

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL  
ESCOLA DE ENFERMAGEM**

**FRANCIELE COLOMBELLI**

**CARACTERIZAÇÃO MATERNA NA PREMATURIDADE TARDIA**

**PORTO ALEGRE**

**2020**

**FRANCIELE COLOMBELLI**

**CARACTERIZAÇÃO MATERNA NA PREMATUROS TARDIA**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado como requisito parcial para obtenção do grau de bacharelado em enfermagem na Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

**Orientadora:** Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Jéssica Machado Teles

**PORTO ALEGRE**

**2020**

## **AGRADECIMENTOS**

Agradeço a Universidade Federal do Rio Grande do Sul por possibilitar a realização da graduação, pelo seu ensino público e de qualidade, incluindo os funcionários, professores, alunos e a comunidade que contribuem para o seu funcionamento. Agradeço a minha orientadora Jessica Machado Teles, por se juntar comigo na produção da pesquisa e estar sempre disponível quando necessário.

Agradeço a minha família, em especial a minha irmã Tatiana Colombelli e meu cunhado Giovani Baldin, por me auxiliarem nesta caminhada e me apoiarem em momentos em que precisei. Aos meus pais pelas oportunidades que me foram propostas e os esforços realizados para chegar até aqui. Agradeço também aos meus amigos Ana Caroline Wingert, Carla Pinheiro, Max Wiliam Dutra, que também me apoiaram, auxiliaram e estiveram juntos comigo no decorrer da graduação.

## RESUMO

A prematuridade é caracterizada pelo nascimento antes de completar as 37 semanas de gestação e ocorre em 60% dos nascimentos no mundo. No que se refere aos prematuros tardios, a definição ocorre pelo nascimento entre 34 semanas e 36 semanas e 6 dias, e representam 70% do grupo. A prematuridade está relacionada com várias complicações de saúde, maior risco de mortalidade e outros problemas no decorrer do desenvolvimento infantil. As causas do nascimento prematuro são diversas e considera-se os fatores psicossociais, socioeconômicos e histórico obstétricos da mulher. **Objetivo:** descrever o perfil das mães de recém-nascidos prematuros tardios, identificando os dados socioeconômicos e obstétricos. **Metodologia:** estudo quantitativo descritivo, por meio da aplicação do questionário pré-estruturado à 182 mulheres que tiveram parto de prematuros tardios no Hospital de Clínicas de Porto Alegre, com idade gestacional entre 34 semanas e 36 semanas e 6 dias. **Resultados:** Em relação aos dados socioeconômicos das mulheres verificou-se que 60,5% possuíam idade entre 20 e 35 anos, 38,1% referiram ensino fundamental incompleto, 70,6% relataram possuir companheiro(a), 46,1% possuíam trabalho formal, 56,2% autodeclararam brancas; quanto ao histórico e situação obstétrica, 45,5% realizaram entre 7 a 14 consultas de pré-natal, 73,7% iniciaram o pré-natal no primeiro trimestre de gestação, 63,6% não apresentam histórico de parto via vaginal e 74,3% não possuíam cesárea prévia, 83,4% apresentavam gravidez do tipo única, 49,7% o nascimento foi através de cesárea, sendo 41,2% das cesáreas realizadas antes do trabalho de parto, 74,3% utilizaram a ocitocina como indução do trabalho de parto, 25,7% apresentaram doença hipertensiva, 9,1% diabetes gestacional, 20,9% trabalho de parto prematuro, 25,1% bolsa rota, 17,1% infecção do trato urinário e 40,6% outras comorbidades não especificadas; relacionado aos recém-nascidos, 53,3% possuíam idade gestacional por Capurro de 36 semanas, 51,9% foram do sexo masculino, 81,3% apresentaram peso adequado para a idade gestacional, 41,7% obtiveram Apgar 9 no 1º minuto de vida e 50,3% Apgar 9 no 5º minuto de vida. **Considerações finais:** apesar de existirem programas de saúde específicos para a mulher durante o período gravídico, existem falhas nesta assistência que refletem no nascimento. O pré-natal apresenta-se como relevante ferramenta na identificação de fatores de risco para a prematuridade tardia e, por consequência, apresenta importante influência na prevenção da mesma.

