classificados como RNs PIG; não houve registro de RNs gemelares com malformações congênitas. Após o nascimento, 51,8% foram encaminhados para a UIO e 49,2%, para a UINEO.

Conforme o instrumento de coleta, previa-se a análise das variáveis ocupação materna, renda familiar, local de realização de pré-natal e informações referentes ao tratamento das infecções nas gestações atuais, porém estas variáveis foram impossibilitadas de análise em função da ausência de registro nos prontuários eletrônicos pesquisados.

## 6 DISCUSSÃO

Os prematuros tardios constituem a maior parcela da população de nascimentos na prematuridade (KRAMER et al., 2000; DAVIDOFF et al., 2006). O nascimento prematuro, por ser a principal causa de morbimortalidade infantil, é um dos desafios de saúde global, em especial para os países industrializados.

Neste estudo, foi identificada a taxa de 71,3% de prematuros tardios dentre os nascimentos prematuros, o que vai ao encontro da literatura internacional que situa essa taxa entre 71% e 74% (MARTIN et al., 2007; DAVIDOFF et al., 2006). Não há artigos originais publicados com dados nacionais com taxas relativas à prematuridade tardia.

O número de gestações múltiplas para o grupo estudado foi de 29 (28 gestações duplas e uma gestação tripla), representando 10,1% do total de nascimentos prematuros tardios. Nos dados divulgados pelo Ministério da Saúde no Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (SINASC), a ocorrência de gemelaridade em nascimentos prematuros no Brasil é em torno de 10%, o que vai ao encontro dos dados deste estudo. Ao longo das duas últimas décadas houve um aumento no número de gestações múltiplas, e em grande parte estão relacionadas a uma população de gestantes com mais idade e o aumento do uso de terapias para infertilidade (LEE; CLEARY-GOLDMAN; D'ALTON, 2006). No presente estudo houve uma gestação advinda de tratamento de fertilização que originou um caso de gemelaridade.

As mães em sua maioria eram do Município de Porto Alegre; observou-se que mais de 1/3 da população procedia de municípios da grande Porto Alegre ou de cidades do interior do Estado do Rio Grande do Sul, o que pode ser decorrente do fato de o hospital em estudo ser referência para alto risco.

Identificou-se que 1/3 das mães dos prematuros tardios eram adolescentes com idades entre 14 e 19 anos (adolescentes) e 1/3 acima de 35 anos, grupos considerados mais suscetíveis à morbimortalidade materna e a resultados perinatais adversos (SANTOS et al., 2012; GRAVENA et al., 2012). Um estudo sobre o impacto da idade materna nos resultados perinatais identificou que o maior percentual de prematuros estava entre mulheres adolescentes (21,9%) e de idade avançada (19,9%) (SANTOS et al., 2009). Outro estudo, que investigou fatores de risco para a

prematuridade geral, evidenciou que 30% dos nascimentos eram de mulheres adolescentes e 12%, de mulheres acima de 35 anos (RAMOS; CUMAN, 2009).

Santos et al. (2012) referem que a gravidez na adolescência está relacionada a riscos aumentados da ocorrência de baixo peso ao nascer e crescimento intrauterino restrito, o que pode resultar em um parto prematuro. Estudos apontam que mulheres grávidas com idades acima de 35 anos apresentam com maior frequência situações como abortamentos espontâneos e induzidos, risco aumentado de mortalidade perinatal, recém-nascidos de baixo peso, nascimentos prematuros e recém-nascidos pequenos para idade gestacional, e essas gestações têm sido consideradas gestações de risco, pela crescente incidência de doenças hipertensivas, rupturas prematuras de membranas amnióticas, diabetes nessa população (DELPISHEH et al., 2008; SANTOS et al.; 2009).

Em relação à cor da pele e etnia da população de mães estudadas, observou-se uma maioria de mulheres que se autodeclararam de cor branca, com percentual de 74,8%, informação que condiz com a registrada pelo IBGE no censo de 2010 para a cidade de Porto Alegre, com valor de 79,23% de mulheres brancas (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2010).

Quanto à escolaridade, mais da metade das mães havia completado mais de oito anos de ensino. O comparecimento ao pré-natal foi realizado por praticamente todas as mulheres estudadas. Segundo o estudo de Osis et al. (1993), há forte associação entre o nível de escolaridade da gestante e o comparecimento ao pré-natal; a associação é para a realização do controle pré-natal e para o cumprimento das normas sobre prazos de início precoce e número das consultas.

Entretanto, neste estudo os dados obtidos quanto à escolaridade materna e o número de consultas de pré-natal parecem não ter contribuído para evitar ou minimizar a prematuridade tardia. Uma vez que a maioria das mulheres possuía registro de seis ou mais consultas em seus cartões pré-natais, como é preconizado pelo Ministério da Saúde no cuidado pré-natal (BRASIL, 2012a). Entretanto não foi possível identificar os dados relacionados à variável local de realização de pré-natal por ausência de registros nos prontuários.

No manual do Ministério da Saúde do Brasil (BRASIL, 2012a), afirma-se que o pré-natal de alto risco abrange cerca de 10% das gestações e que a falta de encaminhamento ao serviço especializado de gestantes em situação de risco representaria um aumento na probabilidade de intercorrências na gravidez e óbito

materno e/ou fetal. Neste estudo observou-se que pouco mais da metade das mulheres apresentavam registro sobre encaminhamentos para serviços de atendimento ao alto risco gestacional, visto que é provável que grande parte das gestações estudadas necessitasse deste encaminhamento. Estes nascimentos prematuros representam um grande risco para a morbimortalidade neonatal, além dos riscos gestacionais e maternos. Fato que chama a atenção, uma vez que as gestantes realizaram um número de consultas adequado. Ao que parece, a qualidade do atendimento pré-natal recebido pelas mães dos prematuros tardios pode ter sido comprometida.

Para mais da metade das mães não houve registro de ecografias precoces, ou seja, antes das 12 semanas gestacionais, sendo que, destas, uma pequena parcela sequer realizou alguma ecografia no período gestacional. Segundo Matias, Tiago e Montenegro (2002) para a investigação clínica da idade gestacional se faz necessária e preferencial a realização de uma ecografia de rotina na primeira metade da gravidez. Supõe-se que a baixa taxa de ecografias precoces seja justificada por alguma dificuldade na disponibilidade de acesso ao exame na rede de atendimento de saúde ou pelo atraso no início da realização do pré-natal. O crescimento fetal humano possui um padrão de desenvolvimento próprio da espécie, constante na primeira metade da gravidez, e este crescimento padrão independe do sexo, grupo étnico, condições geográficas ou socioeconômicas, e, depois deste período inicial, essa padronização de desenvolvimento diminui, e assim a precisão do cálculo da idade gestacional por este indicador em idades gestacionais mais avançadas torna-se menos confiável (GEIRSSON, 1991).

Dentre a população de mulheres multigestas, pode-se observar que quase metade delas já havia tido partos vaginais anteriores, menos de 1/3 por cesarianas anteriores, e menos de 1/3 também representou a frequência de abortos e de nascimentos prematuros anteriores. Quanto ao número de cesarianas anteriores, o estudo de Bassil et al. (2014), realizado no Canadá, mostrou uma taxa de 14,8%, aproximadamente 10% menor do que a encontrada para o presente estudo, e este fato provavelmente é explicado pelas diferentes realidades dos dois países em relação à escolha da via de parto na prematuridade.

Referente à via de parto da gestação atual, o estudo observou um maior percentual na frequência de nascimentos por cesariana. A realidade do Brasil em relação à via de parto e ao nascimento em geral, segundo uma recente pesquisa



realizada no Brasil, constata altas taxas de nascimentos por cesariana no país, com 44,8% no setor público e 89,9% no setor privado para mulheres primíparas, e 40,7% no setor público e 84,5% no setor privado para mulheres múltíparas (DOMINGUES et al., 2014). No presente estudo, a taxa de cesarianas encontra-se ligeiramente superior ao esperado para o setor público, e há o conhecimento da grande frequência de interrupções de gestações por cesarianas do setor privado (KILSZTAJN et al., 2007).

A frequência referente à ocorrência de nascimentos prematuros em gestações anteriores assemelhou-se aos estudos de Porto et al. (2013) e Bassil et al. (2014), onde estes apresentaram frequências de 11,7% e de 14,8%, respectivamente, comparadas à de 13,5% encontrada no presente estudo.

