

PREVALÊNCIA DE RECÉM-NASCIDOS PREMATUROS E FATORES DE RISCOS ASSOCIADOS EM UMA MATERNIDADE REFERÊNCIA ESTADUAL DE ATENÇÃO À GESTANTE DE ALTO RISCO NO PERÍODO 1º A 25 DE MARÇO DE 2015

PREVALENCE OF INFANTS AND THE RISK FACTORS ASSOCIATED WITH PREMATURITY IN A STATE MATERNITY HOSPITAL SPECIALIZED IN RISKY PREGNANCY DURING THE PERIOD FROM 1ST UP TO MARCH 25TH

Melissa Carleti*

Sergio Kakuta Kato**

Emerson Matheus Silva Lourenço***

Débora Fernandes Coelho****

RESUMO

A prevalência de partos prematuros no Brasil é de 11,7%, ocupando a vaga de décimo lugar entre os países que mais nascem prematuros, conforme Organização Mundial da Saúde. A prematuridade é multifatorial, em que há relação com aspectos socioeconômicos, psicossociais e biológicos, tendo influência das características maternas, condições da gestação, fatores ambientais. O nascimento pré-termo ocasiona complicações à saúde do recém-nascido, como doença da membrana hialina, hemorragia intracraniana, enterocolite necrotizante, retinopatia da prematuridade, sepse de início precoce e de início tardio, distúrbios respiratórios. O objetivo do estudo foi verificar a prevalência de recém-nascidos prematuros em uma maternidade referência estadual de atenção à gestante de alto risco, com uma amostra constituída por 234 recém-nascidos e suas respectivas mães, na cidade de Porto Alegre, Rio Grande do Sul, durante o mês de março de 2015. A prematuridade foi de 12% (28) dos nascimentos. Identificou-se como fatores de risco para a prematuridade a escolaridade materna e doença hipertensiva na gestação. Verificou-se que os prematuros nasceram com medidas antropométricas menores, necessitando de mais procedimentos invasivos, exames laboratoriais e de imagem; e, ainda, necessidade do uso de CPAP nasal e baby puff. Por isso, o encaminhamento dos prematuros com mais frequência à Unidade de Neonatologia. Conclui-se que há necessidade de conhecer a prevalência e os possíveis fatores associados à prematuridade para prestar um atendimento qualificado.

PALAVRAS-CHAVE

Enfermagem materno-infantil. Prematuro. Fatores de risco.

ABSTRACT

The prevalence of preterm births in Brazil is of 11.7%, occupying the tenth position among the countries where babies are born prematurely, according to the World Health Organization. Prematurity is a multifactorial event being related to socioeconomic, psychosocial and biological aspects, suffering the influence of maternal characteristics, gestational conditions and environmental factors. Preterm birth leads to complications of the newborn's health, such as hyaline membrane disease, intracranial hemorrhage, necrotizing enterocolitis, retinopathy of prematurity, early-onset and late-onset sepsis, respiratory disorders. The objective of this study is to verify the prevalence of preterm newborns in a state maternity hospital specialized in risky pregnancy in the city of Porto Alegre, state of Rio Grande do Sul, with a sample consisting of 234 newborns and their respective mothers in 2015 during the month of March. Preterm birth represents 12% (28) of all births. Maternal schooling and hypertensive disease during pregnancy were identified as risk factors for prematurity. It was verified that the premature infants were born with smaller anthropometric measurements, requiring more invasive procedures, laboratory and imaging exams; and the use of nasal CPAP and baby puff. Therefore, premature infants are referred more often to the Neonatal Unit. It is concluded that there is a need to know the prevalence of premature births and the possible factors associated with prematurity to provide them with special care.

KEYWORDS

Maternal and child nursing. Preterm infant. Risk factors.

*Enfermeira. Especialista em Adulto Crítico. HMV.