**DESCRITORES:** prematuridade; riscos da prematuridade; prematuridade tardia; perfil materno.

## ABSTRACT

The prematurity is characterized by the birth before completing 37 weeks of pregnancy and occurs on 60% of births in the world. About of the late preterm infants, the definition occurs at birth between 34 weeks and 36 weeks and 6 days, and representing 70% of group. The prematurity is related with several health complication, increased risk of mortality and others problems during child development. The cause of premature birth is diverse and, it's considerate the factors psychosocial, socioeconomic and obstetric history of woman relevant in the occurrence of prematurity. **Objective:** describe the profile of mothers of late preterm newborn, identify the socioeconomic and obstetric data. **Methodology:** study quantitative descriptive, through of application of pre-structured quiz to 182 women had late premature birth on Hospital de Clínicas de Porto Alegre, with gestational age between 34 weeks and 36 weeks and 6 days. **Results:** in relation to socioeconomic of women's data it was founded 60,5% was age between 20 and 35 years, 38,1% refired incomplete elementary school, 70,6% related have partner, 46,1% has formal work, 56,2% self-declarate white; referring to historic and situation obstetric, 45,5% performed between 7 and 14 prenatal care appointments, 73,7% started the prenatal care on first trimester of pregnancy, 63,6% doesn't delivery historic and 74,3% doesn't previous cesarean, 83,4% had unic pregnancy, 49,7% of birth was cesarean, and 41,2% of cesarean sections was before labor, 74,3% used oxytocin how delivery induction, 25,7% of women had hypertension, 9,1% gestational diabetes, 20,9% premature labor, 25,1% placental abruption, 17,1% urinary tract infection and 40,6% others comorbidities wasn't specific; in relation to newborns, 53,3% was Capurro gestational age of 36 weeks, 51,9% was masculine sex, 81,3% had adequate weight for gestational age, 41,7% has Apgar 9 in 1° minute of life and 50,3% Apgar 9 in 5° minute of life. **Final considerations:** although there are specific health programs for women during pregnancy, still have fails in this assistance that reflect on birth. The prenatal care is a relevant tool in the identification of risk factors for late prematurity and, consequently, has an important influence on its prevention.

**DESCRIPTORS:** prematurity; risk of prematurity; late prematurity; maternal profile.

## **SIGLÁRIO**

AIG – Adequado para idade gestacional

DUM - Data da última menstruação

GIG – grande para idade gestacional

ID - Idade gestacional

PIG- Pequeno para idade gestacional

RN - Recém-nascido

RNPT - Recém-nascido prematuro tardio

TP – Trabalho de parto

TPP – Trabalho de parto prematuro

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO</b> .....	7
<b>2 OBJETIVOS</b> .....	9
2.1 Objetivo Geral.....	9
2.2 Objetivos Específicos.....	9
<b>3 REVISÃO DA LITERATURA</b> .....	10
3.1 A prematuridade tardia .....	10
3.2 Consequências da prematuridade .....	11
3.3 O aleitamento materno em prematuros tardios .....	12
3.4 Fatores obstétricos relacionados à prematuridade tardia .....	14
3.5 Cuidado ao prematuro tardio.....	16
<b>4 METODOLOGIA</b> .....	18
4.1 Tipo de estudo .....	18
4.2 Contexto do estudo .....	18
4.3 População e amostra .....	18
4.3.1 Critérios de inclusão .....	19
4.3.2 Critérios de exclusão.....	19
4.4 Coleta dos dados.....	19
4.5 Variáveis .....	19
4.6 Análise dos dados .....	20
4.7 Aspectos Éticos.....	20
<b>5 RESULTADOS</b> .....	21
<b>6 DISCUSSÃO</b> .....	26
<b>7 CONSIDERAÇÕES FINAIS</b> .....	31
<b>REFERÊNCIAS</b> .....	32
<b>APÊNDICE A</b> .....	35
<b>APÊNDICE B</b> .....	44
<b>APÊNDICE C</b> .....	45

## 1 INTRODUÇÃO

O nascimento prematuro proporciona diversas complicações na vida do recém-nascido prematuro tardio (RNTP) com adversas consequências a curto e longo prazo para a saúde. A associação de fatores maternos, descritos na literatura, para prematuridade inclui: histórico obstétrico da mulher, incluindo a paridade, controle de pré-natal inadequado, idade materna, e inúmeros outros. Contudo, embora seja um acontecimento multifatorial, a sua etiologia ainda é desconhecida (HACKBARTH et al, 2015).

A definição de prematuridade é estabelecida pelo nascimento inferior a 37 semanas completas de gestação e sua classificação ocorrerá de acordo com a idade gestacional (IG) em que ocorreu o nascimento. Sendo assim, são considerados recém-nascidos pré-termo aqueles que nascem com IG menor que 37 semanas e diante desta definição, os recém-nascidos pré-termo tardio entre 34 semanas até 36 semanas e 6 dias de gestação, pré-termo moderado entre 32 semanas até 33 semanas e 6 dias de gestação, muito pré-termo entre 28 semanas até 31 semanas e 6 dias e pré-termo extremo inferior a 28 semanas de gestação. A menor idade gestacional ao nascimento, a probabilidade de risco para mortalidade e possíveis problemas de saúde estão diretamente relacionadas (HACKBARTH et al, 2015; SOARES, SILVA, ZUANETTI, 2017).

A prematuridade é considerada uma das principais causas de óbitos neonatais, devido a disposição de adversidades possíveis no recém-nascido, e corresponde a 35% de óbitos neonatais no mundo, assim como a segunda causa de morte entre crianças menores de cinco anos de vida (OLIVEIRA et al, 2016; MACHADO, MARMITT, CESAR, 2016; POHLMANN et al, 2016).

