

Contexto da atenção pré-natal na prematuridade tardia

Context of antenatal care in late prematurity

Contexto de la atención prenatal en la prematuridad tardía

Mariana Bello Porciuncula^I; Ana Lucia de Lourenzi Bonilha^{II}; Cecília Drebes Pedron^{III};
Lilian Córdova do Espírito Santo^{IV}.

RESUMO

Objetivo: conhecer o cuidado na gestação de mulheres que tiveram prematuros tardios, e seus atendimentos no âmbito do Sistema Único de Saúde. **Metodologia:** trata-se de um estudo descritivo, realizado em três unidades de estratégia da saúde de família em Porto Alegre-RS, de novembro de 2011 a dezembro de 2012, com 13 mulheres submetidas a entrevistas semiestruturadas. O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Prefeitura Municipal de Porto Alegre/RS, sob número 001.039956.11.3. **Resultados:** na análise temática etnográfica constituíram-se dois temas: negligência no cuidado durante a gestação e insuficiência do atendimento pré-natal. Os padrões observados foram: preenchimento inadequado das carteiras de pré-natal; situações potencialmente evitáveis como favorecedoras da prematuridade tardia; e dificuldade na comunicação entre gestante e profissional pré-natalista. **Conclusão:** conhecer os cuidados pré-natais dessas mulheres pode representar as concepções que as mesmas têm sobre a gestação, sendo uma referência importante para os profissionais que trabalham com essa população.

Palavras-chave: Gravidez; nascimento prematuro; cuidado pré-natal; complicações na gravidez.

ABSTRACT

Objective: to learn about pregnancy care for women who gave late premature birth, and their treatment in the Unified Health System. **Methodology:** this descriptive study was conducted at three Family Health Strategy clinics in Porto Alegre, Rio Grande do Sul, from November 2011 to December 2012, by semi-structured interviews of 13 women. The project was approved by the Porto Alegre City government's Research Ethics Committee (No. 001.039956.11.3). **Results:** two themes emerged in ethnographic thematic analysis: negligence in care during pregnancy and inadequacy of antenatal care. The patterns observed were: failure to complete antenatal records properly; potentially avoidable situations favoring late prematurity; and difficulty in communication between mothers and antenatal care professionals. **Conclusion:** learning about these women's antenatal care can represent the conceptions they hold about pregnancy, which are an important point of reference for professionals working with this population.

Keywords: Pregnancy; premature birth; prenatal care; pregnancy complications.

RESUMEN

Objetivo: conocer el cuidado durante el embarazo a las mujeres que tuvieron niños prematuros tardíos y la atención en el Sistema Único de Salud. **Metodología:** se trata de un estudio realizado en tres unidades de la estrategia de salud de la familia en Porto Alegre-RS, de noviembre 2011 a diciembre 2012, junto a 13 mujeres sometidas a entrevistas semiestruturadas. El proyecto fue aprobado por el Comité de Ética en Investigación de la Municipalidad de Porto Alegre/RS, bajo el número 001.039956.11.3. **Resultados:** el análisis temático etnográfico se constituyó de dos temas: negligencia en el cuidado durante el embarazo; e insuficiencia en la atención prenatal. Los patrones observados fueron: registros inadecuados en los cuadernos de prenatal; situaciones potencialmente evitables como favorecedoras de la prematuridad tardía; y dificultad en la comunicación entre la madre y el profesional del prenatal. **Conclusión:** conocer los cuidados prenatales de estas mujeres puede representar los puntos de vista que tienen sobre el embarazo, siendo una referencia importante para los profesionales que trabajan con esta población.

Palabras clave: Embarazo; nacimiento prematuro; atención prenatal; complicaciones del embarazo.

INTRODUÇÃO

A prematuridade refere-se ao nascimento de uma criança com menos de 37 semanas de idade gestacional, e está relacionada a uma série de cuidados especiais para estes recém-nascidos, que são denominados na literatura como pré-termos ou prematuros¹⁻³. A Organização Mundial da Saúde estima que 15 milhões de crianças nasçam prematuras a cada ano, evidenciando a magnitude desse problema em na sociedade³.

O intervalo compreendido entre as 34 e as 37 semanas de gestação representa um período crítico e de rápido crescimento para o cérebro humano, o qual, na ocorrência de um nascimento prematuro, acaba por se desenvolver no período pós-natal, e sem a proteção do útero materno⁴. Estudo sugere que, para influenciar positivamente no desfecho de saúde desses recém-nascidos, deve-se atuar na prevenção de situações adversas e na operacionalização de intervenções especialmente direcionadas aos prematuros tardios⁴.

