



ENEPEX

ENCONTRO DE ENSINO,
PESQUISA E EXTENSÃO

8° ENEPE UFGD • 5° EPEX UEMS

FATORES RELACIONADOS À PREMATURIDADE DOS RECÉM-NASCIDOS DE DOURADOS NOS ANOS DE 2011 E 2012

Tháís de Oliveira Barizon¹; Jair Rosa dos Santos²; Cássia Barbosa Reis³

UEMS – ENFERMAGEM - Cidade Universitária de Dourados - Caixa postal 351 - CEP: 79804-970

Telefone: (67) 3902-2360 / Fax: (67) 3902-2364

1 Acadêmica concluinte do curso de Enfermagem. 2 Orientador. 3 Coorientador.

RESUMO

Este estudo tem como objetivo analisar os fatores de risco relacionados à prematuridade de recém-nascidos na cidade de Dourados-MS nos anos de 2011 e 2012. Estudo do tipo caso-controle, retrospectivo, utilizando dados da base Municipal do Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos (SINASC) e Sistema de Informação de Óbitos (SIM). A população do estudo foi composta por 7,422 nascidos vivos, constituindo 5 controles para cada caso. O índice de prematuridade encontrado foi de 17,0% em 2011 e 15,7% em 2012. As mulheres com gestação menor do que 36 semanas apresentaram início do Pré-natal tardio, menos de 6 consultas, baixa escolaridade, idade menor de 18 anos, e os recém-nascidos apresentaram um índice mais elevado de baixo peso e aumento da mortalidade, provável consequência da prematuridade. Os dados encontrados destacam a importância da atividade de enfermagem no pré-natal e no atendimento ao recém-nascido que necessita de cuidados intensivos.

Palavras-chave: prematuridade, gestação, recém-nascido.

INTRODUÇÃO

Para Domingues; Santos; Leal¹ a gravidez e o parto são eventos marcantes na vida das mulheres e de suas famílias. Representam mais do que simples eventos biológicos, já que são integrantes da importante transição do status de “mulher” para o de “mãe”. Embora a

fisiologia do parto seja a mesma, em nenhuma sociedade ele é tratado de forma apenas fisiológica, pois é um evento biossocial, cercado de valores culturais, sociais, emocionais e afetivos.

Desta forma, qualquer ocorrência inesperada irá influenciar tanto na vida da mulher, que idealizou uma gravidez sem intercorrências, quanto na vida do recém-nascido refletindo ainda no sistema de saúde que deverá oferecer uma assistência, por um período prolongado, aumentando desta forma os gastos e influenciando, de forma deletéria os indicadores de saúde.

Considera-se prematuro o recém-nascido com idade inferior a 37 semanas, a termo aquele com idade gestacional entre 37 e 41 semanas e 6 dias e pós-termo quando a gestação alcança período maior que 42 semanas².

Diversos fatores de risco foram associados à prematuridade, idade materna acima de 35 anos ou abaixo de 18 anos, as más condições socioeconômicas, o baixo nível educacional da gestante, o desemprego, o hábito de fumar, o uso de drogas na gestação, a ausência de pré-natal ou número menor do que seis consultas, história de gestações anteriores com ocorrência de abortos, natimortos e prematuros³, cor da pele, tipo de parto, estado civil, tipo de ocupação da mãe, estado nutricional, alteração de peso inadequado e exposição a substâncias tóxicas⁴.

A possibilidade de apresentar seqüela ao longo da vida da criança e o risco de morte ao nascer gera algumas preocupações na família nos primeiros dias de vida. Muitos dos problemas de saúde constatados, como o déficit motor, deficiência de aprendizagem e visual, retinopatia, agitação, paralisia cerebral, tetraplegia espástica, entre outros, foram percebidos e diagnosticados ao longo dos anos, a partir da convivência e dos acompanhamentos médico hospitalar com crianças nascidas pré-termo⁵.

Além das conseqüências fisiológicas, o recém-nascido e a família sofrem por permanecerem afastados nos primeiros dias, devido a internação prolongada até atingir peso e condições favoráveis de saúde. De acordo com estudo realizado em Ribeirão Preto⁶, a separação dos pais em decorrência da internação do neonato na unidade de cuidado intensivo neonatal faz com que sintam tristeza, medo e estresse, pois encontram-se fragilizados e inseguros quanto à vida do recém-nascido.

A prematuridade constitui-se ainda em um grande problema de saúde pública, por tratar-se de um determinante de morbimortalidade neonatal, principalmente em países em desenvolvimento⁷. Crianças prematuras e com baixo peso ao nascer apresentam risco de

mortalidade significativamente superior a crianças nascidas com peso maior ou igual a 2.500g e duração da gestação maior ou igual a 37 semanas⁴.