O Brasil encontra-se entre os dez países com as mais elevadas taxas de nascimentos prematuros, sendo o Rio Grande do Sul o estado com o maior número de recém-nascidos com idade gestacional inferior a 37 semanas, números esses que permanecem aumentando com o evoluir dos anos. A prematuridade totaliza 60% dos nascimentos no mundo, dentre esses, 70% dos nascimentos são de prematuros tardios, os quais apresentam aproximadamente três vezes mais riscos quando comparados aos nascidos após as 37 semanas. (OLIVEIRA et al, 2016; MACHADO, MARMITT, CESAR, 2016; POHLMANN et al, 2016).

Os recém-nascidos prematuros, em específico os tardios, estão mais propensos para manifestar complicações em sua saúde, uma vez que há como fator de risco quanto ao desenvolvimento neurológico, psicomotor, de linguagem e no aprendizado. Outras

complicações em curto prazo podem surgir, tais como problemas respiratórios e as dificuldades de amamentação, mostrando-se um desafio para a equipe de saúde e os próprios pais e cuidadores (POHLMANN et al, 2016; MACHADO, MARMITT, CESAR, 2016; SOARES, SILVA, ZUANETTI, 2017).

O nascimento antes do termo detém de uma pluralidade de causas, das quais podem ser classificadas em espontâneas, quando o trabalho de parto (TP) apresenta desenvoltura natural e fisiológica sem influência de estímulos externos, e por intervenções, em que o TP é desencadeado através da ruptura prematura de membranas, internação precoce, entre outras condutas que interferem no processo voluntário. Outros fatores de risco para prematuridade devem ser levados em conta são: escolaridade materna, complicações durante a gravidez, condição socioeconômica, ocupação, cor/raça, e a situação conjugal. Ainda, fatores comportamentais como o tabagismo, o consumo de álcool e drogas durante a gravidez estão relacionados a prematuridade. Apesar das múltiplas formas de prevenção, as taxas de prematuridade tem se elevado globalmente, inclusive em países desenvolvidos, e, devido a sua associação com a mortalidade neonatal e infantil, apresenta grande impacto no sistema de saúde (TUON et al, 2016; OLIVEIRA et al, 2018).

Assim, considerando as repercussões da prematuridade tardia para a saúde infantil, considera-se relevante conhecer e identificar os fatores maternos que estão relacionados a prematuridade tardia, pois contribui para cuidados específicos no decorrer da gestação que busque evitar a prematuridade tardia.

## **2 OBJETIVOS**

### **2.1 Objetivo Geral**

Caracterizar e conhecer os fatores maternos na prematuridade tardia no Hospital de Clínicas de Porto Alegre.

### **2.2 Objetivos Específicos**

Descrever o perfil das mães de recém-nascidos prematuros tardios, identificando os dados socioeconômicos e obstétricos das mães de recém-nascidos prematuros tardios.

### 3 REVISÃO DA LITERATURA

#### 3.1 A prematuridade tardia

A definição de prematuridade tardia é estabelecida quando o nascimento ocorre com idade gestacional entre as 34 semanas e 36 semanas e 6 dias. Na última década, a prematuridade tardia tem sido objeto de múltiplos estudos, confirmando as particularidades no desenvolvimento e presença de potenciais problemas a curto e longo prazo no recém-nascido, devido ao nascimento antes de concluir o desenvolvimento intrauterino (PEINADOR et al, 2018).

Outro fator importante do RNPT é sua classificação entre pequeno, adequado ou grande para idade gestacional, de acordo com seu peso ao nascimento e IG. Aqueles em que o peso, abaixo de 2.500 gramas, relacionado a idade gestacional em que ocorreu o nascimento são denominados pequenos para idade gestacional (PIG) e podem apresentar seu tempo de internação elevado, assim como maior probabilidade de complicações neonatais (SILVA, GUEDES, 2015).

Atualmente estima-se que a prematuridade tardia representa 70% a 74% do total de nascimentos prematuros, o que a torna um tema em discussão e com necessidade de maior aprofundamento. Além disso, apresentam maior risco de infecções e problemas do trato respiratório (PEINADOR et al, 2018).

Devido a associação de maior risco de morte e complicações em prematuros com idade gestacional menor que 34 semanas, a prematuridade tardia foi considerada com esses riscos semelhantes aos recém-nascidos a termo, por apresentarem idade gestacional aproximada. Ou seja, o manejo e os cuidados aos recém-nascidos prematuros tardios, por muito tempo foi e ainda persiste em alguns locais, o mesmo utilizado nos recém-nascidos a termo. A partir disso, a conduta profissional muitas vezes releva a importância dos cuidados e as particularidades da prematuridade tardia, resultando em intervenções que influenciam na continuidade da gestação após IG de 34 semanas, no direcionamento destes recém-nascidos em alojamentos conjuntos ou em enfermarias de baixo risco e também na alta hospitalar precoce. O RNPT apresenta um maior risco de morte, complicações e condições de morbidade (respiratória, susceptibilidade à infecção pelo vírus sincicial respiratório, metabólica, hemorragia intracraniana, enterocolite necrosante, sepse, admissão em unidade de

cuidado intensivo neonatal e prolongamento da internação) quando comparados aos recém-nascidos a termo (MACHADO, PASSINI, ROSA, 2014).