**Estatístico. Mestre em Epidemiologia (UFRGS). Docente – UFCSPA.

***Enfermeiro. Especialista em Terapia Intensiva. ISCMPA.

****Enfermeira. Doutora em Enfermagem (UFRGS). Docente – UFCSPA.

Correspondência

E-mail: *mel.carleti@gmail.com | **sergiokakutakato@gmail.com | ***emersonmatheus05@gmail.com | ****debynh@gmail.com

INTRODUÇÃO

O nascimento pré-termo é definido quando o parto ocorre antes de 37 semanas concluídas de idade gestacional. A prematuridade é classificada em moderada a tardio quando o nascimento ocorre entre 32 a 36 semanas; muito prematuro, entre 28 a 32 semanas e, ainda, extrema, quando o parto ocorre com menos de 28 semanas (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2016).

O nascimento prematuro é a principal causa de morbidade e mortalidade infantil. Em 2013, nos Estados Unidos, 36% de 8.470 óbitos infantis foram atribuídos à prematuridade (SHAPIRO-MENDOZA et al., 2016). No Brasil, a mortalidade abaixo de 1 ano é de 16/1000 nascidos vivos, sendo que 70% ocorre nos primeiros 28 dias de vida neonatal (UNITED NATIONS INTERNATIONAL CHILDREN'S EMERGENCY FUND, 2013).

A World Health Organization estima que a cada ano, aproximadamente, 15 milhões de recém-nascidos serão prematuros. Em 2015, nos Estados Unidos da América, um a cada dez nascimentos foram recém-nascidos prematuros (CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION, 2016; WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2016). No Brasil, a prevalência de nascimentos pré-termo é de 11,7% em relação aos demais partos realizados, próximo ao valor dos países considerados de baixa renda, que é de 11,8%, ocupando a vaga de décimo lugar na classificação entre os países em que mais nascem prematuros. Nas regiões sul e sudeste, as mais desenvolvidas do país, aparecem, porém, as maiores taxas, respectivamente, 12% e 12,5% (UNITED NATIONS INTERNATIONAL CHILDREN'S EMERGENCY FUND, 2013).

O motivo da prematuridade é multifatorial, contudo suas causas ainda não estão bem definidas. Mas, sabe-se que há relação

com aspectos socioeconômicos, psicossociais e biológicos, tendo influência das características maternas, condições da gestação, fatores ambientais, tabagismo, uso de álcool e/ou outras drogas (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2016; SHAPIRO-MENDOZA et al., 2016; VETTORE et al., 2013).

Os riscos ao prematuro aparecem logo ao nascimento e estão relacionados ao seu peso e idade gestacional. Isso, devido ao fato de apresentarem o desenvolvimento incompleto de órgãos como pulmões, cérebro, limitações da função renal e imaturidade da função hepática que podem levar a sérios comprometimentos e intercorrências (GRAVENA et al., 2013; SASSA et al., 2014). Alguns agravos ao prematuro incluem a hemorragia intraventricular, leucomalácia periventricular, displasia broncopulmonar, enterocolite necrotizante e deficiências cognitivas e motoras ao longo da vida (DOELLINGER et al., 2017; VETTORE et al., 2013).

Com a finalidade de proporcionar o cuidado integral à saúde das mulheres e, conseqüentemente, acompanhar o crescimento e desenvolvimento fetal com vistas ao nascimento a termo, é essencial conhecer os fatores de risco associados à prematuridade. Assim, o enfermeiro, junto com a equipe de saúde, poderá organizar um plano de cuidado visando prevenir e prestar um cuidado de qualidade diante dessa situação. Nesse contexto, desenvolveu-se este estudo com o objetivo de verificar a prevalência de recém-nascidos prematuros e os fatores associados.

MÉTODOS

O estudo transversal foi realizado em uma maternidade referência estadual de

atenção à gestante de alto risco na cidade Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil. A população constituiu-se de recém-nascidos e suas respectivas mães. Os critérios de inclusão foram os recém-nascidos e suas mães internados na maternidade. Como excluídos, aparecem os recém-nascidos gemelares, uma vez que a gestação múltipla é fator de risco clássico de prematuridade e mulheres menores de 18 anos sem responsável legal para assinar o termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE) ou que não eram emancipadas.