Quanto ao uso de álcool e drogas ilícitas, embora tenham-se obtido baixas frequências para ambas, quando observados os casos de uso separadamente, forneceram dados sugestivos de comprometimento no crescimento e desenvolvimento fetal, observando-se em ambos uma maioria de recém-nascidos com baixo peso ao nascer. Uma revisão sistemática, realizada em 2007, não encontrou nenhuma evidência convincente de efeitos adversos na gestação referentes à exposição ao álcool, porém também não encontrou evidências na literatura de níveis seguros de consumo deste durante a gravidez (HENDERSON; GRAY; BROCKLEHURST, 2007).

Quanto ao uso de tabaco, o presente estudo mostrou frequências mais altas do que as obtidas para o uso de álcool e de drogas ilícitas, e também apresentou possíveis repercussões para o crescimento e desenvolvimento fetal, representadas pela maioria de recém-nascidos com baixo peso ao nascer, quando selecionados os casos expostos. Em relação à frequência de uso de tabaco durante a gestação, o estudo de Bassil et al. (2014) apresenta uma diferença de quase 10% a menos de consumo. O estudo de Jaddoe et al. (2008) encontrou associação entre o tabagismo materno e o baixo peso ao nascer e a prematuridade. Segundo o Instituto Nacional do Câncer, 17,4% da população brasileira é fumante e a Região Sul apresenta o percentual mais alto de fumantes do país e também a maior concentração de mulheres fumantes, porém vale ressaltar que a Região Sul é a região do país com maior produção de fumo e possivelmente este fato deve ter influência na promoção e aceitação do consumo do tabaco (BRASIL, 2011).

Quanto às intercorrências obstétricas em gestações atuais, o TPP e a RUPREMA foram as que obtiveram maiores frequências. Ainda com percentuais relevantes surgiram as ITUs e as intercorrências relacionadas à hipertensão na gestação. Foram investigadas as gestações anteriores das mães destes recém-nascidos (172 multíparas). Dentre essas, as intercorrências obstétricas mais prevalentes foram o TPP e as condições relacionadas à hipertensão na gestação.

Segundo Merlini, Bailit e Mercer (2008), as causas mais comuns para a indicação do nascimento prematuro tardio são: pré-eclâmpsia (46%), indicações fetais (18%), DPP (14%), e outras indicações (20%). Laughon et al. (2010) relataram 32,3% de casos resultantes de RUPREMA. Bassil et al. (2014) realizaram uma coorte populacional no Canadá para algumas questões obstétricas em gestações com nascimentos de prematuros tardios, com mulheres com características parecidas às do presente estudo; as frequências dos casos de diabetes mellitus, diabetes gestacional e placenta prévia apresentaram percentuais similares. Já, para os casos de DPP, HAS, pré-eclâmpsia e eclâmpsia, foram menores no estudo de Bassil et al. (2014).

Dentre as doenças infecciosas em gestações anteriores, constataram-se quatro condições: HIV/AIDS, Herpes genital, Sífilis e infecção do trato urinário, e nas gestações atuais observou-se uma alta taxa de infecções do trato urinário e infecções vaginais. A maioria das mulheres estudadas não apresentou nenhuma patologia infecciosa na gestação atual. Porém o estudo de Bassil et al. (2014) apresentou frequência de 1,25% de infecções durante a gestação, a taxa do presente estudo foi de 40,3%, uma diferença bastante acentuada. Esta diferença pode estar relacionada às diferentes condições socioeconômicas e de saúde entre as duas populações estudadas.

A maioria dos recém-nascidos obteve idade gestacional através de avaliação por Capurro somático de 36 semanas, foi classificada como adequada para a idade gestacional (AIG), e era do sexo masculino; a maioria apresentou boa vitalidade ao nascer segundo os índices de APGAR, e uma pequena parcela apresentou alguma malformação congênita.

Em torno de metade dos RNs apresentou peso ao nascer menor de 2500 g ou baixo peso ao nascer. O baixo peso ao nascer é relatado como uma grande influência na morbimortalidade neonatal, e este recém-nascido apresenta 20 vezes mais risco de morte quando comparado a RNs com pesos superiores. Essa

condição de baixo peso pode ser resultado da prematuridade, como também de outras condições como, por exemplo, o crescimento intrauterino restrito (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2004; MORAES, 2007). Quanto às questões de morbimortalidade, podem apresentar risco aumentado de morte por doenças cardiovasculares, hipertensão e diabetes na vida adulta, e problemas relacionados a morbidades como comprometimento de estatura e déficit nutricional (BARROSO, SCHIERI, SALLES-COSTA, 2008). Ainda sobre estes RNs, o estudo de Ferraz e Neves (2011) identificou a prematuridade como principal causa responsável para o baixo peso ao nascer dos RNs estudados.

Houve baixa taxa de prematuros com malformação congênita. Em estudo de Amorim et al. (2006), a idade gestacional dos RNs malformados foi significativamente menor que a dos RNs sem malformações, com cerca de 55% de prematuros com malformação e 33% sem malformações. Esses dados reforçam que essas são fatores de risco para a prematuridade. Um estudo de 2014 encontrou evidências entre a idade materna avançada e as malformações congênitas (CIANCIMINO et al., 2014). Pode existir uma relação entre a poli-hidramnia e as malformações, uma vez que inúmeras condições maternas, fetais e placentárias podem estar associadas ao poli-hidrânio, anomalias genéticas são exemplos destas situações fetais (BRASIL, 2010); além disso esta condição pode estar relacionada ao baixo peso ao nascer (CIANCIMINO et al., 2014).

Ao categorizar-se a população conforme a faixa etária materna, na formação dos três grupos observaram-se as particularidades presentes em cada fase da vida destas mulheres. Quanto aos motivos de internação, o estudo apresentou percentuais mais elevados de condições relacionadas à hipertensão arterial no grupo de mães adultas jovens, e um aumento nas taxas de internações por questões relacionadas ao RN no grupo de mulheres adultas.

O pré-natal foi menos realizado no grupo de mulheres adolescentes. Quanto ao número de consultas pré-natais, observou-se que as taxas para a realização de seis ou mais consultas pré-natais nas adolescentes e nas adultas jovens são bastante próximas, enquanto que o grupo das adultas representou a maior frequência. Ainda em relação ao pré-natal e consultas, observou-se maior percentual de registros de encaminhamentos aos serviços de pré-natal de alto risco no grupo das adultas. Para a realização de ecografia precoce no pré-natal, percebeu-se que existe uma grande diferença nas taxas quanto às realizações. A frequência de

realização dessas aumenta com o aumento da faixa etária. Apesar dos avanços nos diagnósticos obstétricos e nos métodos terapêuticos, as evidências sugerem que a gestação acima de 35 anos está associada a situações gestacionais de risco (CIANCIMINO et al., 2014). O maior número de registros de encaminhamentos para o alto risco na faixa etária das mulheres de 35 anos ou mais pode sugerir uma preocupação aumentada dos profissionais em função das evidências de risco gestacional para essa faixa etária.

Quanto à paridade, observou-se, como esperado, que essa aumentou conforme as faixas etárias maternas, e as taxas de grande multiparidade (acima de quatro partos) são maiores no grupo de mães adultas. Os números de partos vaginais e cesarianas anteriores também aumentaram com a idade, assim como o número de abortos anteriores. Porém, é interessante perceber que uma parcela importante do grupo das adolescentes já havia sofrido ao menos um aborto anterior, e ainda percebeu-se que o número de abortos aumentava significativamente com a idade.

Quanto ao intervalo interpartal dos três grupos, identificou-se que apenas no grupo das adolescentes existiram intervalos interpartais menores de 1 a 12 meses. E ainda observou-se que nos três grupos a maior parcela da população obteve frequências maiores na faixa de intervalo interpartal acima de 24 meses.

Quanto ao consumo álcool, tabaco e drogas ilícitas, percebeu-se um maior consumo dessas no grupo das mães dos recém-nascidos adultas jovens.