### **3.2 Consequências da prematuridade**

A prematuridade no Brasil possui uma taxa de 11,5% e equivale a duas vezes mais que a observada nos países europeus. Dentro desse panorama, mais da metade dos nascimentos de prematuros consiste em recém-nascidos prematuros tardios (RNPT) (VANIN et al, 2020).

Na totalidade de nascimentos do mundo, a cada 10 nascidos vivos, um ocorre antes de completar idade gestacional de 37 semanas. Por conta disso, estabelecem a segunda causa de óbitos neonatais, e correspondem a 35% dos óbitos neonatais em menores de cinco anos (MACHADO, MARMITT, CESAR, 2016).

A mortalidade neonatal e infantil é muito maior em RNPT quando comparados aos recém-nascidos a termo, tendo a ocorrência elevada na primeira infância (primeiros cinco anos de vida), diminuindo na segunda infância e adolescência e elevando novamente na idade adulto jovem. Sendo ainda mais preocupante nos prematuros tardios classificados como pequenos para idade gestacional (MACHADO, PASSINI, ROSA, 2014).

A dificuldade respiratória é a causa mais frequente de morbidade e mortalidade neonatal, que pode ser leve ou grave. A dificuldade respiratória transitória do recém-nascido é a forma mais leve e possui prevalência de 37% dos casos, e exibe elevação da frequência respiratória e retrações torácicas leves. Em quadros graves, a dificuldade respiratória pode ocasionar algumas complicações como convulsões, hipóxia e atrofia cerebral. O atraso na linguagem também é associado como transtorno sutil da dificuldade respiratória e fator de risco do neurodesenvolvimento na primeira infância. Outra complicação que pode ser apresentada pelo recém-nascido é o aumento da bilirrubina circulante, denominado de icterícia. Os danos causados no sistema nervoso central variam de acordo com o grau apresentado de icterícia e além disso, encontra-se entre as dez primeiras causas de morbidade em recém-nascidos, especialmente em prematuros (VERICAT, ORDEN, 2017).

É descrito na literatura o impacto cognitivo da prematuridade no desenvolvimento das funções executivas infantis, que envolvem adequadas tomadas de decisões, a adaptação diante de novas situações complexas, a regulação de pensamentos e ações visualizando objetivos por meio da interação social e o rendimento escolar (DOELLINGER et al, 2017).

A amamentação contribui com o desenvolvimento apropriado de funções e de órgãos ativos (lábios, língua, palato mole) e passivos (palato duro, dentes e protuberância alveolar) por efeito da sucção, o que resulta em um crescimento e desenvolvimento craniofacial melhorado. Não menos importante, ainda promove benefícios emocionais, proteção contra agentes patológicos e auxilia na diminuição do risco de apneia (SILVA, GUEDES, 2015).

Além de possuir capacidade de suprir todas as necessidades nutricionais, contribui na proteção de infecções no trato intestinal e respiratório, infecções no ouvido, prevenção da obesidade e diminuição dos riscos de alergias. Os benefícios do leite materno são inúmeros e incluem questões econômicas, de impacto positivo na vida da mulher e da família, auxilia no desenvolvimento infantil e aumenta fatores biológicos protetores (ALGARVES, JULIÃO, COSTA, 2015).

### **3.3 O aleitamento materno em prematuros tardios**

A amamentação é um meio natural de construir vínculo e afeição com a figura materna, e resulta na proteção e nutrição para o bebê, o que exige uma interação profunda entre a mulher e o recém-nascido para tudo isso se concretize. A constituição do leite materno apresenta diversas propriedades físicas e químicas que protegem, previnem e contribuem com o desenvolvimento do recém-nascido. O aleitamento materno exclusivo é preconizado até os seis meses de vida e, a partir disso, os alimentos são introduzidos como complemento na alimentação, pois a amamentação permanece como importante fonte de nutrientes até os dois anos de vida (ALGARVES, JULIÃO, COSTA, 2015).

O cuidado aos prematuros tardios no aleitamento materno torna-se de grande relevância em consequência da imaturidade neurológica e ausência de coordenação em determinadas funções, como a sucção, deglutição, respiração, reflexo de tosse, imaturidade gástrica e desorganização de situações comportamentais, como a de sono e vigília, tornando um desafio para os pais, principalmente para as mulheres na amamentação (SILVA, GUEDES, 2015).

Ao se tratar das dificuldades na amamentação dos RNTP, surgem algumas implicações que ocorrem em decorrência da sua imaturidade neurológica. Permanecer em estado de alerta e os tônus orais completos são características subdesenvolvidas e insatisfatórias nos RNPT, assim como, o desempenho das habilidades motoras orais, que

incluem a mobilidade lingual, abertura de mandíbula, vedamento labial e bolsa de gordura nas bochechas. Essas limitações acarretam em dificuldades por conta da falta de ritmo e a força necessária para realizar a sucção, favorecendo o desmame precoce, podendo ser somado ao contexto, os problemas de estresse materno e familiar, hospitalização do recém-nascido e falta de incentivo e apoio na amamentação (CASTELLI, ALMEIDA, 2015; ABREU et al, 2015).