^IEnfermeira. Doutoranda, Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Brasil. E-mail: mariana.bello@ufrgs.br

^{II}Enfermeira. Doutora em Enfermagem, Docente da Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Brasil. E-mail: bonilha.ana@gmail.com

^{III}Enfermeira. Doutora em Enfermagem, Docente do Curso de Enfermagem na Ulbra – Gravataí, Rio Grande do Sul, Brasil. E-mail: cepedron@gmail.com

^{IV}Enfermeira. Doutora em Ciências Médicas. Docente de Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Brasil. E-mail: espiritosantolilian@gmail.com

Nesse contexto, deve-se considerar a repercussão desse aumento de nascimentos prematuros tardios para o sistema de saúde, visto que há morbidades próprias desse grupo específico. Os prematuros tardios não podem ser considerados como bebês nascidos próximos do termo, pois apresentam mais sequelas e morbidade do que os bebês a termo, e requerem cuidados específicos, em especial com relação ao desenvolvimento neuromotor⁵. Além disso, apresentam aumento importante do risco de morte, especialmente no período neonatal⁶.

Diante do exposto, o objetivo do presente estudo foi conhecer o cuidado na gestação de mulheres que tiveram prematuros tardios, e seus atendimentos no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).

REVISÃO DE LITERATURA

As taxas de prematuridade no Brasil vêm sofrendo aumento, apresentando valores que variam de 3,4 a 15% dos nascimentos⁷. Estudo de coortes perinatais, no período de 1982 a 2004, em Pelotas-Rio Grande do Sul (RS), indicou que a taxa de nascimentos pré-termos apresentou aumento superior a 130% no período¹. Nos Estados Unidos, a taxa de prematuridade atingiu 12,3% dos nascimentos em 2003, indicando aumento de 31% destes nascimentos em comparação à década anterior⁸.

Em relação às causas do nascimento de bebês prematuros, as mesmas podem ser atribuídas em 80% a causas idiopáticas ou por ruptura precoce de membranas amnióticas, e 20% a complicações obstétricas de outras ordens⁹. Nesse sentido, recomenda-se que sejam realizadas intervenções visando à qualificação da atenção à saúde para a redução desses nascimentos e da morbimortalidade perinatal^{10,11}.

Apesar da importante redução ocorrida nas taxas de mortalidade infantil, os indicadores atuais têm apresentado redução menor que o esperado¹². Esses óbitos muitas vezes ocorrem por causas evitáveis, algumas destas relacionadas à prematuridade, e “principalmente no que diz respeito às ações dos serviços de saúde e, entre elas, a atenção pré-natal, ao parto e ao recém-nascido”^{12:15}.

Dessa forma, a avaliação da atenção pré-natal torna-se questão central na prevenção desses nascimentos prematuros, e na prevenção de morbimortalidade, tanto materna como neonatal. Para tal, diversos estudos têm sido realizados com a finalidade de avaliar o atendimento pré-natal em seus aspectos qualitativos e quantitativos¹³⁻¹⁸. Um atendimento pré-natal qualificado faz-se necessário para que as gestantes de risco sejam identificadas, minimizando possíveis complicações¹⁰.

A relevante concentração de nascimentos prematuros na faixa de idade gestacional entre 34 semanas e 36 semanas e 6 dias, os denominados prematuros tardios^{8,19}, configura-se como uma problemática tanto em relação a maior morbidade, como também ao fato

de que frequentemente esses bebês recebem cuidados de saúde usuais²⁰. Embora equivocadamente sejam percebidos como um grupo com baixo risco para intercorrências, os prematuros tardios representam índices significativos de morbimortalidade quando comparados aos dos nascimentos à termo^{21,22}.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo qualitativo, do tipo descritivo²³. A coleta dos dados foi realizada em três unidades de estratégia de saúde de família (ESF) da cidade de Porto Alegre, RS, entre os meses de novembro de 2011 e dezembro de 2012.