A RUPREMA, o TPP, a anemia, a toxoplasmose, o herpes genital e a ITU ocorreram com frequências mais elevadas nas mulheres adolescentes, quando analisados os grupos separadamente (grupo 1). A cerclagem uterina, o diabetes mellitus, a hiperemese gravídica, os oligohidrâmnios, as condições relacionadas à hipertensão na gestação, as cardiopatias associadas e a sífilis tiveram frequências mais altas nas mulheres adultas jovens, quando analisados os grupos separadamente (grupo 2). A gemelaridade, as ameaças de aborto, o DPP, o diabetes gestacional, o poli-hidrânio, a placenta prévia, a CIUR, a HAS, HIV/Aids, a hepatite C e a infecção vaginal tiveram frequências mais altas nas mulheres adultas, quando analisados os grupos separadamente (grupo 3).

Quanto às infecções, o HIV/AIDS não foi constatado no grupo 1 e as frequências foram praticamente iguais nos outros dois grupos; a sífilis foi apenas relatada no grupo 2; a toxoplasmose, apenas no grupo 1; a hepatite C, apenas no

grupo 3; o herpes vaginal foi mais frequente no grupo 1. A infecção urinária apresentou frequências altas, e foi mais frequente nos grupos 1 e 2. A infecção vaginal foi relatada nos três grupos, e apresentou maiores frequências no grupo 3. Para as infecções percebemos que os grupos 1 e 2 apresentaram maior frequência de infecções, e taxas parecidas em relação aos números de infecções apresentadas na gestação atual. O grupo 3 apresentou menor frequência de infecções e menor concomitância de intercorrências infecciosas na gestação atual.

Em relação à via de parto, a frequência de partos vaginais diminui conforme aumenta a faixa etária das mulheres, enquanto que a frequência de cesarianas aumenta.

Pode-se observar que, nas gestações gemelares, mais da metade das mães possuíam registros de encaminhamento para serviços de pré-natal de alto risco e realizaram ecografias precoces, o que supõe uma preocupação profissional para o risco que a gestação gemelar possa representar na vida da gestante e dos seus filhos. Quanto à via de parto nos casos dos RNs gemelares, a maioria nasceu de parto cesáreo, sendo a maior parte justificada pelo motivo de gestação múltipla.

## 7 CONCLUSÃO

Concluiu-se que a taxa de nascimentos de prematuros tardios foi equivalente às populações de estudos apresentados na literatura internacional.

A maioria das mães dos RNPTTs do estudo possuía idade média de 27,31; eram brancas, possuíam mais de oito anos de ensino completos, tinham companheiro e eram procedentes de Porto Alegre.

O principal motivo de internação das mães dos prematuros tardios durante a gestação destes foi relacionado à RUPREMA, TPP e condições relacionadas à hipertensão na gestação. A cobertura do atendimento pré-natal foi alta, embora a maioria não possuísse registro de encaminhamento para os serviços de atendimento de alto risco. Mais da metade dos nascimentos foi por via de cesariana.

Em relação aos RNPTTs, a metade foi de baixo peso ao nascer e 49,2% deles foram encaminhados para a UINEO.

As intercorrências maternas mais frequentes na prematuridade tardia podem ser prevenidas ou minimizadas. As gestantes devem ser atendidas considerando as diferentes intercorrências maternas nas diferentes faixas etárias.

Há a necessidade de qualificar o atendimento prestado às gestantes para além da quantificação da frequência às consultas de pré-natal.

## 8 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente estudo apresentou algumas limitações ao longo de sua execução, e uma das principais residiu na adoção de um delineamento retrospectivo com uso de dados de indiretos, coletados em prontuários, visto que nesse delineamento de pesquisa os dados advêm de informações registradas ou não por outrem, fato que não garante a suficiência de dados para análise.

Outra limitação foi referente ao fato de a prematuridade tardia ser ainda um tema pouco explorado em pesquisas no Brasil, o que dificultou a comparação dos dados com outros estudos, para uma discussão mais aprofundada dos resultados.

Os resultados indicam que, embora haja programas de saúde direcionados ao atendimento pré-natal, como o PHPN e a Rede Cegonha, a atenção pré-natal recebida pelas mães desses prematuros tardios não foi capaz de prevenir o nascimento antecipado dos mesmos.

Há a necessidade de os profissionais pré-natalistas, geralmente médicos e enfermeiras, prestarem atendimento individualizado e estarem atentos às diferenças referentes às situações de risco em cada etapa da vida reprodutiva da mulher. O atendimento pré-natal ainda se mostra deficiente frente à detecção de fatores de risco para prematuridade que poderiam ser prevenidos ou evitados.

## REFERÊNCIAS

- AMORIM, M.M.R. de et al. Impacto das malformações congênitas na mortalidade perinatal e neonatal em uma maternidade-escola do Recife. **Rev. Bras. Saude Mater. Infant.**, Recife, v. 6, supl. 1, p. s19-s25, maio 2006. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1519-38292006000500003&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1519-38292006000500003&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 23 jul. 2015.
- BARROS, F. C. et al. Global report on preterm birth and stillbirth (3 of 7): evidence for effectiveness of interventions. **BMC Pregnancy Childbirth**, London, v. 10, suppl. 1, p. S3, 2010. Disponível em: <<http://www.biomedcentral.com/1471-2393/10/S1/S3>>. Acesso em: 23 ago. 2014.
- BARROSO, G. S.; SICHIERI, R.; SALLES-COSTA, R. Fatores associados ao déficit nutricional em crianças residentes em uma área de prevalência elevada de insegurança alimentar. **Rev. Bras. Epidemiol.**, São Paulo, v. 11, n. 3, p. 484-494, 2008. Disponível em: <<http://www.scielo.org/pdf/rbepid/v11n3/14.pdf>>. Acesso em: 15 abr. 2015.
- BASKET, J. A. et al. Adverse neonatal outcomes: examining the risks between preterm, late preterm, and term infants. **Am. J. Obstet. Gynecol.**, St. Louis, v. 199, no. 4, p. 367.e1-367.e8, 2008. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18928976>>. Acesso em: 11 dez. 2013
- BASSIL, K. L. et al. Impact of late preterm and early term infants on Canadian neonatal intensive care units. **Am. J. Perinatol.**, New York, v. 31, no. 4, p. 269-278, 2014. Disponível em: <<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0002937814001653>>. Acesso em: 10 mar. 2015.
- BAUER, A.; NEME, B. Diagnóstico obstétrico. In: NEME, B. **Obstetrícia básica**. São Paulo: Sarvier, 1995. p. 99-104.
- BITTAR, R. E.; ZUGAIB, M. Indicadores de risco para o parto prematuro. **Rev. Bras. Ginecol. Obstet.**, Rio de Janeiro, v. 31, n. 4, p. 203-209, 2009. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0100-72032009000400008&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-72032009000400008&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 10 dez. 2013.
- BLENCOWE, H. et al. National, regional and worldwide estimates of preterm birth. **Lancet**, London, v. 379, no. 9832, p. 2162-2172, June 2012. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22682464>>. Acesso em: 15 dez. 2013.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisa Envolvendo seres Humanos. **Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012**. Brasília, DF, 2012b. Disponível em: <<http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>>. Acesso em: 22 jan. 2014.



BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer. Organização Pan-Americana da Saúde. **Pesquisa especial de tabagismo – PETab**: relatório Brasil. Rio de Janeiro, 2011. Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pesquisa\\_especial\\_tabagismo\\_petab.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pesquisa_especial_tabagismo_petab.pdf)>. Acesso em: 11 abr. 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Coordenação Materno-Infantil. **Manual de assistência ao recém-nascido**. Brasília, 1994. Disponível em: <<http://abenfo.redesindical.com.br/arqs/manuais/083.pdf>>. Acesso em: 05 fev. 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Coordenação Materno-Infantil. **Atenção humanizada ao recém-nascido de baixo peso, método canguru**: manual técnico. Brasília, 2011. Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/metodo\\_canguru\\_manual\\_tecnico\\_2ed.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/metodo_canguru_manual_tecnico_2ed.pdf)>. Acesso em: 04 jul. 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Gestação de alto risco**: manual técnico. 5. ed. Brasília, 2010. Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/gestacao\\_alto\\_risco.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/gestacao_alto_risco.pdf)>. Acesso em: 23 ago. 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Atenção ao pré-natal de baixo risco**. Brasília, DF, 2012a. (Série A. Normas e Manuais Técnicos. Cadernos de Atenção Básica, nº 32). Disponível em: <[http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/caderno\\_atencao\\_pre\\_natal\\_baixo\\_risco.pdf](http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/caderno_atencao_pre_natal_baixo_risco.pdf)>. Acesso em: 11 abr. 2015.