O aleitamento materno sofre frequentemente diversas interferências de crenças existentes na sociedade sobre a maternidade, nas quais muitas vezes são originadas em locais que a educação dessas questões não obteve alcance e acabam esclarecendo o ocorrido com imaginação popular e tradições, disseminando-se nas gerações subsequentes. Segundo estudo de Algarves, Julião e Costa (2015), a prevalência do aleitamento materno não exclusivo e em bebês de seis meses é oito vezes maior que a prevalência para o aleitamento materno exclusivo na mesma faixa etária (ideal recomendado). Isso pode ser explicado por desconhecimento dos benefícios da amamentação, baixa escolaridade e idade materna, crenças, cesariana, número insuficiente de consultas no pré-natal e também por ausência ou falha nas orientações dos profissionais de saúde, sobre a importância da amamentação e todas as suas vantagens (ALGARVES, JULIÃO, COSTA, 2015).

Os profissionais possuem significativa influência em promover e apoiar as mulheres na amamentação, assim como carecem de informações e treinamentos referente ao manejo do aleitamento materno. Com isso, muitos hospitais estabeleceram rotinas e condutas favoráveis a amamentação em busca do impacto, da capacitação e mobilização dos profissionais de saúde. Diante destas mudanças, foi possível observar um aumento na prevalência e tempo de aleitamento materno exclusivo prolongado (JESUS, OLIVEIRA, MORAES, 2017).

A pesquisa de Silva e Guedes (2015), relata sobre a relação entre os fatores culturais e as causas de desmame, equivalendo o uso de chupetas e mamadeiras como as principais consequências do desmame precoce. O risco de desmame até o sexto mês de vida foi duas vezes maior em bebês que estavam em aleitamento materno no primeiro mês de vida e em uso de chupetas. Além da contribuição para o desmame precoce, a sucção da chupeta está associada a possíveis alterações no desenvolvimento oral do bebê (SILVA, GUEDES, 2015).

O desmame precoce impossibilita os benefícios proporcionados pelo aleitamento materno, trazendo prejuízos na saúde e desenvolvimento do recém-nascido. A amamentação proporciona a criação do vínculo entre mãe e bebê, auxilia no desenvolvimento de músculos e ossos da face, além de diminuir as mortes neonatais e fornecer proteção contra infecções. Em longo prazo está associada ao menor índice de sobrepeso, diabetes e leucemia na infância (OLIVEIRA et al, 2015; LUZ et al, 2018).

### 3.4 Fatores obstétricos relacionados à prematuridade tardia

O cuidado do pré-natal é de grande importância na atenção às gestantes em razão da possibilidade de identificar riscos obstétricos. O acompanhamento inadequado ou ausente também eleva as chances de parto pré-termo. A história obstétrica da mulher, incluindo a multiparidade, o TPP prévio e o tipo de gravidez múltipla, possui relação considerável com a prematuridade. Segundo estudos realizados com mulheres que apresentavam gravidez múltipla, as chances de ocorrer o nascimento antes das 38 semanas aumentavam entre 15 a 20 vezes (OLIVEIRA et al, 2016).

Determinadas intervenções no pré-natal podem ajudar a diminuir fatores que potencialmente alteram o neurodesenvolvimento. A idade da mulher na gravidez (adolescência ou idade mais velha), ingestão alimentar, obesidade, hipertensão, infecções e gestações múltiplas são fatores de riscos na gravidez relacionados a restrição de crescimento intrauterino que interferem na diminuição do crescimento intrauterino produz pouco fluido amniótico e por consequência, alterações no desenvolvimento do bebê. Outros fatores que devem ser observados no pré-natal são alterações fetais, que incluem a má formação genética e cromossômica, infecções e problemas no desenvolvimento da placenta (VERICAT, ORDEN, 2017).

Mulheres com idade mais elevada possuem mais chances de apresentar comorbidades, como, hipertensão e diabetes, que elevam as complicações de uma gestação, e com isso a frequência para prematuridade. O risco de complicações torna-se ainda maior para nulíparas acima de 40 anos, comparado àquelas que já tiveram filhos. A gravidez na adolescência engloba consequências na saúde da mulher e também ao recém-nascido, assim como as de idade avançada, com elevação de intercorrências no pré-natal, intraparto e pós-parto. Além dos fatores de risco salienta-se a baixa escolaridade, o início da vida sexual antes dos 15 anos, o desconhecimento e falta de acesso a métodos contraceptivos. Acresce como consequências o abandono aos estudos, carência do planejamento futuro, baixa autoestima, dificuldade de acesso a informações sobre sexualidade e ao uso correto de métodos anticoncepcionais (AZEVEDO et al, 2015; ALVES et al, 2017).

O baixo grau de escolaridade materna está interligado com a situação socioeconômica e a idade da mulher, assim como a raça/cor da pele. Consequentemente a isso decorrem outros

fatores, como o baixo ganho de peso na gestação e a procura tardia do acompanhamento gestacional, aumentando assim a incidência de prematuridade (ALVES et al, 2017; OLIVEIRA et al, 2018).