A amostra foi constituída de 234 binômios mãe-filho com base na prevalência de prematuridade de 12%, conforme dados da Unicef e uma população de 3000 nascimentos/ano segundo a chefia do serviço, com margem de erro de 4% e nível de confiança de 95%.

Os dados foram coletados por meio de um questionário estruturado, a partir da revisão dos prontuários eletrônicos e entrevista com as parturientes. O pesquisador foi, diariamente, no período de 1^o a 25 de março de 2015 no Centro Obstétrico averiguar os nascimentos ocorridos no dia, a partir do livro de registro de nascimento disponível na unidade. As coletas de dados ocorriam da seguinte forma:

- O pesquisador direcionava-se ao alojamento conjunto, onde convidava as mães para participar do estudo e aplicava-se o TCLE;
- O pesquisador entrevistava as participantes utilizando o questionário estruturado;
- Após o término da entrevista, realizava-se a coleta de dados do recém-nas-

cido por meio do prontuário eletrônico na maternidade.

Para análise de dados, a idade gestacional (IG) foi definida conforme ordem de prioridade de uso, a saber: IG do exame de ultrassonografia (menor de 20 semanas); IG do capurro, data da última menstruação relatada pela mãe.

As variáveis quantitativas foram descritas utilizando-se a média e desvio padrão. As variáveis qualitativas por meio da frequência absoluta e relativa. A associação entre prematuridade e as variáveis qualitativas foi realizada por meio do teste qui-quadrado. A comparação entre a média das variáveis quantitativas em relação ao pré-termo foi avaliada por meio do Teste T. O nível de significância adotado foi de 5%.

O estudo foi registrado na Plataforma Brasil sob o número do Certificado de Apresentação para Apreciação Ética (CAAE) 39685414.7.3001.5345

RESULTADOS

Dos 234 binômios avaliados, a idade das mães variou entre 13 e 42 anos, com média de 26,78 anos e desvio padrão de 6,69. A amostra foi composta predominantemente por mulheres que se autodeclararam como brancas (64,1%), casadas ou com união estável (70,9%) e com ganho de peso superior a 10 kg durante a gestação (13,3%). A proporção de autodeclaradas de cor branca entre os prematuros foi significativamente maior. A escolaridade das entrevistadas mostrou diferença significativa, em recém-nascidos a termo, a média foi de 9,95 anos, enquanto de prematuros foi 11,39 anos. A história pregressa materna pode ser vista na Tabela 1.

Tabela 1 – Comparação entre história pregressa materna com a prematuridade em hospital terciário

Variáveis	Prematuro % (n)		p-value
	-	+	
Idade Materna	26,73 ± 6,64*	27,17 ± 7,18*	0,742
Cor Branca	60,7 (125)	89,3 (25)	0,003
Escolaridade (<i>anos de estudo</i>)	9,95 ± 3,21*	11,39 ± 3,20*	0,028
Casada	69,9 (144)	78,6 (22)	0,385
Trabalha	53,7 (110)	60,7 (17)	0,547
Moradores	3,46 ± 1,53*	3,07 ± 1,51*	0,207
Renda Familiar			0,393
Menos de um salário	4,9(10)	0,0 (0)	
Um salário	22,3 (46)	17,9 (5)	
Mais de um a dois salários	26,2 (54)	25,0(5)	
Mais de dois a três salários	20,4 (42)	14,3(4)	
Mais de três a quatro salários	11,7 (24)	14,3 (4)	
Mais de quatro salários	14,6 (30)	28,6 (8)	
Realizou Pré-natal	98,5 (203)	100 (28)	1,000
Tipo Parto			0,130
Normal sem Episiotomia	27,7 (57)	28,6 (8)	
Normal com Episiotomia	29,6 (61)	10,7 (3)	
Normal com Fórceps	2,9 (6)	7,1 (2)	
Cesárea	39,8 (82)	53,6 (15)	
Número de gestações			0,111
Uma	39,8 (82)	57,1 (17)	
Duas ou três	45,1 (93)	42,9 (12)	
Quatro ou cinco	11,7 (24)	0,0 (0)	
Seis ou mais	3,4 (7)	0,0 (0)	
Prematuro anterior	8,3 (17)	17,9 (5)	0,156
Aborto prévio	15,5 (32)	21,4 (6)	0,418
Infecção urinária	38,8 (80)	25,0 (7)	0,211
Tabagismo	18,4 (38)	7,1 (2)	0,183
Consome Bebida Alcoólica	16,0 (33)	14,3 (4)	1,000
Consome Drogas	1,5 (3)	0,0 (0)	1,000