CAPURRO, H. et al. A simplified method for diagnosis of gestational age in the newborn infant. **J. Pediatr.**, St. Louis, v. 93, no. 1, p. 120-122, 1978. Disponível em: <[http://ac.els-cdn.com.ez45.periodicos.capes.gov.br/S0022347678806210/1-s2.0-S0022347678806210-main.pdf?\\_tid=9b5819c8-f4cc-11e4-aef0-00000aab0f6c&acdnat=1431012214\\_5beb4e5b6d59141be657e0a9d0fc61e0](http://ac.els-cdn.com.ez45.periodicos.capes.gov.br/S0022347678806210/1-s2.0-S0022347678806210-main.pdf?_tid=9b5819c8-f4cc-11e4-aef0-00000aab0f6c&acdnat=1431012214_5beb4e5b6d59141be657e0a9d0fc61e0)>. Acesso em: 11 abr. 2015.

CIANCIMINO, L. et al. Would it be too late? a retrospective case-control analysis to evaluate maternal-fetal outcomes in advanced maternal age. **Arch. Gynecol. Obstet.**, Berlin, v. 290, no. 6, p. 1109-1114, July 2014. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25027820>> Acesso em: 24 jul. 2015.

CLARK, R. H. The epidemiology of respiratory failure in neonates born at an estimated gestational age of 34 weeks or more. **J. Perinatol.**, Philadelphia, v. 25, no. 4, p. 251-257, 2005.

CUNNINGHAM, F. G. et al. **Williams obstetrícia**. 23. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2010.

DAVIDOFF, M. J. et al. Changes in the gestational age distribution among U.S. singleton births: impact on rates of late preterm birth, 1992 to 2002. **Semin. Perinatol.**, New York, v. 30, no. 1, p. 8-15, Feb. 2006. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16549207>>. Acesso em: 05 dez. 2013.

DELPISHEH, A. et al. Pregnancy late in life: a hospital-based study of birth outcomes. **J. Womens Health**, Larchmont, v. 17, no. 6, p. 965-970, 2008. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3000925/>>. Acesso em: 11 dez. 2014.

DOMINGUES, R. M. S. M. et al. Processo de decisão pelo tipo de parto no Brasil: da preferência inicial das mulheres à via de parto final. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 30, supl. 1, p. S101-S116, 2014. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X2014001300017&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2014001300017&lng=pt&nrm=iso)>. Acesso em: 05 maio 2015.

ENGLE, W. A. A recommendation for the definition of "late preterm" (near term) and the birth weight-gestational age classification system. **Semin. Perinatol.**, New York, v. 30, no. 1, p. 2-7, 2006. Disponível em: <<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0146000506000085>>. Acesso em: 14 maio 2013.

ESCOBAR, G. J.; CLARK, R. H.; GREENE, J. D. Short-term outcomes of infants born at 35 and 36 weeks gestation: we need to ask more questions. **Semin. Perinatol.**, New York, v. 30, no. 1, p. 28-33, 2006. Disponível em: <<http://www-sciencedirect-com.ez45.periodicos.capes.gov.br/science/article/pii/S0146000506000061>>. Acesso em: 15 dez. 2013.

ESCOBAR, G. J. Rehospitalisation after birth hospitalisation: patterns among infants of all gestations. **Arch. Dis. Child.**, v. 90, no. 2, p. 125-131, 2005. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1720242/>>. Acesso em: 15 dez. 2013.

FERRAZ, T. R.; NEVES, E. T. Fatores de risco para baixo peso ao nascer em maternidades públicas: um estudo transversal. **Rev. Gaúcha Enferm.**, Porto Alegre, v. 32, n. 1, p. 86-92, mar. 2011. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1983-14472011000100011&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-14472011000100011&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 19 maio 2015.

GEIRSSON, R. T. Ultrasound instead of last menstrual period as a basis of gestational age assignment. **Ultrasound Obstet. Gynecol.**, Carnforth, v. 1, no. 3, p. 212-219, 1991. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12797075>>. Acesso em: 03 abr. 2015.

GILBERT, W. M.; NESBITT, T. S.; DANIELSEN, B. The cost of prematurity: quantification by gestational age and birth weight. **Obstet. Gynecol.**, New York, v. 102, no. 3, p. 488-492, 2003. Disponível em: <<http://www-sciencedirect-com.ez45.periodicos.capes.gov.br/science/article/pii/S0029784403006173>>. Acesso em: 15 dez. 2013.

GOLDMAN, G. A. et al. The grand multipara. **Eur. J. Obstet. Gynecol. Reprod. Biol.**, Amsterdam, v. 61, no. 2, p. 105-109, Aug. 1995. Disponível em: <[http://www.ejog.org/article/0301-2115\(95\)02108-J/pdf](http://www.ejog.org/article/0301-2115(95)02108-J/pdf)>. Acesso em: 26 abr. 2015.

GRAVENA, A. A. F. et al. Resultados perinatais em gestações tardias. **Rev. Esc. Enferm. USP**, São Paulo, v. 46, n. 1, p. 15-21, fev. 2012. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0080-62342012000100002&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342012000100002&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 13 dez. 2014.

GYAMFI-BANNERMAN, C.; FUCHS, K.M.; YOUNG, O.M.; HOFFMAN, M.K.. Nonspontaneous late preterm birth: etiology and outcomes. **Am J Obstet Gynecol.**; v. 205, no. 456, p. 1-6, 2011. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22035950>>. Acesso em: 26 jul. 2015.

HOSPITAL DE CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE. Assistência Médica. **Serviço de Ginecologia e Obstetrícia**. Porto Alegre, 2014. Disponível em: <<http://www.hcpa.ufrgs.br/content/view/182/1703/>>. Acesso em: 28 jan. 2014.

HENDERSON, J.; GRAY, R.; BROCKLEHURST, P. Systematic review of effects of low-moderate prenatal alcohol exposure on pregnancy outcome. **BJOG.**, Oxford, v. 114, no. 3, p. 243-252, 2007. Disponível em: <<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1471-0528.2006.01163.x/epdf>>. Acesso em: 11 abr. 2015.

HOWSON, C. P.; KINNEY, M. V.; LAWN, J. E. Preterm birth matters. In: **BORN too soon: the global action report on preterm birth**. Geneva: World Health Organization, 2012. p. 9-15

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Censo 2010**. Rio de Janeiro, 2010. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/>>. Acesso em: 22 mar. 2015.

JADDOE, V. W. et al. Active and passive maternal smoking during pregnancy and the risks of low birthweight and preterm birth: the Generation R Study. **Paediatr. Perinat. Epidemiol.**, Oxford, v. 22, no. 2, p. 162-171, 2008. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18298691>>. Acesso em: 15 dez. 2014.

KHASHU, M. et al. Perinatal outcomes associated with preterm birth at 33 to 36 weeks' gestation: a population-based cohort study. **Pediatrics**, Springfield, v. 123, no. 1, p. 109-113, 2009. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19117868>>. Acesso em: 23 ago. 2014.

KILSZTAJN, S. et al. Caesarean sections and maternal mortality in Sao Paulo. **Eur. J. Obstet. Gynecol. Reprod. Biol.**, Limerick, v. 132, no. 1, p. 64-69, 2007. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16876312>>. Acesso em: 15 dez. 2014.

KOMINIAREK, M. Infants born late preterm: indications and recommendations for obstetric care. **Neoreviews**, Standford, v. 10, no. 6, p. e295-e302, 2009. Disponível em: <<http://neoreviews.aappublications.org/content/10/6/e295.abstract>>. Acesso em: 12 maio 2013.

KRAMER, M. S. et al. The contribution of mild and moderate preterm birth to infant mortality. **JAMA**, Chicago, v. 284, no. 7, p. 843-849, 2000. Disponível em: <<http://jama.jamanetwork.com/article.aspx?articleid=192994>>. Acesso em: 15 dez. 2014.

LAUGHON, S. K. et al. Precursors for late preterm birth in singleton gestations. **Obstet. Gynecol.**, v. 116, no. 5, p. 1047-1055, 2010. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3014049/>>. Acesso em: 15 dez. 2014.