Gestações múltiplas, ruptura prematura de membranas, TPP e interrupção gestacional com indicação médica são condições que possuem relação com o parto prematuro tardio. Com isso, devem ser observadas e identificadas nas mulheres tais condições, proporcionando um cuidado apropriado, evitando a situação de prematuridade tardia. Se tratando da paridade, primíparas e múltiparas apresentam riscos de parto prematuro tardio semelhantes, no entanto, o histórico de prematuridade apresenta influência significativa em casos de prematuridade tardia (PORTO et al, 2013).

Atualmente, os índices de cesáreas eletivas ganharam maiores proporções, porém devido a variância na definição da idade gestacional, teve-se como resultado um aumento da prevalência da prematuridade tardia. A cesariana não dispõe dos mecanismos fisiológicos que auxiliam o recém-nascido à adaptação ao nascimento, sendo observados as elevadas taxas de prematuros tardios e a associação a distúrbios respiratórios, como taquipneia transitória e baixo peso ao nascer, além disso os RNPT são direcionados ao alojamento conjunto com as mães, sem levar em considerações as suas particularidades (MACHADO, MARMITT, CESAR, 2016; MATTEI, CARRENO, 2017).

É de extrema importância avaliar as indicações médicas específicas para interrupção da gestação e as consequências que advém dessa ação considerando as particularidades da prematuridade tardia. De acordo com Machado, Passini e Rosa (2015), mostraram porcentagens significativas para as diferentes situações de parto prematuro, nos quais 32,3% houve interrupção médica e desses, 56,7% dos casos a conduta não foi baseada em evidências científicas. Também demonstra a incidência de interrupções eletivas ou sem indicações com embasamento científico maiores em atendimentos privados (MACHADO, PASSINI, ROSA, 2015).

A falta de um companheiro, ou de apoio social, para compartilhar as responsabilidades, sentimentos e dificuldades da fase gestacional, pode deixar essa fase mais estressante, tornando mais vulneráveis ao parto antes do previsto àquelas que são solteiras ou não possuem uma rede de apoio (POHLMANN et al, 2016).

### 3.5 Cuidado ao prematuro tardio

O pré-natal é uma assistência que busca promover a saúde da mulher e do bebê, por meio de ações educativas e procedimentos clínicos, acompanhando e observando a evolução da gestação e pós parto. É um momento marcado por diversas mudanças físicas e hormonais, vivenciados diferentemente por cada mulher, e que necessita de acolhimento desde o diagnóstico da gestação até o pós-parto, com a necessidade dos cuidados das equipes de saúde. As orientações destinadas para as mulheres buscam possibilitar a vivência positiva do parto, proporcionar menores riscos de complicações no período pós-nascimento e êxito na amamentação. A criação de grupos de apoios e as visitas domiciliares realizadas pela equipe de saúde são estratégias que vem sendo utilizada nos atendimentos às gestantes, fazendo com que o profissional consiga se aproximar e contextualizar a mulher que está recebendo as informações (SILVA, LIMA, OSÓRIO, 2016).

A contribuição com os cuidados à prematuridade tardia pode surgir de pequenas mudanças na conduta diária, como por exemplo nas rotinas neonatais, a atenção do profissional com o manejo adequado do caso e a alta hospitalar concedida no momento correto, evitam possíveis complicações futuras no RNPT. A classificação da idade gestacional demonstra relevante contribuição no cuidado ao nascimento prematuro e, como parâmetros na identificação, são utilizados a data da última menstruação (DUM), ultrassonografia e o exame físico. Todavia os métodos aplicados variam em sua precisão e apresentam suas respectivas limitações. Em relação a isso, deve-se avaliar corretamente a interrupção da gestação, verificando a possibilidade de aguardar o TP ocorrer de forma espontânea, independente do mecanismo final de nascimento, e os riscos de manter a gestação associados a indução e a realização da cesárea. Existe uma probabilidade que a interrupção aconteça mais frequentemente na 37ª semana de gestação, com indicativo do acontecimento no setor privado. Por conta das reais motivações para interrupção não serem documentadas com divergências nas justificativas, torna-se difícil contabilizar a frequência correta em que ocorrem as interrupções gestacionais sem indicação embasada na ciência (BARBOSA et al, 2019; MACHADO, PASSINI, ROSA, 2015).

Após o nascimento de um prematuro tardio, a equipe de saúde da atenção primária deve realizar acompanhamento diferenciado ao recém-nascido para identificar possíveis necessidades de especialidades. A imunização também é um meio que possui importância no desenvolvimento de anticorpos dos recém-nascidos e, se tratando da prematuridade tardia, exige maiores cuidados devido ao risco elevado de infecções. A vacinação é o meio em que se

obtem maior impacto na prevençao de diferentes doencas. O calendario vacinal e de responsabilidade dos cuidadores e inclui o cuidado dos profissionais de saude, ambos devem buscar evitar o atraso nas aplicacoes das doses vacinais, principalmente nos primeiros meses de vida (PEINADOR et al, 2018).