Fonte: dados do estudo (2015).

Notas: *média ± desvio-padrão.

A prematuridade foi de 12,0% dos nascimentos. O número de casos de recém-nascidos prematuros classificado como extremo, muito prematuro e moderada a tardio pode-se observar na Tabela 2.

As parturientes com diabetes mellitus (DM) materna foram de 10,7% dos nascimentos a termo e em 14,3% dos prematuros, sem associação significativa. Contudo, em relação à doença hipertensiva arterial na gestação foram de 8,7% dos nascimentos a termo e 28,6% dos prematuros, ocorrendo associação significativa. As características obstétricas podem ser observadas na Tabela 3.

Tabela 2 – Prevalência de nascimentos prematuros em hospital terciário. Porto Alegre, 2015

	% (n)
Prematuridade	12,0 (28)
Extremo	0,9 (2)
Muito prematuro	2,5 (6)
Moderada a tardio	8,4 (20)

Fonte: dados do estudo (2015).

Tabela 3 – Comparação entre as características obstétricas com nascimento prematuro em hospital terciário

Variáveis	Prematuro % (n)		p-value
	-	+	
<i>Líquido Amniótico</i>			0,022
Claro	81,6 (168)	85,7 (24)	
Meconial	16 (33)	3,6 (1)	
Não informado	2,4 (5)	10,7 (3)	
DM	10,7 (22)	14,3 (4)	0,528
HAS	8,7 (18)	28,6 (8)	0,005
HIV	1,5 (3)	0 (0)	1,000
Sífilis	4,4 (9)	3,6 (1)	1,000
Toxoplasmose	5,8 (12)	7,1 (2)	0,677
Streptococcus B	7,8 (16)	7,1 (2)	1,000
Bolsa Rota	4,9 (10)	14,3 (4)	0,071

Fonte: dados do estudo (2015).

Os recém-nascidos apresentaram valores adequados para o comprimento (45 a 55 cm) em 82,9% dos casos; para o perímetro cefálico (33 a 37 cm) em 68,8% dos casos; para o perímetro torácico (30 a 33 cm) em 41,9% dos casos. As médias dos valores antropométricos foram significativamente menores

em recém-nascidos prematuros. O desconforto respiratório esteve presente em 13,1% dos nascimentos a termo e em 46,4% dos prematuros, sendo significativamente maior nos recém-nascidos prematuros. O perfil do recém-nascido pode ser observado na Tabela 4.

Tabela 4 – Comparação entre o perfil do recém-nascido com prematuridade em hospital terciário. Porto Alegre, 2015

[continua]