Participaram do estudo 13 mulheres, observando os critérios de inclusão - com idade igual ou superior a 18 anos, mães de prematuros com idade gestacional de 34 a 36 semanas e 6 dias ao nascimento, cujos bebês pesaram mais de 1500 gramas, não sendo portadores de nenhuma malformação, com alta hospitalar até o 45º dia de vida, e que realizaram o atendimento pré-natal pelo SUS. A seleção das participantes foi realizada a partir da indicação pelos profissionais das unidades de ESF dos nascimentos das referidas áreas, sendo verificados os critérios de inclusão pelas pesquisadoras. Com a finalidade de preservar a identidade das mulheres, estas foram identificadas com nomes fictícios.

A coleta de dados ocorreu por meio de entrevistas semiestruturadas, totalizando 43 entrevistas realizadas no domicílio das participantes no primeiro, terceiro e sexto mês após a alta do bebê da maternidade. A abordagem utilizada nas entrevistas foi do tipo etnográfica, com questões relacionadas à gestação, ao parto, aos atendimentos de saúde e aos cuidados ao prematuro tardio.

O material de análise do presente estudo compreendeu as carteiras de pré-natal das mães dos prematuros tardios e as 43 entrevistas. A análise foi temática etnográfica adaptada por Douglas et al.²⁴, que busca identificar os padrões e temas culturais.

O projeto de pesquisa foi aprovado na Comissão de Pesquisa da Escola de Enfermagem da UFRGS, e no Comitê de Ética em Pesquisa da Prefeitura Municipal de Porto Alegre sob parecer número 001.039956.11.3, de 28-08-2012.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os resultados e sua discussão constituíram dois temas: negligência no cuidado durante a gestação e insuficiência do atendimento pré-natal.

Negligência no cuidado durante a gestação

Neste tema foram incluídos os cuidados e vivências pré-natais relacionados pelas mães, que se constituíram como padrões para o grupo em questão. Como padrões foram observados o início tardio do pré-natal, o desconhecimento sobre a importância dos atendimen-

tos, e a dualidade entre saber se cuidar e não efetivar o cuidado identificado como necessário.

O início precoce do pré-natal é condição essencial para a adequada atenção à gestante, para avaliação inicial dos riscos gestacionais e oportunidade para vincular essa mulher ao atendimento durante toda a gestação^{12,14}. Identificou-se que o início do pré-natal neste estudo variou entre a 6ª e a 33ª semanas de gestação. Das 13 mulheres, observou-se que apenas seis iniciaram o pré-natal com menos de 12 semanas de gestação, e a média de início foi de 14 semanas, o que relativamente se distancia das recomendações atuais. Ressalta-se também a importância dos cuidados no primeiro trimestre de gestação para o transcorrer de uma gravidez saudável^{2,12,25}.

Apesar de perceberem-se grávidas, observa-se que a realização do primeiro atendimento pré-natal ocorreu somente semanas depois, variando entre 2 e 20 semanas entre as informantes. Esses dados corroboram o encontrado em outro estudo, no qual, ao trabalhar com as mulheres a temática da captação do pré-natal, foi identificado que algumas mulheres, apesar de terem certeza da gestação, não sentiram urgência em confirmá-la por exame ou iniciar acompanhamento¹⁸.

Bom, na maioria das vezes, [...] não se importam tanto com o início [...], ou porque demoraram os sintomas e tal. Porque tem gente que nem barriga aparece. (Poliana)

[...] eu acho relaxamento. Ou muitas não estão esperando a gravidez, ou é uma gravidez indesejada, e acabam negando para ver se abortam. (Silvana)

O relatado por essas mulheres reflete a desvalorização desse princípio da gravidez, como se ainda não fosse uma situação plenamente estabelecida. Sabe-se que, para além das alterações psicológicas, orgânicas e fisiológicas acarretadas pela gestação no primeiro trimestre, a ambivalência afetiva entre o querer e o não querer encontra-se presente na maioria das gestações²⁶, e pode influenciar o cuidado dessa mulher em relação a esse período que está vivenciando.

É preciso utilizar o conhecimento sobre a percepção das gestantes a respeito do pré-natal para se construir um saber em comum com as mesmas, explicando suas dúvidas e anseios, e impactando na saúde delas e de seus filhos, individual e coletivamente. Tráspor o que é normativo e prescritivo também é um desafio, uma vez que as próprias gestantes se referem aos cuidados que devem ter durante a gestação como necessários, mas que às vezes não o fazem.