As equipes de saude precisam estar capacitadas para orientar e auxiliar no aleitamento e em iniciativas para a promocao de saude, informando da importancia sobre a morbidade e mortalidade infantil. A troca de experiencias entre as mulheres e os profissionais de saude e considerada um modelo de atencao a saude da mulher que apresenta muito retorno positivo, pois possibilita a troca de vivencias. O dialogo sobre o processo gestacional informando a mulher e elevando o suporte no decorrer da gestacao gera por consequencia, melhores resultados obstetricos. Essa pratica que visa a educacao das mulheres e a promocao da saude, mostrou baixa prevalencia de prematuridade, baixo peso ao nascimento, melhoras no aleitamento materno exclusivo (SILVA, LIMA, OSORIO, 2016).

## **4 METODOLOGIA**

### **4.1 Tipo de estudo**

Trata-se de um estudo descritivo de abordagem quantitativa. Através do modelo de estudo é possível identificar as consequências sobre as questões estudadas a partir de hipóteses formuladas. Constantemente utilizado em estudos descritivos, que se destinam a classificar e descobrir a relação entre as variáveis, investigando as características do acontecimento (DALFOVO, LANA, SILVEIRA, 2008).

### **4.2 Contexto do estudo**

O local no qual foram coletados os dados para o estudo foi o Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA), na Unidade de Internação Materno Infantil (UIO), no ano de 2017 a 2019, por meio de entrevista semiestruturada com mães de recém-nascidos prematuros tardios.

### **4.3 População e amostra**

A população foi constituída de mães de RN prematuros tardios, totalizando em 170 mulheres e 187 recém-nascidos prematuros tardios, cujo o nascimento ocorreu no período de 12 meses, entre as datas 01/01/2017 e 31/12/2017. O tamanho da amostra foi calculado no programa WinPEPI (Programs for Epidemiologists for Windows) versão 11.43, de acordo com a pesquisa original.

As perdas no decorrer da coleta de dados totalizaram 5 recém-nascidos, representando 2,6% do tamanho da amostra.

Os dados coletados em que não obtiveram respostas ou registros são classificados como ignorados.

#### **4.3.1 Critérios de inclusão**

Foram incluídos na amostra da pesquisa recém-nascidos prematuros tardios, nascidos no HCPA, com idade gestacional entre 34 e 36 semanas e 6 dias.

#### **4.3.2 Critérios de exclusão**

Foram excluídos os recém-nascidos em que o óbito ocorreu durante a coleta de dados da pesquisa.

#### **4.4 Coleta dos dados**

Os dados do estudo, ao qual este está vinculado, foram coletados no primeiro momento através de questionário pré estruturado, realizada no decorrer da internação das puérperas na UIO e nos conseguintes, por meio de ligações telefônicas, ambos com uso de instrumento estruturado.

#### **4.5 Variáveis**

Variável dependente considerada para o estudo foi a prematuridade tardia.

As variáveis independentes consideradas foram:

- a) Idade materna – inferior a 20 anos, de 20 a 35 anos e superior a 35 anos.
- b) Escolaridade materna – sem escolaridade, ensino fundamental I (1º a 4º ano), ensino fundamental II (5º a 8º ano), ensino médio (1º ao 3º ano), superior incompleto e superior completo.
- c) Situação conjugal – solteira, casada, viúva, separada/divorciada, união estável, ignorada.
- d) Ocupação – estudante, autônoma, do lar, outros, ignorado ou não se aplica.
- e) Cor/raça materna – branca, preta, indígena, parda ou amarela.
- f) Número de partos vaginais anteriores.

- g) Número de cesarianas anteriores.
- h) Número de consultas de pré-natal. – Nenhuma a 3 consultas, 4 a 6 consultas, 7 a 14 consultas e mais de 15 consultas.
- i) Mês da gestação que iniciou o pré-natal.
- j) Tipo de gravidez – única, dupla, tripla ou ignorado.
- k) Via de nascimento – vaginal, cesariana ou ignorado.
- l) Cesárea ocorreu antes do trabalho de parto – sim, não ou ignorado.
- m) Indução do parto - sonda de Foley, ocitocina, misoprostol, sim, não ou ignorado.
- n) Sexo do recém-nascido
- o) Idade gestacional por capurro.
- p) Classificação do recém-nascido.
- q) Índice de Apgar – no 1º, 5º e 10º minuto de vida.

#### **4.6 Análise dos dados**

Foi constituído um banco de dados no SPSS (Statistical Package for the Social Sciences versão 23) para análise descritiva dos mesmos. As variáveis foram descritas por frequências absolutas e relativas.

#### **4.7 Aspectos Éticos**

A pesquisa foi encaminhada, de acordo com as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas que envolvem seres humanos na Resolução do Conselho Nacional de Saúde no 466/12, encaminhada inicialmente para a Comissão de Pesquisa da Escola de Enfermagem (COMPESQ) da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, e após aceita, encaminhada para o Comitê de Ética e Pesquisa do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (CEP-HCPA), aprovado com CAAE nº 57463716.3.0000.5327.

Este estudo é oriundo da pesquisa intitulada “*Fatores relacionados ao aleitamento materno no primeiro mês de vida de prematuros tardios e sua rede de apoio*”, com aprovação pelo comitê de ética do Hospital de Clínicas de Porto Alegre, com CEE nº. 57463716.3.0000.5327.