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), em 2010, nasceram 15 milhões de crianças prematuras em todo o mundo. O Brasil está na décima posição entre os países onde mais nascem prematuros⁸.

Por mais que se conheça os fatores de risco relacionados, prevenir a prematuridade ainda é um grande desafio a toda equipe de saúde, não apenas devido ao conhecimento incompleto dos fatores etiológicos e da fisiopatologia da prematuridade, mas também por envolver fatores educativos, sociais e biopsicossociais, sendo considerado assim como idiopático, sem etiologia identificável⁹.

Desta forma o presente estudo teve como objetivo analisar os fatores de risco relacionados à ocorrência de pré-termos na cidade de Dourados/MS, nos anos de 2011 e 2012.

MATERIAL E MÉTODO

Trata-se de um estudo do tipo caso controle, retrospectivo, utilizando dados da base municipal do Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (SINASC) e Sistema de Informação de Óbitos (SIM), referente aos anos de 2011 e 2012.

A presente pesquisa foi realizada no município de Dourados/MS, 2ª cidade do estado em população, cuja média de nascimentos é de aproximadamente 3000/ano, apresentando taxa bruta de natalidade de 17,0 no ano de 2008¹⁰. A cobertura pelo Sinasc na região centro-oeste se encontra próxima de 100% em quase todas as unidades federativas¹¹.

A população foi composta pelo número de nascidos vivos no período entre 01/01/2011 a 31/12/2012 totalizando 9.253 entre ocorrência e residência, excluindo-se as indígenas e aquelas que apresentassem em branco ou ignorado campos da Declaração de Nascido (DN) referente a semana gestacional. Foram trabalhados todos os dados e definiu-se como caso todos os recém-nascidos com idade gestacional menor de 36 semanas e como controle todos com idade gestacional maior ou igual a 37 semanas, e para cada caso obteve-se 5 controles.

Os dados do SINASC foram exportadas para a planilha no formato xls constituindo um banco de dados com todos os campos da declaração de nascidos vivos. O banco foi dividido em 2: um com os RN prematuro (caso) e outro com os nascidos a termo (controle). A seguir, os campos foram decodificados de acordo com o dicionário do próprio sistema.

Os dados foram analisados através do software Epiinfo 7.1.1.0 para a caracterização descritiva dos grupos (casos e controles), bem como para a análise de correlação entre os fatores de risco descritos na literatura^{3, 4}. As variáveis analisadas serão apresentadas em tabelas e figuras com a frequência absoluta e frequência relativa.

RESULTADOS

O número de recém-nascidos nos anos de 2011 e 2012 foi de 9,253, no entanto a população do estudo foi composta apenas por 7,422 recém-nascidos, devido aos fatores de exclusão, citados anteriormente, constituindo 5 controles para cada caso.

O índice de prematuridade para o ano de 2011 foi calculado em 17,0% diminuindo para 15,7% em 2012, o que mostra uma tendência à queda da prematuridade, considerando o aumento que vinha apresentando, passando de 2,6% para 9,5% no período de 1999 a 2008 respectivamente¹².

Pesquisa realizada pelo Ministério da Saúde observou um discreto aumento na proporção de nascimentos pré-termo de 6,1% para 7,1% de 2000 a 2010⁷. Dados recentes do ano de 2012⁸ mostram que a taxa no Brasil já chega a 9,2%, valores menores se comparados ao que encontramos na cidade de Dourados.

Conforme já comprovado por outros estudos, a prematuridade tem sido um dos fatores responsáveis pela ocorrência de óbitos infantis, principalmente nos primeiros dias de vida. A taxa de mortalidade infantil (TMI) e de seus componentes foi estimada com base nos dados sobre nascimentos do (SINASC) e sobre óbitos infantis do (SIM) para os anos 2011 e 2012, da cidade de Dourados. A TMI é comumente utilizada como indicador do nível de saúde da comunidade. Essa taxa mede o número de óbitos durante o primeiro ano de vida, dividido pelo número de nascidos vivos no mesmo ano¹³.

No Brasil, a TMI vem apresentando tendência constante de queda, com uma redução de 26,6 óbitos infantis por mil nascimentos em 2000 para 16,2/1.000 NV em 2010^{7,14}, valor ainda elevado se comparado com países desenvolvidos que apresentam taxas 3 a 6 vezes menores como Japão e Canadá¹⁴. No município de Dourados a TMI permaneceu com 13,2/1000 e 13,3/1000 nos anos de 2011 e 2012.

DISCUSSÃO

As denominações referentes ao peso ao nascer, foram separadas em faixas, o recém-nascido que apresenta peso acima de 4.000g foi definido como macrossômico, entre 2,500-3.999g como normal, baixo peso entre 1.500-2.500g, muito baixo peso menor de 1.500g e extremo baixo peso menor de 1.000g¹⁵. De acordo com a OMS toda criança nascida com menos de 2,500kg é classificada como baixo peso¹⁶.