LEE, Y.M.; CLEARY-GOLDMAN, J.; D'ALTON, M.E. Multiple gestations and late preterm (near-term) deliveries. **Semin. Perinatol.**, New York, v. 30, no. 2, p.103-112, 2006. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16731285>>. Acesso em: 15 jul. 2015.

LOFTIN, R. W. et al. Late preterm birth. **Rev. Obstet. Gynecol.**, New York, v. 3, no. 1, p. 10-19, Winter 2010. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2876317/>>. Acesso em: 12 dez. 2013.

MACHADO JUNIOR, L. C.; PASSINI JUNIOR, R.; ROSA, I. R. M. Prematuridade tardia: uma revisão sistemática. **J. Pediatr. (Rio J.)**, Porto Alegre, v. 90, n. 3, p. 221-231, jun. 2014. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0021-75572014000300221&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0021-75572014000300221&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 20 abr. 2015.

MALLY, P. V.; BAILEY, S.; HENDRICKS-MUÑOZ, K. D. Clinical issues in the management of late preterm infants. **Curr. Probl. Pediatr. Adolesc. Health Care**, St. Louis, v. 40, no. 9, p. 218-233, Oct. 2010. Disponível em: <<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1538544210001112>>. Acesso em: 14 maio 2013.

MARTIN, J. A. et al. Births: final data for 2005. **Natl. Vital Stat. Rep.**, Hyattsville, v. 56, no. 6, p. 1-103, Dec. 2007. Disponível em: <[http://www.cdc.gov/nchs/data/nvsr/nvsr56/nvsr56\\_06.pdf](http://www.cdc.gov/nchs/data/nvsr/nvsr56/nvsr56_06.pdf)>. Acesso em: 10 dez. 2013.

MATIAS, A.; TIAGO, P.; MONTENEGRO, N. Cálculo da idade gestacional: métodos e problemas. **Acta Med. Port.**, Lisboa, v. 15, n. 1, p. 17-21, 2002. Disponível em: <<http://www.actamedicaportuguesa.com/revista/index.php/amp/article/view/1912/1480>>. Acesso em: 10 abr. 2015.

MERLINO, A.; BAILIT J.; MERCER, B. M. Indications for late preterm birth, can obstetricians make a difference? **Am. J. Obstet. Gynecol.**, St. Louis, v. 199, no. 6, suppl. A, p. S234, Dec. 2008. Disponível em: <[http://www.ajog.org/article/S0002-9378\(08\)01992-3/fulltext](http://www.ajog.org/article/S0002-9378(08)01992-3/fulltext)>. Acesso em: 10 dez. 2013.

MOTTA, V. T. **Bioestatística**. 2. ed. Caxias do Sul: EDUCS, 2006.

MORAES, A. B. **Baixo peso de nascidos vivos no Rio Grande do Sul, Brasil:** uma análise estatística multinível. 2007. 168 f. Tese (Doutorado em Epidemiologia) – Faculdade de Medicina, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2007.

NADER, P. J. H. Atendimento em sala de parto. In: NADER, S. S.; PEREIRA, D. N. (Org.). **Atenção integral ao recém-nascido:** guia de supervisão de saúde. Porto Alegre: Artmed, 2004. p. 73-75.

OSIS, M. J. D. et al. Fatores associados à assistência pré-natal entre mulheres de baixa renda no Estado de São Paulo, Brasil. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 27, n. 1, p. 49-53, fev. 1993. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-89101993000100008&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89101993000100008&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 12 maio 2015.

PAVÉZ, G. I. Síndrome de TORCH. In: ROJAS, A. A. et. al. **Servicio neonatología Hospital Clínico Universidad de Chile**. Santiago: Universidad de Chile, 2001. Disponible en: <[http://www.manuelosses.cl/BNN/NEO\\_U.pdf](http://www.manuelosses.cl/BNN/NEO_U.pdf)>. Acesso em: 04 jan. 2015.

PEDRON, C. D. et al. Prematuridad tardía. **Rev. Cubana Enferm.**, La Habana, v. 29, n. 3, set. 2013. Disponível em: <[http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0864-03192013000300003&lng=es&nrm=iso](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-03192013000300003&lng=es&nrm=iso)>. Acesso em: 17 mar. 2015.

PEREIRA, A.P.E. et al. Determinação da idade gestacional com base em informações do estudo Nascer no Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 30, supl. 1, p. S59-S70, 2014. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X2014001300014&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2014001300014&lng=pt&nrm=iso)>. Acesso em 17 jul. 2015.

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

PORTO, A. M. F. et al. Características maternas em gestações com risco de prematuridade tardia. **Rev. Bras. Saúde Mater. Infant.**, Recife, v. 13, n. 2, p. 161-166, 2013. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1519-38292013000200009&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1519-38292013000200009&script=sci_arttext)>. Acesso em: 27 abr. 2015.

RAJU, T.N.K. The problem of late-preterm (near-term) births: a workshop summary. **Pediatr. Res.**, Basel, v. 60, no. 6, p. 775-776, 2006. Disponível em: <<http://www.nature.com/pr/journal/v60/n6/full/pr2006407a.html>>. Acesso em: 25 jul. 2015.

RAMOS, H. Â. C.; CUMAN, R. K. N. Fatores de risco para prematuridade: pesquisa documental. **Esc. Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 2, p. 297-304, jun. 2009. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1414-81452009000200009&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452009000200009&lng=pt&nrm=iso)>. Acesso em: 13 dez. 2013.

REDDY, U. M. et al. Delivery indications at late-preterm gestations and infant mortality rates in the United States. **Pediatrics**, Springfield, v. 124, no. 1, p. 234-240, 2009. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19564305>>. Acesso em: 25 jul. 2015.

REIS, F. B.; CICONELLI, R. M.; FALOPPA, F. Pesquisa científica: a importância da metodologia. **Rev. Bras. Ortop.**, Rio de Janeiro, v. 37, n. 3, p. 51-55, 2002. Disponível em: <<http://alessandro.ccbs.uepb.edu.br/pdf/texto3.pdf>>. Acesso em: 11 jan. 2015.

SALDIVA, S. R. D. M. et al. Influência regional no consumo precoce de alimentos diferentes do leite materno em menores de seis meses residentes nas capitais brasileiras e Distrito Federal. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 11, p. 2253-2262, nov. 2011. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X2011001100018&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2011001100018&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 29 abr. 2015.

SANTOS, G. H. N. et al. Impacto da idade materna sobre os resultados perinatais e via de parto. **Rev. Bras. Ginecol. Obstet.**, Rio de Janeiro, v. 31, n. 7, p. 326-334, jul. 2009. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0100-72032009000700002&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-72032009000700002&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 03 dez. 2014.

SANTOS, M. M. A. S. et al. Estado nutricional pré-gestacional, ganho de peso materno, condições da assistência pré-natal e desfechos perinatais adversos entre puérperas adolescentes. **Rev. Bras. Epidemiol.**, São Paulo, v. 15, n. 1, p. 143-154, mar. 2012. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1415-790X2012000100013&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-790X2012000100013&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 03 dez. 2014.

SILVEIRA, M. F. et al. Aumento da prematuridade no Brasil: revisão de estudos de base populacional. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 42, n. 5, p. 957-964, 2008. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-89102008000500023](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102008000500023)>. Acesso em: 15 dez. 2013.

SHAPIRO-MENDOZA, C. K. et al. Effect of late-preterm birth and maternal medical conditions on newborn morbidity risk. **Pediatrics**, Springfield, v. 121, no. 2, p. 223-232, 2008. Disponível em: <<http://pediatrics.aappublications.org/content/121/2/e223.full.pdf+html>>. Acesso em: 10 dez. 2013

SHAPIRO-MENDOZA, C. K. et al. Risk factors for neonatal morbidity and mortality among "healthy," late preterm newborns. **Semin. Perinatol.**, New York, v. 30, no. 2, p. 54-60, 2006. Disponível em: <<http://www-sciencedirect-com.ez45.periodicos.capes.gov.br/science/article/pii/S0146000506000280>>. Acesso em: 15 dez. 2013.

SOUZA, M. de L. de et al. O cuidado em enfermagem: uma aproximação teórica. **Texto Contexto Enferm.**, Florianópolis, v. 14, n. 2, p. 266-270, jun. 2005. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-07072005000200015&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072005000200015&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em 13 jul. 2015.