Ah, não pode fumar, não pode beber, não pode usar drogas. Eu continuei [fumando][...] (Eliana)

Ah, não podia caminhar demais, não podia limpeza, não podia fazer isso... Eu fazia de tudo! (Giovana)

As contradições entre as orientações que deveriam ser seguidas, e as que realmente foram, caracteri-

zam esse modo individual de experienciar a gestação. A noção de que cuidados eram necessários está explícita nas falas, mas a transposição desses cuidados em práticas que implicassem em mudança de hábitos individuais tornou-se algo distante. Será que o entendimento que elas têm sobre todo o processo da gestação permite que entendam as relações entre o cuidado que pode e deve ser realizado (e as repercussões que a falta desses cuidados pode ter na saúde perinatal)?

Ressalta-se a importância “do entendimento de que a gestação, além de ser um processo biológico, é também um processo social e cultural”^{27:108}, e compreender esse processo favorece o estabelecimento de uma cooperação entre equipe de saúde e gestante e, possivelmente, a provisão de um cuidado mais adequado ao contexto em que essa mulher vive.

INSUFICIÊNCIA DO ATENDIMENTO PRÉ-NATAL

Neste tema foram relacionadas as intercorrências nas gestações dos prematuros tardios e a reflexões sobre a estruturação do atendimento pré-natal. Os padrões observados foram: o não preenchimento adequado das carteiras de pré-natal; as situações potencialmente evitáveis como favorecedoras da prematuridade tardia; e a dificuldade na comunicação entre a gestante e o profissional pré-natalista.

Alguns aspectos dos registros das carteiras de pré-natal destacaram-se como: a utilização de siglas para efetuar os registros, a prevalência de registros referentes medicamento utilizados e a grafia de difícil interpretação – o que permite se questionar para quem as informações foram registradas, se para o próprio profissional ou para o adequado atendimento à gestante.

Não foram encontrados registros como nome e conselho de classe do profissional responsável pela consulta, ou pelas condutas dela derivadas, considerando-se a necessidade de conscientização por parte dos profissionais em relação a esse aspecto, visto que a carteira de pré-natal é o documento que torna oficial todo o cuidado prestado, e é ela que subsidia muitas das condutas no momento que essa mulher é encaminhada à maternidade.

Nas carteiras de pré-natal, observou-se que a pressão arterial e o peso foram aferidos em todas as consultas registradas. Cabe ressaltar que o peso de início da gestação não estava registrado em oito das carteiras analisadas, sendo parâmetro para acompanhar a evolução da mesma e adequar as orientações quanto à alimentação e atividade física. Em relação à altura uterina e batimentos cardíofetais, estes foram os dados mais prevalentes nas carteiras de pré-natal, mas ainda assim não registrados em todas as consultas. Esses achados apresentam-se similares a pesquisa realizada sobre a atenção pré-natal na rede básica em Pelotas/RS, na qual altura uterina, pressão arterial e peso da gestante foram os dados mais registrados¹⁶. A prevalência maior desses

registros demonstra a valorização de dados mensuráveis (quantitativos) em detrimento de dados subjetivos, como as queixas das gestantes.

A falta de registros relacionados tanto a aspectos qualitativos quanto quantitativos da atenção pré-natal indica lacunas na qualidade do atendimento, uma vez que o registro das observações e condutas é um procedimento simples, que permite ao profissional a retomada com a gestante sobre as combinações realizadas.

Em relação aos exames, estudos ainda têm apresentado baixos percentuais de gestantes que os realizam adequadamente^{14,28}. Na cidade de Rio Grande/RS, em pesquisa com 2557 mulheres, ao avaliarem a rotina de exames, preconizada pelo Ministério da Saúde, os autores identificaram que nenhum dos exames havia sido realizado duas vezes durante o pré-natal²⁸.

Constatou-se que nove informantes efetuaram duas coletas de exames durante a gestação, mas que estas nem sempre observaram os períodos delimitados como recomendáveis. Os prazos entre coleta de exames e retorno para atendimento pré-natal não foram adequados para as intervenções que poderiam ter sido realizadas.

Fiz o tratamento [para infecção urinária] que ela me pediu. Fiz de novo o exame, e deu que estava tudo bem. Só que depois quando eu ganhei o bebê [a infecção] apareceu de novo. (Poliana)

Na carteira de pré-natal dessa depoente, havia registro de exame constatando infecção urinária com 22 semanas e registro de tratamento com 28 semanas de gestação. Após esse episódio, a mesma foi internada com 34 semanas de gestação, apresentando novamente infecção urinária, e o parto ocorreu com 35 semanas e 2 dias. Observou-se, na carteira de pré-natal, o intervalo de 1 mês e 10 dias entre a coleta da primeira urocultura e o início de tratamento antibiótico. Tais relatos expressaram situações negligenciadas no atendimento pré-natal.