Tabela 1. Fatores de risco extrínsecos, relacionados à assistência a saúde da gestante, separados por tempo de duração da gestação, da cidade de Dourados nos anos de 2011/2012.

Fatores de risco	<36				>36			
	2011		2012		2011		2012	
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
Peso								
Macrossômico	5	1,0	6	0,8	129	5,4	184	4,8
Normal	254	52,5	354	49,3	2,133	89,8	3,482	90,5
Baixo peso	172	35,5	265	36,9	109	4,7	174	4,6
Muito baixo peso	31	6,5	59	8,3	2	0,1	5	0,1
Extremo baixo peso	22	4,5	34	4,7	-	-	-	-
Início do Pré-Natal								
1° Trimestre	349	72,0	547	76,2	1.882	79,3	3.109	81,0
Após 1° Trimestre	118	24,5	171	23,8	446	18,9	736	19,0
Ignorado	17	3,5	-	-	45	1,8	-	-

Consultas de

Pré – Natal

< 6 consultas	160	33,3	282	39,4	351	14,9	587	15,3
> 6 consultas	324	66,7	436	60,6	2.022	85,1	3.258	84,7

O baixo peso ao nascer, menor de 2.500g, como mostra a tabela 1 apresenta um elevado número, ao se referir a crianças nascidas pré-termo 46,5% a 49,9% nos anos de 2011 e 2012 respectivamente, ao contrário das nascidas a termo onde este valor diminui para 4,8% nos mesmos anos, indo de encontro a outros estudos que definem a ocorrência de prematuridade e/ ou restrição do crescimento intra-uterino como principais fatores de risco para o baixo peso^{16,17} além de se encontrarem entre os fatores de risco para mortalidade significativamente superior a crianças nascidas com peso maior ou igual a 2.500g e duração da gestação maior ou igual a 37 semanas^{3,4,18,19,20}.

Os índices de recém-nascidos com peso normal em mulheres com parto pré-termo apresentou pequena diminuição permanecendo com percentual de 50,0%. De acordo com estudos realizados nas cidades de São Paulo e Rio de Janeiro, mulheres que realizaram menos do que 6 consultas no pré-natal tiveram mais chances de ter filhos com baixo peso, indicando que a atenção ao pré natal contribuiu significativamente no peso ao nascer^{4,18}. O pré-natal propicia a gestante um cuidado maior com a própria saúde e adoção de hábitos de vida saudáveis para si e para seu filho, assim como possibilita prevenção de agravos⁴.

A realização do pré-natal pelas gestantes é uma das atividades da atenção básica onde se mais tem investido a fim de evitar que problemas no decorrer da gestação interfiram na qualidade de vida tanto da mãe quanto do recém-nascido. Desta forma, o Ministério da Saúde lançou algumas estratégias para que a atenção primária consiga realiza-lo de forma adequada, uma delas se volta para o calendário de consultas do pré-natal que deve ser programado em função dos períodos gestacionais que determinam maior risco materno e perinatal. Deve ser iniciado no 1º trimestre e ter um mínimo de 6 consultas, sendo uma no primeiro trimestre, duas no segundo e três no último trimestre²¹.

Estratégia esta que permite que a atenção primária identifique as gestantes com ausência no pré-natal e tente de alguma maneira atraí-la. O presente estudo demonstra

aumento do número de gestantes que iniciarem o pré-natal já no 1º trimestre, indicando uma maior conscientização das mulheres sobre a importância do pré-natal.

O número ainda elevado de mulheres com menos de 6 consultas, não deve ser analisado de forma isolada, pois deve-se considerar que a gestante com menos de 37 semanas teve menos chances de realizar as consultas⁴. Contudo deve se atentar ao valor de 15,0% para as mulheres que não realizaram o atendimento pré-natal conforme o preconizado, por iniciá-lo tardiamente ou por dificuldade de seguir corretamente o cronograma de consultas, o que mostra a necessidade da continuação dos programas de incentivo ao pré-natal.

Dados do estudo realizado na Bahia²², a ausência no pré-natal teve relação direta com a gravidez na adolescência e 1º grau incompleto, por associar o baixo nível de escolaridade com a falta de informação e a idade como fator psicológico onde a mulher pode ter dificuldade de assumir a gestação devido a conflitos familiares. Dados que não podem ser afirmados neste estudo pois apenas 6,3% das mulheres apresentam 1º grau incompleto e 47,3% superior completo, demonstrando uma maior facilidade de acesso a Universidade²³.