SPONG, C. Y. et al. Timing of indicated late-preterm and early-term birth. **Obstet. Gynecol.**, New York, v. 118, no. 2, pt. 1, p. 323-333, Aug. 2011. <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3160133/>>. Acesso em: 12 dez. 2013.

WANG, M. L. et al. Clinical outcomes of near-term infants. **Pediatrics**, Springfield, v. 114, no. 2, p. 372-376, 2004. Disponível em: <<http://pediatrics-aappublications-org.ez45.periodicos.capes.gov.br/content/114/2/372.full.pdf+html>>. Acesso em: 15 dez. 2013.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Preterm birth. Geneva, 2013. (Fact sheet, N° 363). Disponível em: <<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs363/en/>>. Acesso em: 05 dez. 2013.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Recommended definitions, terminology and format for statistical tables related to the perinatal period and use of a new certificate for cause of perinatal deaths. **Acta Obstet. Gynecol. Scand.**, Copenhagen, v. 56, no. 3, p. 247-253, 1977. Disponível em: <[http://www.readcube.com/articles/10.3109%2F00016347709162009?r3\\_referer=wol&tracking\\_action=preview\\_click&show\\_checkout=1&purchase\\_referrer=onlinelibrary-wiley-com.ez45.periodicos.capes.gov.br&purchase\\_site\\_license=PUBLICATION\\_OUTSIDE\\_OF\\_LICENSE\\_PERIOD](http://www.readcube.com/articles/10.3109%2F00016347709162009?r3_referer=wol&tracking_action=preview_click&show_checkout=1&purchase_referrer=onlinelibrary-wiley-com.ez45.periodicos.capes.gov.br&purchase_site_license=PUBLICATION_OUTSIDE_OF_LICENSE_PERIOD)>. Acesso em: 12 abr. 2015.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. United Nations Children's Fund. **Low birthweight**: country, regional and global estimates. New York, 2004. Disponível em: <<http://whqlibdoc.who.int/publications/2004/9280638327.pdf>>. Acesso em: 12 abr. 2015.

ZAMPIERI, M. de F.M.; ERDMANN, A.L.. Cuidado humanizado no pré-natal: um olhar para além das divergências e convergências. **Rev. Bras. Saude Mater. Infant.**, Recife, v. 10, n. 3, p. 359-367, set. 2010. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1519-38292010000300009&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1519-38292010000300009&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 15 jul. 2015.

## APÊNDICE – Instrumento de coleta de dados

### FATORES MATERNS NA OCORRÊNCIA DA PREMATURIDADE TARDIA EM UM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO

Nº \_\_\_\_\_

Nome: \_\_\_\_\_  
 Leito: \_\_\_\_\_ Data da coleta de dados: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
 Registro hospitalar (mãe): \_\_\_\_\_ Registro hospitalar (RN): \_\_\_\_\_

#### INFORMAÇÕES DA PUÉRPERA

##### Dados da puérpera:

1. Idade (em anos completos) [99] Não registrado	_ _
2. Raça/Cor da pele (autodenominada): [1] Branca [2] Preta [3] Parda/morena/mulata [4] Amarelo [5] Indígena [99] Não registrado	_ _
3. Escolaridade [0] Sem escolaridade (menos de um ano) [1] Ensino Fundamental Incompleto [2] Ensino Fundamental Completo [3] Ensino Médio Incompleto [4] Ensino Médio Completo [5] Ensino Superior Incompleto [6] Ensino Superior Completo [7] Pós-Graduação Incompleta [8] Pós-Graduação Completa [99] Não registrado	_ _
4. Situação marital: [1] Tem companheiro [2] Não tem companheiro [99] Não registrado	_ _
5. Ocupação Atual: [99] Não registrado	_____ <b>ou</b>  _ _
6. Ocupação remunerada: [1] Sim [2] Não [77] Não se aplica ( <b>não tem nenhuma ocupação ou é do lar</b> ) [99] Não registrado	_ _
7. Local de Moradia: Porto Alegre [1] Sim [2] Não	_ _
8. Se Porto Alegre, qual bairro? [77] Não se aplica	_____ <b>ou</b>  _ _
9. Local de Moradia: Grande Porto Alegre [1] Sim [2] Não	_ _



10. Qual cidade da Grande Porto Alegre? [77] Não se aplica	_____ ou  __
11. Local de Moradia: Interior RS [1] Sim [2] Não	__
12. Qual cidade do interior do RS? [77] Não se aplica	_____ ou  __
13. Qual a renda familiar em número de salários mínimos (1 salário mínimo = R\$ 724,00) R\$ _____ [99] Não registrado	__

**Dados da admissão hospitalar**

14. Data da admissão * Registrar [99 99 99] quando não tiver registrado a data	__ / __ / __
15. Horário da admissão * Registrar [99 99] quando não tiver registrado o horário	__ / __
16. Categoria de internação [1] Sistema Único de Saúde [2] Prestadora de saúde privada (Convênio) [3] Por custeio próprio (Particular)	__
17. Tempo entre admissão materna e nascimento de recém-nascido:	__  dias ou  __  horas
18. Motivo da internação (descrever) [99] Não registrado	_____ ou  __

**Informações do pré-natal**

19. Realização de pré-natal [1] Sim [2] Não [99] Não registrado	__
20. Presença de cartão pré-natal [1] Sim [2] Não	__
21. Número de consultas de pré-natal (0 = nenhuma consulta) [99] Não registrado	__
22. Onde realizou pré-natal? [1] Apenas na Rede Pública de Saúde (UBS SUS) [2] Apenas no Convênio [3] Apenas no Serviço Particular [4] Na Rede Pública e no Convênio [5] Na Rede Pública e no Serviço Particular [6] Convênio e Serviço Particular [7] Na Rede Pública, Convênio e Serviço Particular [77] Não se aplica (não realizou pré-natal) [99] Não registrado	__
23. Foi encaminhada para o serviço de pré-natal de alto risco? [1] Sim [2] Não	__
24. Data da última menstruação ( <b>DUM</b> ) * Registrar [99 99 99] quando <b>não tiver registro</b> da DUM	__ / __ / __
25. Data Provável de Parto ( <b>DPP</b> ) * Registrar [99 99 99] quando <b>não tiver registro</b> da DPP	__ / __ / __
26. Idade gestacional do início do pré-natal [77] sem [77] dias quando <b>não realizou</b> pré-natal [99] sem [99] dias quando <b>não tiver registro</b>	__  semanas  __  dias
26.a Data de início do pré-natal * Registrar [99 99 99] quando não tiver registro do início e	__ / __ / __

77 77 77  quando não realizado	
27. Idade gestacional na primeira Ecografia * Registrar  99  sem  99  dias quando <b>não tiver registro</b> da 1ª USG e  77  sem  77  dias quando <b>não for realizada</b> 1ª USG	_ _  semanas  _ _  dias
28. Data da primeira Ecografia: * Registrar  99 99 99  quando não tiver registro da 1ª USG e  77 77 77  quando não realizada 1ª USG	_ _ _ / _ _ _ / _ _ _
29. Ecografia precoce? [1] Sim [2] Não	_ _
30. Número de gestações (incluindo atual) [99] Não registrado	_ _
31. Número de partos vaginais anteriores (0 = nenhum; 1 = um parto...) [99] Não registrado	_ _
32. Número de cesarianas anteriores (0 = nenhum; 1 = uma cesariana...) [99] Não registrado	_ _
33. Número de abortos anteriores (0 = nenhum; 1 = um aborto...). [99] Não registrado	_ _
34. Número de nascimentos prematuros anteriores [77] Não se aplica (primigestas) [99] Não registrado	_ _
35. Idade do filho anterior [77] Não se aplica (primigestas) [99] Não registrado	_ _
36. Intervalo Interpartal: [1] 1-12 meses [2] entre 12 e 24 meses [3] mais de 24 meses [77] Não se aplica (primigestas)	_ _
37. Grupo sanguíneo materno [1] A [3] AB [2] B [4] O [99] Não registrado	_ _
38. Fator Rh [1] Positivo [2] Negativo [99] Não registrado	_ _
39. Fez tratamento de fertilização? [1] Sim [2] Não	_ _
40. Uso de bebida alcoólica durante a gravidez [1] Sim [2] Não [99] Não registrado	_ _
41. Tabagismo durante a gravidez [1] Sim [2] Não [99] Não registrado	_ _
42. Uso de drogas durante a gravidez [1] Sim [2] Não [99] Não registrado	_ _