Variáveis	Prematuro % (n)		p-value
	-	+	
Internação			< 0,001
Obstétrica	96,1 (198)	53,6 (15)	
Neonatologia	3,9 (8)	46,4 (13)	
Sexo			1,000
Feminino	52,9 (109)	53,6 (15)	
Masculino	47,1 (97)	46,4 (13)	
Peso (g)	3278,03 ± 489,32*	2126,07 ± 758,49*	< 0,001
Comprimento (cm)	48,44 ± 2,27*	42,97 ± 4,28*	< 0,001
Perímetro Cefálico	34,55 ± 1,91*	30,94 ± 3,21*	< 0,001
Perímetro Torácico	33,30 ± 2,22*	29,01 ± 4,09*	< 0,001
Apgar1	8,2 ± 1,39*	7,96 ± 1,47*	0,409
Apgar5	9,04 ± 0,88*	9,07 ± 0,716*	0,873
Cordão Umbilical			0,367
Duas artérias e uma veia	98,1 (202)	96,4 (27)	
Uma artéria e uma veia	0,5 (1)	0 (0)	
Alimentação			< 0,001
Materno exclusivo	80,1 (165)	35,7 (10)	
Fórmula Láctea	3,4 (7)	3,6 (1)	
Materno + Forma láctea	13,1 (27)	17,9 (5)	
NPT e/ou NPO	3,4 (7)	42,9 (12)	
Doença Congênita	13,6 (28)	7,1 (2)	0,546
Procedimentos			
Ressuscitação cardiopulmonar	1 (2)	0 (0)	1,000
Ventilação Mecânica	0,5 (1)	3,6 (1)	0,225
Intubação	1,5 (3)	3,6 (1)	0,401
Aspiração vias aéreas	15,5 (32)	17,9 (5)	0,783

Variáveis	Prematuro % (n)		p-value
	-	+	
Sondagem Vesical Demora	0,5 (1)	0 (0)	1,000
Sondagem Orogástrica	2,4 (5)	42,9 (12)	< 0,001
Exames Laboratoriais	36,4 (75)	75 (21)	< 0,001
Exames de Imagem	8,3 (17)	39,3 (11)	< 0,001
HGT	30,1 (62)	46,4 (13)	0,089
CPAP Nasal	1 (2)	32,1 (9)	< 0,001
Baby Puff	0,5 (1)	7,1 (2)	0,038
Ambu	4,4 (9)	7,1 (2)	0,626
Oxigênio inalatório	4,4 (9)	7,1 (2)	0,626
Campânula	1,9 (4)	0	1,000
Problemas Respiratórios	13,1 (27)	46,4 (13)	< 0,001
Pneumonia	1 (2)	3,6 (1)	0,319
Sepse	1,9 (4)	3,6 (1)	0,474
Anemia	0,5 (1)	3,6 (1)	0,225

Fonte: dados do estudo (2015).

Notas: *média ± desvio-padrão

DISCUSSÃO

A prematuridade esteve presente em 12% nesse estudo, o que vem ao encontro dos dados das regiões sul e sudeste, as mais desenvolvidas, que possuem as maiores taxas de nascimentos prematuros do país, respectivamente, 12% e 12,5%. Ainda, os dados de 11% corroboram com as estimativas de nascimentos pré-termo em 184 países, gerando uma média de 15 milhões de recém-nascidos prematuros (UNITED NATIONS INTERNATIONAL CHILDREN'S EMERGENCY FUND, 2013; KINNEY et al., 2012). Um estudo transversal multicêntrico sobre nascimentos pré-termo em 20 hospi-

tais de referência obstétrica no Brasil apontou uma prevalência de prematuridade de 12,3% no país, mostrando diferenças conforme as regiões, em que os valores variaram de 14,7% no Nordeste e 11,1% no Sudeste (PASSINI JÚNIOR et al., 2014).

No presente estudo houve diferença significativa entre escolaridade e desfecho prematuridade, mas ao contrário dos demais estudos as mulheres que tiveram parto pré-termo obtiveram um média de estudo 11,39 anos em comparação à gestação a termo com 9,95 anos. Entretanto, em outro estudo sobre fatores de risco para prematuridade com os dados obtidos a partir do sistema de informações sobre

nascidos vivos (SINASC) com base nas declarações de nascidos vivos no município de Maringá (PR), verificou uma maior proporção de recém-nascidos prematuros de mães com baixa escolaridade (período de estudo menor que oito anos), contudo sem diferença significativa (MELO; CARVALHO, 2014). Conforme registro dos nascidos vivos na plataforma do Datasus em 2016, em 57,5% dos nascimentos prematuros, o grau de instrução das mães é de oito a onze anos de estudo (BRASIL, 2018). As gestantes com maior escolaridade procuram mais os serviços de saúde e realizam acompanhamento pré-natal, assim, com possibilidade de prevenir e tratar possíveis complicações que favoreçam ao nascimento pré-termo (FERREIRA JUNIOR et al., 2018)

Este estudo não demonstrou diferença significativa em relação DM nas gestantes no que cerne ao desfecho prematuridade. Um estudo realizado em 409 gestantes com rastreamento positivo para diabetes mellitus demonstrou que a taxa de prematuridade foi 14,2% (58), ou seja, acima da porcentagem da população em geral e próximo a porcentagem encontrada nesse estudo (REHDER; PEREIRA; SILVA, 2011).