Entende-se como necessária a valorização do exame de urina nas rotinas dos atendimentos às gestantes, de forma a conscientizar tanto as mulheres, quanto os profissionais, da importância desse controle e do efetivo acompanhamento quando uma infecção do trato urinário é diagnosticada. A prioridade do atendimento das gestantes nas unidades de saúde favoreceria maior observação, para posterior realização de atividades de controle tais como a busca ativa de gestantes que tivessem realizado o exame, ou daquelas que já estivessem em tratamento.

A ocorrência de sífilis também foi observada nos registros de três informantes desta pesquisa, no entanto a doença foi diagnosticada no pré-natal de duas delas, e na terceira quando a mesma se internou na maternidade.

Como eu tive uma suspeita de sífilis na gravidez, daí que deu sempre resultado 1:2, aí eu sempre fazia esse exame e dava 1:2. [...] no hospital eles alertaram que poderia ter infectado o nenê, que poderia ter tido sífilis na gravidez. [...] Aí deram tratamento para eles [bebês]. (Viviana)

Só no final da gestação que um dos meus exames deu que eu estava com sífilis, daí ela me deu injeção, e para o meu marido também. (Jordana)

A terceira gestante, que não consta nos relatos anteriores, só foi diagnosticada com sífilis na ocasião do parto, e após a alta hospitalar a mesma retornou para a comunidade de origem sem nenhum contato entre os serviços de saúde que a atenderam; nada foi orientado em relação ao tratamento da sífilis para ela e para o companheiro.

Sabe-se que a sífilis é um importante problema de saúde pública, que pode ser evitado e tratado. Seu tratamento adequado com antibioticoterapia é eficaz e de baixo custo²⁹⁻³¹, e que sua incidência na gestação é um indicador da qualidade da atenção pré-natal^{30,32,33}. Deve-se considerar que a sífilis, quando não tratada ou tratada inadequadamente, pode resultar em abortamentos, prematuridade e até natimortalidade³¹, além de determinar uma alta taxa de transmissão vertical, podendo implicar sequelas a curto e longo prazo no desenvolvimento da criança^{32,34}.

Destaca-se também que aspectos relacionados à qualidade do pré-natal têm sido abordados em diversos estudos, e que esse componente pode influenciar os modos como o pré-natal impacta (ou não) na saúde materno-infantil. Ressalta-se nesse componente qualitativo o papel da observação atenta e da escuta às gestantes, que podem sinalizar ao pré-natalista informações relevantes sobre o estado de saúde das mesmas, não apenas no que diz respeito às doenças infectocontagiosas.³⁵

Eu estava com a pressão meio alta, e eles diziam é normal subir um pouquinho, tu vens caminhando né'. [...] eu tinha pressão alta quando eu ia às consultas, mas ele sempre dizia que era normal, que eu estava agitada. Mas sempre foi assim, alta. [...] Aí nas 30 semanas que começou a doideira, e eles começaram a ver que eu passei mal [...], eu inchei mais nas últimas semanas, e aí eu comecei a cair das escadas [...] E o doutor dizia que era normal da gestação, mas não é normal. [...] (Joana)

O relato anterior refere-se a uma situação de potencial agravamento à saúde que não foi considerada inicialmente pelos profissionais que realizaram o atendimento pré-natal. Reforça uma postura profissional que desmerece a escuta e desvaloriza o saber da mulher, ainda que a mesma se encontre em uma situação de vulnerabilidade. Apesar das inúmeras queixas de tontura, fraqueza, visão borrada, entre outros, os profissionais desconsideraram a sintomatologia apontada pela gestante, e essas situações nem registradas estavam na sua carteira de pré-natal.

Sabe-se que os distúrbios hipertensivos na gestação favorecem o nascimento de prematuros^{9,10,36}, aumentam o risco para desfecho perinatal desfavorável³⁷, além de configurarem-se como uma importante causa associada à mortalidade materna^{38,39}. Neste contexto, ressalta-se que o diagnóstico da hipertensão na gestação e as intervenções oportunas podem estar relacionados à maior possibilidade de prevenir complicações para a mãe e para o bebê, quanto mais precoce for esse momento³⁷.