43. Qual droga? [77] Não se aplica (quando não usou droga) [99] Não registrado	_____
--	-------

**História obstétrica**

[77] Não se aplica para PRIMIGESTAS  
PRIMIGESTA \_\_\_\_\_

**Intercorrências obstétricas PREGRESSAS**

44. Gemelaridade [1] Sim [2] Não	_____
45. Ameaça de aborto [1] Sim [2] Não	_____
46. Amniorexe prematura [1] Sim [2] Não	_____
47. Cerclagem uterina [1] Sim [2] Não	_____
48. Descolamento prematuro de placenta [1] Sim [2] Não	_____
49. Diabetes gestacional [1] Sim [2] Não	_____
50. Diabetes Mellitus [1] Sim [2] Não	_____
51. Hiperemese gravídica [1] Sim [2] Não	_____
52. Isoimunização Rh [1] Sim [2] Não	_____
53. Oligodrâmnio [1] Sim [2] Não	_____
54. Polidrâmnio [1] Sim [2] Não	_____
55. Placenta prévia [1] Sim [2] Não	_____
56. Restrição de crescimento intrauterino [1] Sim [2] Não	_____
57. Hipertensão Prévia [1] Sim [2] Não	_____

58. DHEG [1] Sim [2] Não	_____
59. Pré-eclampsia [1] Sim [2] Não	_____
60. Eclampsia [1] Sim [2] Não	_____
61. Síndrome HELLP [1] Sim [2] Não	_____
62. Cardiopatias Associadas [1] Sim [2] Não	_____
63. Trabalho de parto prematuro [1] Sim [2] Não	_____
64. Anemia [1] Sim [2] Não	_____
65. Outras: [1] Sim [2] Não	_____ _____

**Intercorrências Infecciosas PREGRESSAS**

66. HIV/AIDS [1] Sim [2] Não	_____
67. Sífilis [1] Sim [2] Não	_____
68. Toxoplasmose [1] Sim [2] Não	_____
69. Rubéola [1] Sim [2] Não	_____
70. Hepatite B [1] Sim [2] Não	_____
71. Hepatite C [1] Sim [2] Não	_____
72. Citomegalia [1] Sim	_____

[2] Não	
73. Herpes Genital [1] Sim [2] Não	<input type="checkbox"/>
74. Infecção urinária [1] Sim [2] Não	<input type="checkbox"/>
75. Infecção vaginal [1] Sim [2] Não	<input type="checkbox"/>
76. Outras: [1] Sim [2] Não	<input type="checkbox"/>

### Intercorrências Obstétricas ATUAIS

77. Gemelaridade [1] Sim [2] Não	<input type="checkbox"/>
78. Ameaça de aborto [1] Sim [2] Não	<input type="checkbox"/>
79. Amniorexe prematura [1] Sim [2] Não	<input type="checkbox"/>
80. Cerclagem uterina [1] Sim [2] Não	<input type="checkbox"/>
81. Descolamento prematuro de placenta [1] Sim [2] Não	<input type="checkbox"/>
82. Diabetes gestacional [1] Sim [2] Não	<input type="checkbox"/>
83. Diabetes Mellitus [1] Sim [2] Não	<input type="checkbox"/>
84. Hiperemese gravídica [1] Sim [2] Não	<input type="checkbox"/>
85. Isoimunização Rh [1] Sim [2] Não	<input type="checkbox"/>
86. Oligodrâmnio [1] Sim [2] Não	<input type="checkbox"/>
87. Polidrâmnio [1] Sim [2] Não	<input type="checkbox"/>
88. Placenta prévia [1] Sim [2] Não	<input type="checkbox"/>
89. Restrição de crescimento intrauterino	<input type="checkbox"/>

[1] Sim [2] Não	
90. Hipertensão Prévia [1] Sim [2] Não	<input type="checkbox"/>
91. DHEG [1] Sim [2] Não	<input type="checkbox"/>
92. Pré-eclampsia [1] Sim [2] Não	<input type="checkbox"/>
93. Eclampsia [1] Sim [2] Não	<input type="checkbox"/>
94. Síndrome HELLP [1] Sim [2] Não	<input type="checkbox"/>
95. Cardiopatias Associadas [1] Sim [2] Não	<input type="checkbox"/>
96. Trabalho de parto prematuro [1] Sim [2] Não	<input type="checkbox"/>
97. Anemia [1] Sim [2] Não	<input type="checkbox"/>
98. Outras: [1] Sim [2] Não	<input type="checkbox"/>

### Intercorrências Infecciosas ATUAIS

99. HIV/AIDS [1] Sim [2] Não	<input type="checkbox"/>
100. Realizou tratamento? [1] Sim [2] Não [77] Não se aplica	<input type="checkbox"/>
101. Qual? (descrever) [77] Não se aplica	<input type="checkbox"/>
102. Em qual trimestre foi diagnosticado? [1] 1º Trimestre [2] 2º Trimestre [3] 3º Trimestre [77] Não se aplica	<input type="checkbox"/>
103. Em qual trimestre foi realizado o tratamento? [1] 1º Trimestre [2] 2º Trimestre [3] 3º Trimestre [77] Não se aplica	<input type="checkbox"/>
104. Companheiro tratado? [1] Sim [2] Não [77] Não se aplica	<input type="checkbox"/>

105. Sífilis [1] Sim [2] Não	<input type="checkbox"/>
106. Realizou tratamento [1] Sim [2] Não [77] Não se aplica	<input type="checkbox"/>
107. Qual? (descrever) [77] Não se aplica	<hr/> <input type="checkbox"/>
108. Em qual trimestre foi diagnosticado? [1] 1º Trimestre [2] 2º Trimestre [3] 3º Trimestre [77] Não se aplica	<input type="checkbox"/>
109. Em qual trimestre foi realizado o tratamento? [1] 1º Trimestre [2] 2º Trimestre [3] 3º Trimestre [77] Não se aplica	<input type="checkbox"/>
110. Companheiro tratado? [1] Sim [2] Não [77] Não se aplica	<input type="checkbox"/>
111. Toxoplasmose [1] Sim [2] Não	<input type="checkbox"/>
112. Realizou tratamento [1] Sim [2] Não [77] Não se aplica	<input type="checkbox"/>
113. Qual? (descrever) [77] Não se aplica	<hr/> <input type="checkbox"/>
114. Em qual trimestre foi diagnosticado? [1] 1º Trimestre [2] 2º Trimestre [3] 3º Trimestre [77] Não se aplica	<input type="checkbox"/>
115. Em qual trimestre foi realizado o tratamento? [1] 1º Trimestre [2] 2º Trimestre [3] 3º Trimestre [77] Não se aplica	<input type="checkbox"/>
116. Rubéola [1] Sim [2] Não	<input type="checkbox"/>
117. Realizou tratamento [1] Sim [2] Não [77] Não se aplica	<input type="checkbox"/>
118. Qual? (descrever) [77] Não se aplica	<hr/> <input type="checkbox"/>

119. Em qual trimestre foi diagnosticado? [1] 1º Trimestre [2] 2º Trimestre [3] 3º Trimestre [77] Não se aplica	<input type="checkbox"/>
120. Em qual trimestre foi realizado o tratamento? [1] 1º Trimestre [2] 2º Trimestre [3] 3º Trimestre [77] Não se aplica	<input type="checkbox"/>
121. Hepatite B [1] Sim [2] Não	<input type="checkbox"/>
122. Realizou tratamento [1] Sim [2] Não [77] Não se aplica	<input type="checkbox"/>
123. Qual? (descrever) [77] Não se aplica	<hr/> <input type="checkbox"/>
124. Em qual trimestre foi diagnosticado? [1] 1º Trimestre [2] 2º Trimestre [3] 3º Trimestre [77] Não se aplica	<input type="checkbox"/>
125. Em qual trimestre foi realizado o tratamento? [1] 1º Trimestre [2] 2º Trimestre [3] 3º Trimestre [77] Não se aplica	<input type="checkbox"/>
126. Companheiro tratado? [1] Sim [2] Não [77] Não se aplica	<input type="checkbox"/>
127. Hepatite C [1] Sim [2] Não	<input type="checkbox"/>
128. Realizou tratamento [1] Sim [2] Não [77] Não se aplica	<input type="checkbox"/>
129. Qual? (descrever) [77] Não se aplica	<hr/> <input type="checkbox"/>
130. Em qual trimestre foi diagnosticado? [1] 1º Trimestre [2] 2º Trimestre [3] 3º Trimestre [77] Não se aplica	<input type="checkbox"/>
131. Em qual trimestre foi realizado o tratamento? [1] 1º Trimestre [2] 2º Trimestre	<input type="checkbox"/>