Em relação à idade o número de mulheres com menos de 18 anos sofreu um aumento de 5 % no ano de 2011 para 2012 entre as mulheres com parto pré-termo, índice maior do que nas mulheres que apresentam parto a termo, esta realidade evidencia a necessidade de programas que abordem sobre educação sexual com os jovens. A influência da adolescência sobre a prematuridade não se apresenta de maneira unânime com divergência de resultados nos diversos locais pesquisados, como pode se observar em estudo realizado nas cidades de Guarapuava – PR e São Paulo- SP com prevalência de 34% dos casos. A idade é apontada como fator de risco, por se considerar que o corpo da mulher ainda não está totalmente desenvolvida para a gestação^{24, 25,26}.

Tabela 2. Fatores de risco intrínsecos, imutáveis, referente às características de vida da gestante, separados por tempo de duração da gestação de mulheres residente na cidade de Dourados, nos anos de 2011/2012.

Fatores de risco	< 36				> 36			
	2011		2012		2011		2012	
	nº	%	nº	%	nº	%	nº	%

Idade da mãe

< 18 anos	64	13,2	129	18,0	220	9,3	361	9,4
> 35 anos	50	10,3	57	6,5	193	8,1	333	6,5
Estado Civil								
Solteira	208	43,1	442	61,6	996	41,9	2.161	56,2
Casada	140	29	199	27,7	895	37,7	1.351	35,1
Viúva/ divorciada	7	1,4	13	1,8	30	1,2	60	1,5
União estável	127	26,3	63	8,8	444	18,8	272	7,0
Ignorado	2	0,2	1	0,1	8	0,3	1	0
Escolaridade								
Ens. Fundamental	27	5,5	38	6,3	11	4,7	124	3,2
Ens. Médio	145	30	199	27,8	502	21,2	835	21,7
Sup. Completo	220	45,5	339	47,3	1.168	49,3	1.937	50,4
Sup. Incompleto	92	19	140	19,5	588	24,8	945	24,6
Cor da pele								
Branca	191	39,4	328	45,6	1.068	45,2	1.855	48,2
Preta	10	2,0	17	2,4	54	2,3	90	2,3
Parda	283	58,4	373	52,0	1.238	52,5	1.900	49,5
Ocupação								
Professora	6	1,2	23	3,2	60	2,5	118	3,1
Secretária	6	1,2	7	1,0	65	2,7	82	2,1
Doméstica	11	2,3	18	2,5	38	1,6	124	3,2

Vendedora	7	1,4	22	3,1	63	2,7	116	3,0
Estudante	34	7	56	7,8	160	6,8	252	6,6
Do Lar	326	67,4	429	59,8	1.420	59,9	2.051	53,4
Outras	94	19,5	163	22,6	1.806	23,8	1.102	28,6

O estado civil é outro dado importante de ser analisado, visto que interfere na formação da família e na maneira como esta vai lidar com as dificuldades e desafios da gravidez e problemas que possam surgir. Ramos²⁵ encontrou 37% de mulheres casadas e 51% de solteiras, o que indica que a maioria das mães não tem apoio de um companheiro e, portanto, não tem com quem dividir ou compartilhar suas dificuldades e responsabilidades. Essa realidade evidencia as mudanças estruturais que a família vem passando ao longo dos anos, motivada pelas condições sociais, econômicas e culturais, não apresentando na atualidade, em sua maioria, uma composição paternalista. Este estudo corrobora com a pesquisa de Ramos²⁵, onde o índice de mulheres solteiras aumentou em 18% nas mulheres que tiveram parto pré-termo e apenas 5% nas com parto a termo. Os dados de estado civil não são unânimes, tal qual mostra o trabalho de Bezerra; Oliveira; Latorre²⁷ no qual 71,3% das mulheres apresentavam companheiro e ainda assim tiveram partos com idade gestacional <37 semanas.

Segundo Ramos; Cuman²⁵ a cor da pele é caracterizada como fator de risco devido associação entre diferença étnica e condição socioeconômica que poderia interferir no acesso ao conhecimento e serviço de saúde. Esta pesquisa obteve índice de 45,6% de mulheres brancas e 52,0% de pardas, considerando que este dado é inserido na DN mediante declaração da mulher. De acordo com Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), cor ou raça é característica declarada pelas pessoas de acordo com as seguintes opções: branca, preta, amarela, parda ou indígena. E em 2010 a região Centro-Oeste contava com índice de 46,2% de pessoas brancas e 49,4% de pardas, o que explica a prevalência destas raças na cidade de Dourados.

A ocupação profissional associado ao tipo de atividade realizada pela mulher, que possa demandar maior esforço físico, permanecer muito tempo em pé, nível de remuneração, características que possam interferir no bom andamento da gestação, prevaleceu com 60% a ocupação de do lar, diminuindo para 53% ao se tratar de mulheres com parto a termo, o que indica ausência de remuneração, e se manteve elevado nas duas situações, indicando a

ausência da mulher no mercado de trabalho, o que corrobora com outros estudo onde 71% das mulheres exercem apenas atividade do lar^{25, 28}.