Além disso, é fundamental que a mulher seja partícipe do seu cuidado e entenda a relevância do pré-natal para a prevenção da morbimortalidade materna e perinatal. O pré-natalista deve envolver a mulher no cuidado, informando os motivos dos exames e encaminhamentos, com vistas à gestação saudável, para que este momento não seja apenas interpretado como uma atividade obrigatória, que a gestante não entende bem o porquê.

No dia que eu fui à primeira consulta aqui, que ela viu que estava meio... Um negócio... Eu não sei o que era que estava baixo, aí ela me mandou para o hospital, e eles viram que estava baixo, só que ela não me explicou o que era... (Taciana)

É, eu já sentia que estava grávida, aí comecei no posto, do posto eles me mandaram para o hospital para fazer o pré-natal [...] Não sei te dizer porque me mandaram para o hospital. (Susana)

As dificuldades são evidentes quando as mulheres buscam explicar fatos que ocorreram durante a gestação, como se pode observar nos dois últimos. Eles remetem a questionamentos sobre como as ações de educação em saúde foram ofertadas para essas gestantes, e o que efetivamente as mesmas apreenderam do que lhes foi explicado durante o pré-natal. Apesar de as orientações realizadas pelos profissionais, muitas vezes, serem esquecidas, ou não apreendidas pelas gestantes, ressalta-se o teor negativo salientado pelas mesmas quando se referem a alguns momentos do pré-natal, bem como a falta de clareza nas explicações relatadas.

O fato de terem nascido prematuros tardios foi o que aproximou este estudo da realidade vivida por essas mulheres, realidade essa permeada pela falta de compromisso e indiferença profissional. Questiona-se os papéis e interesses envolvidos nessa relação, entendendo-se que, em princípio, profissional da saúde e gestante têm o interesse comum de garantir a saúde do recém-nascido, mas parece que o investimento que cada um está disposto a oferecer para a consolidação desse interesse é um tanto limitado (pela falta de diálogo, de escuta, de empatia, de vínculo, de compreensão, entre outros).

Apesar de observada durante a pesquisa uma mobilização individual das gestantes para garantir a utilização de alguns recursos como estratégia de melhoria nas condições de saúde e de atendimento pré-natal, ainda assim não foi possível evitar a prematuridade tardia de seus filhos. Prematuridade esta que, embora envolva causas multifatoriais, está relacionada à insuficiência do atendimento pré-natal³⁶.

CONCLUSÃO

Conhecer os cuidados na gestação de mulheres que tiveram prematuros tardios, e seus atendimentos, no âmbito do SUS, pode representar algumas das concepções que as mesmas têm sobre a gestação, configurando-se como uma referência importante para os profissionais que trabalham com a saúde dessa população.

Muitos foram os fatores que contribuíram para o nascimento desses prematuros tardios, e estes devem ser entendidos como nascimentos decorrentes de uma sequência de negligências e insuficiências no transcorrer do pré-natal dessas mulheres. Entender que esses nascimentos não são uma causalidade, fatalidade, ou herança familiar, é parte fundamental para que tanto o serviço de saúde, quanto as gestantes, percebam suas respectivas responsabilidades, e a partir de então seja possível a mudança de atitude.

Vale ressaltar o papel do enfermeiro no referido contexto, como profissional capaz de intervir nesse processo e promover um cuidado mais adequado e direcionado ao cenário em que a mulher vivencia essa gestação. O enfermeiro deve consolidar-se como um elo integrador de práticas que fortaleçam e potencializem as ações e cuidados no atendimento pré-natal, exercendo o papel de escutar as demandas da gestante e transformá-las em um cuidado culturalmente centrado e que priorize a educação em saúde e a autonomia dos envolvidos.

Embora o estudo apresente como limitação ter sido desenvolvido em um único município, e com um reduzido grupo de mulheres (o que impede a generalização dos resultados), considera-se que apresenta a amplitude da temática, a qual foi abordada em apenas pequena parcela de sua complexidade, constituindo-se como tema recorrente, atual e relevante para estudos futuros, visto haver muito a ser feito na prevenção desses nascimentos prematuros, e na qualificação da atenção pré-natal.