[3] 3º Trimestre [77] Não se aplica	
132. Companheiro tratado? [1] Sim [2] Não [77] Não se aplica	<input type="checkbox"/>
133. Citomegalia [1] Sim [2] Não	<input type="checkbox"/>
134. Realizou tratamento [1] Sim [2] Não [77] Não se aplica	<input type="checkbox"/>
135. Qual? (descrever) [77] Não se aplica	<input type="checkbox"/>
136. Em qual trimestre foi diagnosticado? [1] 1º Trimestre [2] 2º Trimestre [3] 3º Trimestre [77] Não se aplica	<input type="checkbox"/>
137. Em qual trimestre foi realizado o tratamento? [1] 1º Trimestre [2] 2º Trimestre [3] 3º Trimestre [77] Não se aplica	<input type="checkbox"/>
138. Companheiro tratado? [1] Sim [2] Não [77] Não se aplica	<input type="checkbox"/>
139. Herpes Genital [1] Sim [2] Não	<input type="checkbox"/>
140. Realizou tratamento [1] Sim [2] Não [77] Não se aplica	<input type="checkbox"/>
141. Qual? (descrever) [77] Não se aplica	<input type="checkbox"/>
142. Em qual trimestre foi diagnosticado? [1] 1º Trimestre [2] 2º Trimestre [3] 3º Trimestre [77] Não se aplica	<input type="checkbox"/>
143. Em qual trimestre foi realizado o	

tratamento? [1] 1º Trimestre [2] 2º Trimestre [3] 3º Trimestre [77] Não se aplica	<input type="checkbox"/>
144. Companheiro tratado? [1] Sim [2] Não [77] Não se aplica	<input type="checkbox"/>
145. Infecção urinária [1] Sim [2] Não	<input type="checkbox"/>
146. Por qual micro-organismo? [77] Não se aplica	<input type="checkbox"/>
147. Realizou tratamento [1] Sim [2] Não [77] Não se aplica	<input type="checkbox"/>
148. Qual? (descrever) [77] Não se aplica	<input type="checkbox"/>
149. Em qual trimestre? [1] 1º Trimestre [2] 2º Trimestre [3] 3º Trimestre [77] Não se aplica	<input type="checkbox"/>
150. Infecção vaginal [1] Sim [2] Não	<input type="checkbox"/>
151. Por qual micro-organismo? [77] Não se aplica [99] Não registrado	<input type="checkbox"/>
152. Realizou tratamento [1] Sim [2] Não [77] Não se aplica	<input type="checkbox"/>
153. Qual? (descrever) [77] Não se aplica [99] Não registrado	<input type="checkbox"/>
154. Em qual trimestre? [1] 1º Trimestre [2] 2º Trimestre [3] 3º Trimestre [77] Não se aplica	<input type="checkbox"/>
155. Outras: [77] Não se aplica	<input type="checkbox"/>

156. Data do parto * Registrar [99 99 99] quando não tiver registrada a data	<input type="text"/>
157. Horário do parto * Registrar [99 99] quando não tiver registrado o horário	<input type="text"/>

158. Tipo de gravidez [1] Única [2] Dupla [3] Tripla [4] Mais	_
159. Tipo de parto [1] Vaginal [2] Cesariana [99] Não registrado	_
160. Se cesariana, de emergência ou eletiva? [1] Emergência [2] Eletiva [77] Não se aplica [99] Não registrado	_

**Dados do parto****Dados do recém-nascido (RN único/1º gemelar)**

161. Peso do bebê ao nascer (em gramas) [99] Não registrado	_ _ _ _
162. Idade gestacional (Método de Capurro Somático)	_ _  semanas  _ _  dias
163. Classificação do recém-nascido [1] AIG [2] PIG [3] GIG [99] Não registrado	_
164. Sexo do Recém-nascido: [1] Masculino [2] Feminino [3] Não Definido [99] Não registrado	_
165. Apgar 1º minuto [99] Não registrado	_
166. Apgar 5º minuto [99] Não registrado	_
167. Recém-nascido com malformação [1] Sim [2] Não	_
168. Após nascimento, o recém-nascido foi encaminhado para [1] Unidade de internação obstétrica – UIO [2] Unidade de neonatologia – UNEO [99] Não registrado	_

**Dados do recém-nascido (2º gemelar)**


[77] Não se aplica até a questão 175 (quando não for gemelar)  
 GEMELAR

NÃO

169. Peso do bebê ao nascer (em gramas) [99] Não registrado	<input type="text"/>
170. Idade gestacional (Método de Capurro Somático)	<input type="text"/> semanas <input type="text"/> dias
171. Classificação do recém-nascido [1] AIG [2] PIG [3] GIG [99] Não registrado	<input type="text"/>
172. Apgar 1º minuto [99] Não registrado	<input type="text"/>
173. Apgar 5º minuto [99] Não registrado	<input type="text"/>
174. Recém-nascido com malformação [1] Sim [2] Não	<input type="text"/>
175. Após nascimento, o recém-nascido foi encaminhado para [1] Unidade de internação obstétrica – UIO [2] Unidade de neonatologia – UNEO [99] Não registrado	<input type="text"/>



## ANEXO A – Carta de aprovação do projeto no Comitê de Ética em Pesquisa da instituição



**HCPA - HOSPITAL DE CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE**  
**GRUPO DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO**

**COMISSÃO CIENTÍFICA**

A Comissão Científica do Hospital de Clínicas de Porto Alegre analisou o projeto:

**Projeto:** 140089  
**Data da Versão do Projeto:**


**Pesquisadores:**  
ANNELISE DE CARVALHO GONCALVES  
ANA LUCIA DE LOURENZI BONILHA  
BRUNA ALBIO MORAES  
BEATRIZ BELEM BUENDGENS

**Título:** Fatores maternos na ocorrência da prematuridade tardia em um hospital universitário

Este projeto foi **APROVADO** em seus aspectos éticos, metodológicos, logísticos e financeiros para ser realizado no Hospital de Clínicas de Porto Alegre.  
Esta aprovação está baseada nos pareceres dos respectivos Comitês de Ética e do Serviço de Gestão em Pesquisa.

- Os pesquisadores vinculados ao projeto não participaram de qualquer etapa do processo de avaliação de seus projetos.
- O pesquisador deverá apresentar relatórios semestrais de acompanhamento e relatório final ao Grupo de Pesquisa e Pós-Graduação (GPPG)

Porto Alegre, 20 de março de 2014.

  
Prof. Eduardo Pandolfi Passos  
Coordenador GPPG/HCPA

## ANEXO B – Termo de Compromisso para Utilização de Dados



# Hospital de Clínicas de Porto Alegre

Grupo de Pesquisa e Pós-Graduação

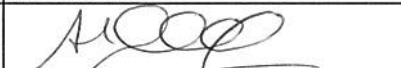

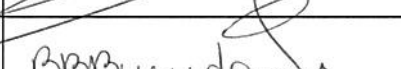
### Termo de Compromisso para Utilização de Dados

Título do Projeto

<p><b>FATORES MATERNOS NA OCORRÊNCIA DA PREMATURIDADE TARDIA EM UM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO</b></p>	<p>Cadastro no GPPG</p>
---	-------------------------

Os pesquisadores do presente projeto se comprometem a preservar a privacidade dos pacientes cujos dados serão coletados em prontuários e bases de dados do Hospital de Clínicas de Porto Alegre. Concordam, igualmente, que estas informações serão utilizadas única e exclusivamente para execução do presente projeto. As informações somente poderão ser divulgadas de forma anônima.

Porto Alegre, 11 de Fevereiro de 2014.

Nome dos Pesquisadores	Assinatura
Profª Dra. Annelise de Carvalho Gonçalves	
Profª Dra. Ana Lucia de Lourenzi Bonilha	
Mda. Beatriz Belém Buendgens	
Acad. de Enf. Bruna Alibio Moraes	