Na pesquisa realizada por Araujo; Tanaka³ houve uma pequena diferença entre a presença de história de aborto anterior em mulheres que tiveram partos a termo com 12,2% aumentando para 20,6% ao se referir as mulheres com parto pré-termo, diferindo do presente estudo onde a faixa se manteve semelhante com 15,6% e 16,9% respectivamente.

Na figura 1, observa-se que o número de cesarianas se manteve elevado em todas as situações, contrariando o preconizado pela OMS que em 1985 declarou que não há justificativa para qualquer região apresentar taxa de parto cesariana superior a 10-15%²⁹

A cesariana traz benefícios a gestantes e recém-nascidos quando sua indicação é bem determinada. Entretanto, sua utilização tem aumentado desde a década de 1970 a níveis injustificáveis pelas indicações médicas, com repercussões negativas, econômicas e de saúde^{30,31}.

Para as gestantes que iniciam o trabalho de parto prematuro têm-se como indicação de realização de cesariana os casos em que há apresentação pélvica, sofrimento fetal agudo, descolamento prematuro de placenta²⁷, condições onde o parto normal ofereça risco a saúde da mulher e do feto. Estudo sugere que há uma relação maior de prematuridade por cesariana do que por parto vaginal⁷.

A cesariana esta associada como fator de risco para prematuridade por considerar que as altas taxas de cesariana evidenciadas podem levar a interrupção da gravidez precocemente, por ser realizada na maioria dos casos com data marcada sem que a gestante apresente sinais que indique o início do trabalho de parto, o que pode levar a prematuridade iatrogênica por se subestimar a idade gestacional^{17,32}.

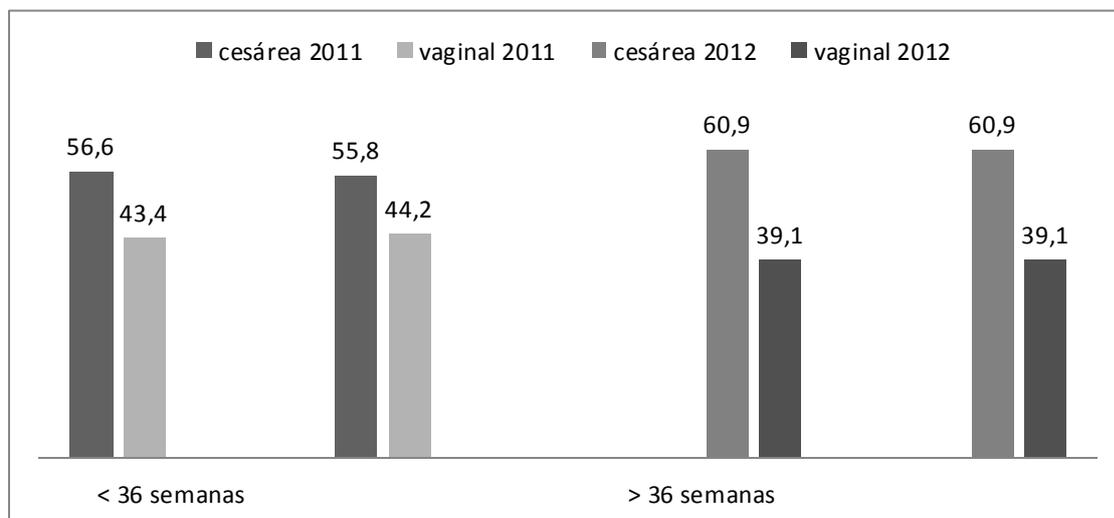


Figura 1. Prevalência dos tipos de parto de acordo com a idade gestacional, separados por ano, duração da gestação e ocorrência de parto cesárea ou vaginal, na cidade de Dourados referente aos anos de 2011 e 2012.

Ao analisar a tabela 3 pode-se perceber a prevalência 56,6% aumentando para 58,0%, dos óbitos ocorridos em crianças que nasceram de forma prematura, contra 35,4% de nascimentos a termo nos anos de 2011 e 2012 respectivamente.

Dados da coorte de 2004 em Pelotas mostram que, ao contrário do verificado em países desenvolvidos, crianças com idades gestacionais entre 34 e 36 semanas – os pré-termos limítrofes – apresentam risco cinco vezes maior de morrer durante o primeiro ano de vida do que crianças nascidas a termo, mesmo após ajuste para morbidade materna e fatores sociodemográficos. Embora a tendência crescente à prematuridade observada no Brasil esteja principalmente restrita a esta faixa de pré-termos limítrofes, suas consequências para a mortalidade infantil são substanciais³³.