A doença hipertensiva teve associação com nascimento prematuro. Num estudo realizado com gestantes entre 34 e 36 semanas, 25,3% (69 casos) tiveram síndrome hipertensiva associada. Uma revisão de literatura entre 1990 e 2010 sobre as complicações relativas à hipertensão arterial crônica em gestantes e seus resultados perinatais mostrou a taxa de prematuridade entre 32,4% a 86,4% dos casos (PORTO et al., 2013; HENRIQUE et al., 2012).

As síndromes hipertensivas na gestação frequentemente acarretam em complicações na gravidez, incluindo a prematuridade. Assim, é fundamental no pré-natal o

enfermeiro realizar o diagnóstico precoce e o tratamento adequado, em conjunto com os demais profissionais, para minimizar os riscos maternos e neonatais e encaminhamento, na atenção básica, ao pré-natal de alto risco, quando for necessário (BRASIL, 2012).

O estudo mostrou diferença significativa em relação ao recém-nascido a termo permanecer na Internação Obstétrica e o prematuro na Unidade de Neonatologia. Um estudo transversal com 318 recém-nascidos admitidos na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal de um hospital da região norte verificou que 77,04% dos recém-nascidos internados são prematuros (LIMA et al., 2015). Isso porque os pré-termo necessitam de maiores cuidados, tanto de equipe qualificada quanto de tecnologia especializada, pela fragilidade fisiológica (FERREIRA JUNIOR et al., 2018).

A média do peso do recém-nascido prematuro comparado a termo demonstrou diferença significativa na atual pesquisa. Outro estudo realizado no hospital geral de Caxias do Sul com 377 bebês mostrou também essa diferença, em que os recém-nascidos pré-termo tinham como média de peso 2.111 ± 709 e a termo 3.226 ± 483 , valores aproximados do presente estudo de $2126,07 \pm 489,32$ e $3278,03 \pm 489,32$, respectivamente (MADI et al., 2012).

Outro estudo com população de recém-nascidos prematuros com peso adequado para idade gestacional apresentou uma média de 2.121 g, comprimento 44,5 cm, perímetro cefálico 31,1 cm e torácico 28,4 cm, o que vem ao encontro dos valores encontrados nesse estudo (SIMPLÍCIO et al., 2012).

O comprimento, perímetro cefálico e torácico tiveram diferença significativa comparando recém-nascidos a termo aos pre-

maturados. Um estudo com recém-nascidos com idade gestacional igual ou inferior a 32 semanas apresentou uma estatura de 36,9 cm e perímetro cefálico 25,9 cm nos recém-nascidos. Isso demonstra o perfil antropométrico dos prematuros em que pode repercutir em desenvolvimento mais lento, pois as crianças terminam o primeiro ano de vida mais magras e menores, acarretando riscos de alterações no crescimento (SANTIAGO et al., 2015).

O estudo apresentou o uso de NPT e/ou NPO nos prematuros significativamente maior comparado a termo. Um estudo realizado com recém-nascidos pré-termo com peso adequado para idade gestacional apresentou uma taxa de 36,76% dos prematuros, utilizando dieta parenteral e 16,85% não usando nenhuma dieta, índice abaixo do encontrado nesse estudo, mas demonstra a utilização dessa dieta sendo frequente nos nascidos pré-termo (SIMPLÍCIO et al., 2012).