REFERÊNCIAS

1. Barros FC, Victora CG, Matijasevich A, Santos IS, Horta BL, Silveira MF et al. Preterm births, low birth weight, and intrauterine growth restriction in three birth cohorts in Southern Brazil: 1982, 1993 and 2004. *Cad Saúde Pública*. 2008; 24(suppl 3):s390-s98.
2. Freitas F, Martins-Costa SH, Ramos JGL, Magalhães JA. Rotinas em Obstetrícia. Porto Alegre(RS): Artmed; 2007.
3. World Health Organization. Born too soon: the global action report on preterm birth. Geneva (Swi): World Health Organization; 2012.
4. Samra HA, Mcgrath JM, Wehbe M. An integrated review of developmental outcomes and late-preterm birth. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs*. 2011 Jul; 40(4):399-411.
5. Procianny RS. Prematuros tardios: epidemiologia e problemas mais comuns. In: Margotto PR. Anais do 34º Congresso Brasileiro de Pediatria; 2009,8-12 Out.; Brasília (DF): Sociedade Brasileira de Pediatria; 2009.
6. Coelli AP, Nascimento LR, Mill JG, Molina MCB. Prematuridade como fator de risco para pressão arterial elevada em crianças: uma revisão sistemática. *Cad Saúde Pública*. 2011; 27(2):207-18.
7. Silveira MF, Santos IS, Barros AJD, Matijasevich A, Barros FC, Victora CG. Aumento da prematuridade no Brasil: revisão de estudos de base populacional. *Rev Saude Publica*. 2008; 42(5):957-64.
8. Carvalho HMB. O recém-nascido pré-termo tardio: os desafios. *Rev Saude Criança Adolesc*. 2011; 3(1):14-8.
9. McIntire DD, Leveno KJ. Neonatal mortality and morbidity rates in late preterm births compared with births at term. *Obstet Gynecol*. 2008 Jan; 111(1):35-41.
10. Assis TR, Viana FP, Rassi S. Estudo dos principais fatores de risco maternos nas síndromes hipertensivas da gestação. *Arq Bras Cardiol*. 2008; 91(1):11-7.