Tabela 3. Frequência de óbitos neonatais, separados conforme tempo de duração da gestação, em neonatos da cidade de Dourados nos anos de 2011 e 2012.

IG em semanas	2011		2012	
	Nº	(%)	Nº	(%)
Menor de 22	3	4,9	2	3,2
22 a 27	10	16,2	7	12,9
28 a 31	10	16,2	11	17,8
32 a 36	12	19,3	15	24,1
37 a 41	22	35,4	22	35,4
Ignorado	5	8,0	4	6,5
Total	62	100	61	100

Até o ano de 1990 a TMI se concentrava no período pós-neonatal (28 dias a 1 ano) e hoje já se concentra no período neonatal que se divide em precoce (0- 6 dias) e tardio (7-27 dias), correspondendo a cerca de 70% do quadro de mortalidade¹⁴, diversos autores

associaram esta mudança com as medidas preventivas voltadas para as crianças com mais de 30 dias que ia a óbito devido as doenças infecciosas e parasitárias da época¹⁸, e o aumento da prematuridade e do baixo peso ao nascer que se apresentam como os fatores mais importantes na determinação da mortalidade neonatal precoce^{3,4,19,20}.

O presente estudo corrobora com a literatura citada no qual a concentração de óbito infantil permaneceu na faixa de neonatal precoce com 53% em 2011 e 54% em 2012.

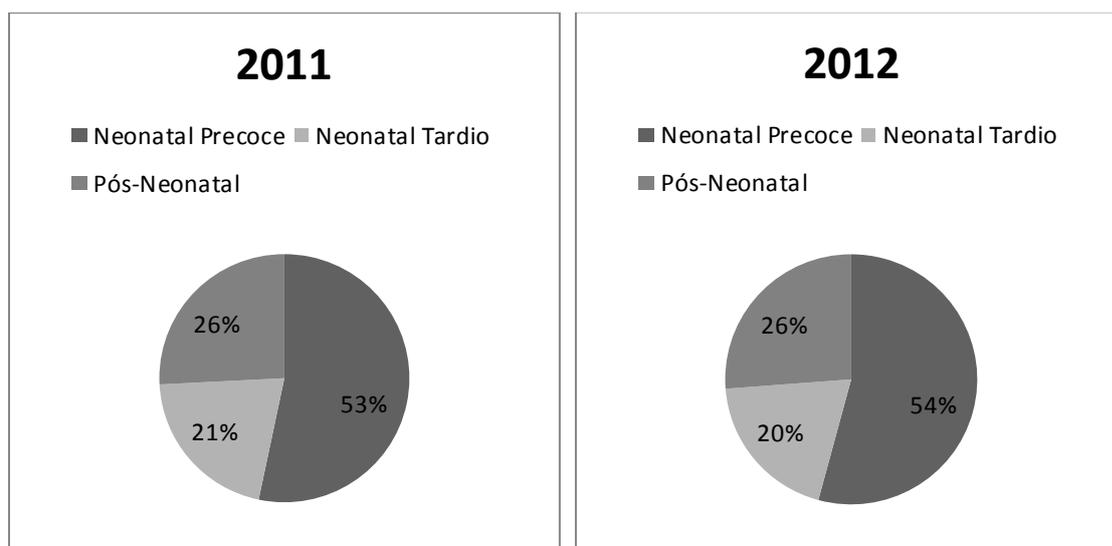


Figura 2. Distribuição do número de óbitos conforme tempo de vida, seguindo a classificação definida pelo Ministério da Saúde de crianças nascidas na cidade de Dourados-MS, nos anos de 2011-2012.

Os fatores relacionados à ocorrência do parto prematuro são inúmeros e podem acompanhar a mulher durante toda sua vida, por se tratar de um evento que sofre interferência não só de más condições de saúde, mas também de fatores sociais, econômicos e educacionais, e acaba muitas vezes por gerar na mulher sentimentos de medo e frustração, pela maior possibilidade de ter um filho que ao nascer necessite de cuidados intensivos, que possa no seu desenvolver apresentar sequelas ou ainda ir a óbito devido à impossibilidade de completar a maturação dos órgãos antes do nascimento. Assim se faz necessário o levantamento de dados sobre os principais fatores de risco que levam as gestantes, evoluírem para o trabalho de parto prematuro para que se possa eventualmente instaurar e promover medidas preventivas, que possibilitem a mudança no cenário da prematuridade.