Observou-se neste estudo, maior presença de desconforto respiratório e o maior uso de CPAP e baby puff nos prematuros comparados a termo. Em um estudo com 137 recém-nascidos prematuros com peso ao nascer menor ou igual a 1750 g, 18,2% necessitaram do suporte ventilatório não invasivo (CPAP) nasal. A síndrome do desconforto respiratório é mais comum em prematuros, sendo causada pela dificuldade de trocas gasosas por imaturidade do sistema pulmonar do recém-nascido e deficiência de surfactante. Em recém-nascidos com menos de 30 semanas estima-se que em 60% dos casos irão desenvolver a síndrome do desconforto respiratório e 5% com idade gestacional acima de 37 semanas (BRASIL, 2011; MENEZES et al., 2014; NASCIMENTO JÚNIOR et al., 2014).

CONCLUSÃO

O estudo verificou que a prevalência de recém-nascidos prematuros em uma maternidade de Porto Alegre é de 12%. Foi identificado que escolaridade materna e doença hipertensiva na gestação estão associadas ao parto prematuro. Também, que os recém-nascidos pré-termo são encaminhados mais frequentemente à Unidade de Neonatologia.

Em relação à comparação entre os nascimentos foi verificada que prematuros possuem medidas antropométricas menores, a forma de alimentação é mais comum em NPO e/ou NPT, são submetidos a mais procedimentos como sondagem orogástrica, exames laboratoriais e de imagem. Também possuem mais desconforto respiratório e, assim, uso de CPAP nasal e baby puff.

O estudo apresenta limitações, pois o número da amostra é pequeno para que se possa identificar com mais precisão os fatores associados à prematuridade, às características maternas e neonatais.

A enfermagem exerce um papel fundamental no atendimento na gestação, conhecendo e identificando características que possam ocasionar em trabalho de parto prematuro, no cuidado ao recém-nascido prematuro e à mulher pós-parto. Por isso, é fundamental conhecer os aspectos da população atendida e prestar um atendimento de qualidade.

AGRADECIMENTOS

Agradecemos à Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de Porto Alegre por permitir que esse estudo fosse realizado.