11. Gaiva MAM, Fujimori E, Sato APS. Mortalidade neonatal: análise de causas evitáveis. *Rev enferm UERJ*. 2015; 23(2):247-53.
12. Ministério da Saúde (Br). Atenção ao pré-natal de baixo risco. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2012.
13. Brandão ICA, Godeiro ALS, Monteiro AI. Assistência de enfermagem no pré-natal e evitabilidade de óbitos neonatais. *Rev enferm UERJ*. 2012; 20(esp):596-602.
14. Anversa ETR, Bastos GAN, Nunes LN, Dal Pizzol TS. Qualidade do processo da assistência pré-natal: unidades básicas de saúde e unidades de Estratégia Saúde da Família em município no Sul do Brasil. *Cad Saúde Pública*. 2012; 28(4):789-800.
15. Peixoto CR, Freitas LV, Teles LMR, Campos FC, Paula PF, Damasceno AKC. O pré-natal na atenção primária: o ponto de partida para reorganização da assistência obstétrica. *Rev enferm UERJ*. 2011; 19(2):286-91.
16. Silveira DS, Santos IS, Costa JSD. Atenção pré-natal na rede básica: uma avaliação da estrutura e do processo. *Cad Saúde Pública*. 2001; 17(1):131-9.
17. Coutinho T, Monteiro MFG, Sayd JD, Teixeira MTB, Coutinho CM, Coutinho LM. Monitoramento do processo de assistência pré-natal entre as usuárias do Sistema Único de Saúde em município do Sudeste brasileiro. *Rev Bras Ginecol Obstet*. 2010; 32 (11):563-9.
18. Almeida CAL, Tanaka OY. Perspectiva das mulheres na avaliação do Programa de Humanização do Pré-Natal e Nascimento. *Rev Saude Publica*. 2009; 43(1):98-104.
19. Santos IS, Matijasevich A, Silveira MF, Sclowitz IKT, Barros AJD, Victora CG, et al. Associated factors and consequences of late preterm births: results from the 2004 Pelotas birth cohort. *Paediatr Perinat Epidemiol*. 2008; 22(4):350-9.
20. Premji SS, Currie G, Reilly S, Dosani A, Oliver LM, Lodha AK, et al. A qualitative study: mothers of late preterm infants relate their experiences of community-based care. *PLoS ONE*. 2017; 12(3): e0174419.
21. Bulut C, Gürsoy T, Ovalı F. Short-term outcomes and mortality of late preterm infants. *Balkan Med J*. 2016; 33(2):198-203.
22. Marrocchella S, Sestilli V, Indraccolo U, Rosario F, Castellana L, Masticci AL, Caloet A, et al. Late preterm births: a retrospective analysis of the morbidity risk stratified for gestational age. *SpringerPlus*. 2014; 3:114. doi:10.1186/2193-1801-3-114.
23. Gil AC. Métodos e técnicas de pesquisa social. 6ª ed. São Paulo: Atlas; 2008.
24. Douglas MK, Kemppainen JK, McFarland MR, Papadopoulos I, Ray MA, Roper JM, et al. Research methodologies for investigating cultural phenomena and evaluating interventions. *J Transcult Nurs*. 2010; 21(suppl 1):373S-405S.
25. Ministério da Saúde (Br). Portaria nº 1.459, de 24 de junho de 2011. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2011.
26. Ferreira AIG, Soares V, Nitschke RG, Tholl AD, Muñoz MAGC, Michelin SR. O cotidiano de gestantes: a enfermagem promovendo o ser saudável. *Texto contexto-enferm*. 2014 Out-Dez; 23(4):987-94.
27. Landerdahl MC, Ressel LB, Martins LB, Cabral FB, Gonçalves MO. A percepção de mulheres sobre atenção pré-natal em uma unidade básica de saúde. *Esc Anna Nery*. 2007; 11(1):105-11.
28. Gonçalves CV, Cesar JA, Mendoza-Sassi RA. Qualidade e equidade na assistência à gestante: um estudo de base populacional no Sul do Brasil. *Cad Saúde Pública*. 2009; 25(11):2507-16.
29. Rodrigues CS, Guimarães MDC. Positividade para sífilis em puérperas: ainda um desafio para o Brasil. *Rev Panam Salud Publica*. 2004; 16(3):168-75.
30. Figueiró-Filho EA, Gardenal RVC, Assunção LA, Costa GR, Periotto CRL, Vedovatte CA, et al. Sífilis congênita como fator de assistência pré-natal no município de Campo Grande – MS. *J Bras Doenças Sex Transm*. 2007; 19(3-4):139-43.
31. Campos ALA, Araújo MAL, Melo SP, Gonçalves MLC. Epidemiologia da sífilis gestacional em Fortaleza, Ceará, Brasil: um agravamento sem controle. *Cad Saúde Pública*. 2010; 26(9):1747-55.
32. Leitão E JL, Canedo MCM, Furiatti MF, Oliveira LRS, Diener LS, Lobo MP, et al. Sífilis gestacional como indicador da qualidade do pré-natal no Centro de Saúde nº2 Samambaia-DF. *Com Ciências Saude*. 2009; 20(4):307-14.
33. Araújo MAL, Silva DMA, Silva RM, Gonçalves MLC. Análise da qualidade dos registros nos prontuários de gestantes com exame de VDRL reagente. *Rev APS*. 2008; 11(1):4-9.
34. Mello VS, Santos RS. A sífilis congênita no olhar da enfermagem. *Rev enferm UERJ*. 2015; 25(5):699-704.
35. Costa RF, Santos I, Progiatti JM. Habilidades de enfermeiras obstétricas como mediadoras do processo educativo: um estudo sociopoético. *Rev enferm UERJ*. 2016; 24(4):e18864.
36. Silva AMR, Almeida MF, Matsuo T, Soares DA. Fatores de risco para nascimentos pré-termo em Londrina, Paraná, Brasil. *Cad Saúde Pública*. 2009; 25(10):2125-38.
37. Oliveira CA, Lins CP, Sá RAM, Netto HC, Bornia RG, Silva NR, et al. Síndromes hipertensivas da gestação e repercussões perinatais. *Rev Bras Saude Mater Infant*. 2006; 6(1):93-8.
38. Calderon IMP, Cecatti JG, Vega CEP. Intervenções benéficas no pré-natal para prevenção da mortalidade materna. *Rev Bras Ginecol Obstet*. 2006; 28(5):310-5.
39. Soares VMN, Souza KV, Freygang TC, Correa V, Saito MR. Mortalidade materna por pré-eclâmpsia/eclâmpsia em um estado do Sul do Brasil. *Rev Bras Ginecol Obstet*. 2009; 31(11):566-73.