As mulheres com gestação menor do que 36 semanas, apresentaram índices mais elevados quando comparado as mulheres com gestação maior que 37 semanas nos seguintes

fatores, início do pré-natal tardio, realização de menos de seis consultas, maior número de mulheres solteiras, baixa escolaridade, idade inferior a 18 anos, ocupação de Do lar, prevalência de recém-nascidos com baixo peso, e grande influência sobre o número de óbitos infantis ocorridos até um ano. Entre as variáveis que não sofreram muita alteração pode-se citar o tipo de trabalho de parto, no qual a cesariana permaneceu com índice menor nas mulheres que tiveram parto prematuro, porém com valores muito a cima do preconizado, e a cor da pele que permaneceu sem muitas diferenças entre as mulheres.

O presente estudo considera a necessidade de novas pesquisas, que possam investigar de uma forma mais abrangente todos os fatores que possam levar a prematuridade, visto que esta pesquisa ficou restrita aos dados fornecidos pelo banco de dados do SINASC, que não abrange todos os fatores relacionados à prematuridade. E destaca principalmente a importância do serviço de Enfermagem tanto na atenção primária, responsável pela realização do pré-natal, momento este que pode ser crítico para tomada de decisões que atuem na prevenção de agravos, quanto na alta complexidade, no momento da realização do parto, acolhimento da gestante, identificação de problemas e adequada assistência ao recém-nascido prematuro que necessitara de cuidados mais avançados. Enfatizando-se assim a importância da capacitação dos profissionais da unidade de terapia intensiva, provável local deste, para que estes possam prestar a adequada e diferenciada assistência que o recém-nascido de forma prematura irá requerer.

REFERÊNCIAS

1. ARAUJO BF, TANAKA ACA. Fatores de risco associados ao nascimento de recém-nascidos de muito baixo peso em uma população de baixa renda. *Caderno de Saúde Pública*. 2007; 23(12): 869-877.
2. ARRUDA DC, MARCON SS. Experiência da família ao conviver com sequelas decorrentes da prematuridade do filho. *Revista Brasileira de Enfermagem*. 2010; 63(4): 595-602.
3. BAQUIÃO I. Trabalho de parto prematuro: fatores de risco e estratégias para sua predição e prevenção. [Trabalho de Conclusão de Curso]. Campos Gerais (MG): Universidade Federal de Minas Gerais; 2011.
4. BARROS FC, et al. Saúde materno-infantil em Pelotas, Rio Grande do Sul, Brasil: principais conclusões da comparação dos estudos das coortes de 1982 e 1993. *Caderno de Saúde Pública*. 1996; 12(1): 87-92.
5. BARROS FC, et al. Preterm births, low birth weight, and intrauterine growth restriction in three birth cohorts in Southern Brazil: 1982, 1993 and 2004. *Caderno de Saúde Pública*. 2008; 24(3): 390-398.
6. BETRÁN AP, et al. Rates of caesarean section: analysis of global, regional and national estimates. *Paediatric and Perinatal Epidemiology*. 2007; 21(1): 98 – 113.

7. BEZERRA LC, OLIVEIRA SMJV, LATORRE MRDO. Prevalência e fatores associados à prematuridade entre gestantes submetidas à inibição de trabalho de parto prematuro. *Revista Brasileira Saúde Materno Infantil*. 2006; 6(2): 223-229.
8. BONITA R, BEAGLEHOLE R, KJELLSTROM T. *Epidemiologia Básica*. 2ª Ed. São Paulo: Santos; 2010.
9. BRASIL. Secretaria de Assistência a Saúde. Coordenação Materno Infantil. Manual de assistência ao recém-nascido. Brasília: Ministério da Saúde; 1994.
10. BRASIL. Caderno de Informação em Saúde -2008 [acessado em 20. set. 2013]. Disponível em <http://tabnet.datasus.gov.br/tabdata/cadernos/cadernosmap.htm>
11. BRASIL. Secretaria de Vigilância em Saúde. Mortalidade Infantil no Brasil: tendências, componentes e causas de morte no período de 2000 a 2010. In: *Saúde Brasil 2011: uma análise da situação de saúde e a vigilância da saúde da mulher*. Brasília: Ministério da Saúde; 2011.
12. BRASIL. Coordenação Geral de Informações e Análise Epidemiológica. Consolidação do Sistema de Informação sobre Nascidos vivos – 2011. Brasília: Ministério da Saúde; 2013
13. BRASIL. Agência Brasil. Quase 12% dos partos feitos no Brasil são prematuros. 2013 [acessado em 10. set. 2013]. Disponível em <http://agenciabrasil.ebc.com.br/>.
14. BRASIL. Informações em Saúde [acessado em 20. set. 2013]. Disponível em <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/deftohtm.exe?sinasc/cnv/nvms.def>.
15. BRASIL. Secretaria de Atenção a Saúde. Pré-natal e Puerpério: atenção qualificada e humanizada. Caderno nº 5. Brasília. Ministério da Saúde; 2005.
16. CARNIEL EF, ZANOLLI ML, ANTONIO MAM, MORCILLO AM. Determinantes do baixo peso ao nascer a partir da Declarações de Nascidos Vivos. *Revista Brasileira de Epidemiologia*. 2008; 11(1): 169-179.