REFERÊNCIAS

- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. **Atenção à saúde do recém-nascido: guia para os profissionais de saúde**. 2. ed. atual. Brasília, DF, 2011. 192 p.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Atenção ao pré-natal de baixo risco**. Brasília, DF, 2012. 316 p. (Série A. Normas e Manuais Técnicos Cadernos de Atenção Básica, nº 32).
- BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS). **Nascimentos por residência-mãe por duração gestação segundo instrução da mãe no período de 2016**. Brasília, DF, 2018. Disponível em: <<http://www.datasus.gov.br>>. Acesso em: 28 nov. 2018.
- CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION. Division of Reproductive Health. National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion. **Preterm birth**. Atlanta, EUA, 2016. Disponível em: <<https://www.cdc.gov/reproductivehealth/maternalinfanthealth/pretermbirth.htm>>. Acesso em: 17 jan. 2017.
- DOELLINGER, Patrícia von et al. Prematuridade, funções executivas e qualidade dos cuidados parentais: revisão sistemática de literatura, **Psicologia: teoria e pesquisa**, v. 33, p. 1-9, 2017.
- GRAVENA, Angela Andréia França et al. Idade materna e fatores associados a resultados perinatais, **Acta Paul. Enferm.**, São Paulo, v. 26, n. 2, p. 130-135, 2013.
- HENRIQUE, Angelita José et al. Resultado perinatal em mulheres portadoras de hipertensão arterial crônica: revisão integrativa da literatura, **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, DF, v. 65, n. 6, p. 1000-1010, dez. 2012.
- FERREIRA JUNIOR, Antonio Rodrigues et al. Perfil epidemiológico de mães e recém-nascidos prematuros. **Revista Enfermagem Contemporânea**, v. 7, n. 1, p. 6-12, 2018.
- KINNEY et al. 15 million preterm births annually: what has changed this year? **Reproductive Health**, [S.l.], v.9, n.28, p. 1-4, nov. 2012.
- LIMA, Samyra Said de et al. Aspectos clínicos de recém-nascidos admitidos em Unidade de Terapia Intensiva de hospital de referência da Região Norte do Brasil, **ABCS Health Sci.**, [S.l.], v. 40, n. 2, p. 62-68, 2015.
- MADI, José Mauro et al. Avaliação dos fatores associados à ocorrência de prematuridade em um hospital terciário de ensino, **Rev. AMRIGS**, Porto Alegre, v. 56, n. 2, p. 111-118, 2012.
- MELO, Willian Augusto; CARVALHO, Maria Dalva de Barros. Análise multivariada dos fatores de riscos para prematuridade no sul do Brasil, **Gestão e Saúde**, Brasília, DF, v. 5, n. 2, p. 398-409, fev. 2014.
- MENEZES, Maria Alexsandra da S. et al. Recém-nascidos prematuros assistidos pelo Método Canguru: avaliação de uma coorte do nascimento aos seis meses, **Rev. Paul. Pediatr.**, São Paulo, v. 32, n. 2, p. 171-177, 2014.
- NASCIMENTO JÚNIOR, Fábio Jorge Melo do et al. A síndrome do desconforto respiratório do recém-nascido: fisiopatologia e desafios assistenciais, **Caderno de Graduação-Ciências Biológicas e da Saúde**, Maceió, v. 2, n. 2, p. 189-198, 2014.
- PASSINI JÚNIOR, Renato et al. Brazilian multicentre study on preterm birth (EMIP): prevalence and factors associated with spontaneous preterm birth, **PLOS ONE**, v. 9, n. 10, p. 1-12, Oct. 2014.
- PORTO, Ana Maria Feitosa et al. Características maternas em gestações com risco de prematuridade tardia, **Rev. Bras. Saúde Mater. Infant.**, Recife, v. 13, n. 2, June 2013.
- REHDER, Patricia Moretti; PEREIRA, Belmiro Gonçalves; SILVA, João Luiz Pinto e. Resultados gestacionais e neonatais em mulheres com rastreamento positivo para diabetes mellitus e teste oral de tolerância à glicose – 100g normal, **Rev. Bras. Ginecol. Obstet.**, Rio de Janeiro, v. 33, n. 2, p. 81-86, fev. 2011.
- SANTIAGO, Ana Cecília Travassos et al. Perfil de crescimento de recém-nascidos prematuros menores de 32 semanas no primeiro ano de vida, **Revista de Ciências Médicas e Biológicas**, Salvador, v. 13, n. 3, p. 269-273, 2015.

SASSA, Anelize Helena et al. Ações de enfermagem na assistência domiciliar ao recém-nascido de muito baixo peso, **Acta Paul. Enferm.**, São Paulo, v. 27, n. 5, p. 492-498, out. 2014 .

SHAPIRO-MENDOZA, Carrie K et al. CDC grand rounds: public health strategies to prevent preterm birth. **MMWR, Morbidity and Mortality Weekly Report**, [S.l.], v. 65, n. 32, p. 826-830, Aug. 2016.

SIMPLÍCIO, Mayla Paula T. et al. Curvas de crescimento e perfil dietético de recém-nascidos pré-termo com peso adequado para a idade gestacional durante a hospitalização, Ver. **Paul. Pediatr.**, v. 30, n. 3, p. 359-368, 2012.

UNITED NATIONS INTERNATIONAL CHILDREN'S EMERGENCY FUND. **Estudo faz alerta sobre a situação da prematuridade no Brasil**. Brasília, DF, 2013. Disponível em: <http://www.unicef.org/brazil/pt/media_25849.htm>. Acesso em: 17 jan. 2017.

VETTORE, Marcelo Vianna et al. Avaliação da qualidade da atenção pré-natal dentre gestantes com e sem história de prematuridade no Sistema Único de Saúde no Rio de Janeiro, Brasil, **Rev. Bras. Saúde Mater. Infant.**, Recife, v. 13, n. 2, p. 89-100, jun. 2013.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Preterm birth**. Geneva, 2016. Disponível em: <<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs363/en/>> Acesso em: 17 jan. 2017.