17. CASCAES AM, GAUCHE H, BARAMARCHI FM, BORGES CM, PERES KG. Prematuridade e fatores associados no Estado de Santa Catarina, Brasil, no ano de 2005: análise dos dados do Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos. *Caderno de Saúde Pública*. 2008; 24 (5): 1024-1032.
18. COSTA MCO, SANTOS CAT, SOBRINHO CL, FREITAS JO, FERREIRA KASL. Indicadores materno-infantis na adolescência e juventude: sociodemográfico, pré-natal, parto e nascidos-vivos. *Jornal de Pediatria*. 2001; 77 (3): 235-242.
19. COUTINHO PR, CECCATI JG, SURITA FG, SOUZA JP, MORAIS SS. Factors associated with low birth weight in a historical series of deliveries in campinas, Brazil. *Revista da Associação Médica Brasileira*. 2009; 55(6): 692-699.
20. DOMINGUES RMSM, Santos EM, Leal MC. Aspectos da satisfação das mulheres com a assistência ao parto: contribuição para o debate. *Caderno de Saúde Pública*. 2004; 20(1): 52-56.
21. FRAGA DA, LINHARES MBM, CARVALHO AEV, MARTINEZ FE. Desenvolvimento de bebês prematuros relacionado a variáveis neonatais e maternas. *Psicologia em Estudo*. 2008; 13(2): 335-344.
22. FRANÇA E, LANSKY S. Mortalidade infantil neonatal no Brasil: situação, tendências e perspectivas. In: Rede Interagencial de Informação para a Saúde (RIPSA). *Demografia e saúde: contribuição para análise de situação e tendências*. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde; 2009. p.83-112.
23. FREITAS F, COSTA SHM, RAMOS JGL, MAGALHÃES JA. *Rotinas em Obstetrícia*. 5ª Ed. Porto Alegre: Artmed; 2006.

24. FREITAS AASM. Acesso ao ensino superior: estudo de caso sobre características de alunos do ensino superior privado. Revista da Universidade Federal de Goiás. 2010.
25. IBGE. Instituto Brasileira de Geografia e Estatística. Aspectos Demográficos- Informações gerais. 2010. [acessado em 10 de Outubro de 2013]. Disponível em <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/condicaodevida/indicadoresminimos/defaulttab.shtm>.
26. KILSZTAIN S, ROSSBACH A, CARMO MSN, SUGAHARA GTL. Assistência pré-natal, baixo peso e prematuridade no Estado de São Paulo, 2000. Revista de Saúde Pública. 2003; 37(3): 303-310.
27. NETO OLM, BARROS MBA. Fatores de risco para mortalidade neonatal e pós-neonatal na Região Centro-Oeste do Brasil: linkage entre bancos de dados de nascidos vivos e óbitos infantis. Caderno de Saúde Pública. 2000; 16(2): 477-485.
28. PADUA KS, OSIS MJD, FAÚNDES A, BARBOSA AH, FILHO OBM. Fatores associados a cesariana em hospitais brasileiro. Revista de Saúde Pública. 2010; 44(1): 70-79.
29. PATAH LEM, MALIK AM. Modelos de assistência ao parto e taxas em diferentes países. Revista de Saúde Pública. 2011; 45(1): 185-194.
30. RAMOS HAC, CUMAN RKN. Fatores de risco para prematuridade: pesquisa documental. Escola Anna Nery Revista de Enfermagem. 2009; 13(2): 297-304.
31. SCOCHI CGS, KOKUDAY MLP, RIUL MJS, ROSSANEZ LSS, FONSECA LMM e LEITE AM. Incentivando o vínculo mãe-filho em situação de prematuridade: as intervenções de enfermagem no Hospital das Clínicas de Ribeirão Preto. Revista Latino Americano de Enfermagem. 2003; 11(4): 539-543.

32. SILVEIRA MF, SANTOS IS, BARROS AJD, MATIJASEV ICH A, BARROS FC, VICTORA CG. Aumento da prematuridade no Brasil: revisão de estudos de base populacional. *Revista de Saúde Pública* 2008;42(5): 957-64.

33. SOUZA ABG. *Enfermagem Neonatal cuidado integral ao recém-nascido*. 1ª ed. São Paulo; Martinari, 2011.

34. SUZUKI CM, CECCON MEJ, FALCÃO MC, VAZ FAC. Análise comparativa da frequência de prematuridade e baixo peso entre filhos de mães adolescentes e adultas. *Revista Brasileira de Crescimento e Desenvolvimento Humano*. 2007; 17(3): 95-103.