## 5 RESULTADOS

Na tabela 1, serão apresentados dados relativos as variáveis sociodemográficas das mães de prematuros tardios.

<b>CARACTERÍSTICAS</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
<b>Idade</b>		
< 20 anos	27	14,4
Entre 20 e 35 anos	108	60,5
> 35 anos	47	25,1
<b>Escolaridade</b>		
Sem escolaridade	10	5,3
Ensino fundamental I (1º ao 4º SÉRIE)	56	29,9
Ensino fundamental II (5º A 8º SÉRIE)	66	38,1
Ensino médio (1º a 3º ANO)	19	10,2
Superior incompleto	10	5,3
Superior completo	20	10,7
Ignorado	1	0,5
<b>Situação conjugal</b>		
Sem companheiro(a)	55	29,4
Com companheiro(a)	127	70,6
<b>Ocupação</b>		
Estudante	6	3,2
Autônoma	27	14,4
Do lar	67	35,8
Trabalho formal	81	46,1
Ignorado	1	0,5
<b>Cor/Raça autodeclarada</b>		
Branca	100	56,2
Preta	47	25,1
Indígena	1	0,5
Parda	32	17,1
Amarela	2	1,1

Tabela 1 – Distribuição das características sociodemográficas das 182 mães de prematuros tardios, segundo frequências absolutas e relativas. Hospital de Clínicas de Porto Alegre/RS, 2016.

A idade materna apresenta foi de 60,5% com idade entre 20 e 35 anos. A escolaridade das mulheres que mais se evidenciou foi 38,1% com estudos da 5ª a 8ª série. Quando questionadas sobre sua situação conjugal, 70,6% referiram possuir companheiro(a) 15%. Referente a ocupação, 46,1% relataram possuir ocupação formal. A cor/raça das mulheres através da autodeclaração foi de 56,2% branca.

A seguir serão apresentados os dados referentes ao pré-natal das mães de prematuros tardios realizado.

<b>CARACTERÍSTICAS</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
<b>Nº de consultas pré-natal</b>		
0 a 3	32	17,1
4 a 6	58	31
7 a 14	85	45,5
> 15	1	0,5
Ignorado	11	5,9
<b>Trimestre gestacional que iniciou pré-natal</b>		
1º trimestre	134	73,7
2º trimestre	41	22
3º trimestre	2	1,1
Ignorado/ não realizaram pré-natal	5	3,2

*Tabela 2 - Distribuição das características do pré-natal das 182 mães de prematuros tardios, segundo frequências absolutas e relativas. Hospital de Clínicas de Porto Alegre/RS, 2016.*

A tabela 2 mostra que, em relação as consultas de pré-natal, 45,5% haviam realizado entre 7 a 14 consultas de pré-natal. O início do pré-natal ocorreu 73,7% no primeiro trimestre de gestação.

Os próximos dados apresentados pela tabela 3 são referentes ao histórico obstétrico das mães de prematuros tardios.

<b>CARACTERÍSTICAS</b>		<b>N</b>	<b>%</b>
<b>Nº de partos vaginais anteriores</b>			
Nenhum		114	63,6
1		46	24,6
2		11	5,9
3		5	2,7
4		3	1,6
5		1	0,5
6		2	1,1
<b>Nº de cesarianas anteriores</b>			
Nenhum		134	74,3
1		27	14,4
2		16	8,6
3		3	1,6
4		2	1,1
<b>Nº de aborto</b>			
Nenhum		129	71,7
1		43	23
2		4	2,1
3		5	2,7
5		1	0,5
<b>Tipo de gravidez atual</b>			
Única		156	83,4
Dupla		28	15
Tripla		3	1,6
<b>Via de nascimento</b>			
Vaginal		35	18,7
Cesariana		87	49,7
Vaginal com laceração		22	11,8
Vaginal com episiotomia		34	18,2
Ignorado		4	1,6
<b>Cesárea ocorreu antes do TP</b>			
Sim		77	41,2
Não		16	8,6
Não se aplica		94	50,2
<b>Indução do parto</b>			
Sonda de Foley		8	4,3
Ocitocina		139	74,3
Ignorado		35	21,4

*Tabela 3 - Distribuição das características obstétricas e do prontuário materno das 182 mães de prematuros tardios, segundo frequências absolutas e relativas. Hospital de Clínicas de Porto Alegre/RS, 2016.*

Quanto as características obstétricas, informações obtidas por meio do prontuário destas mulheres identificou-se que 63,6% não apresentavam histórico de nascimento via vaginal e 74,3% das mulheres não apresentavam histórico de nascimento via cesarianas. Referente ao número de abortos, 71,7% das mulheres não obtiveram nenhuma intercorrência

obstétrica. O tipo de gestação único ocorreu em 83,4%. Em 49,7% a via de nascimento foi cesárea, sendo, 41,2% das cesáreas ocorreram antes do trabalho de parto. Ao se tratar da indução do parto 74,3% utilizaram ocitocina.

A tabela a seguir apresenta os dados em relação a condição de saúde durante a gestação das mães de prematuros tardios.

<b>CARACTERÍSTICAS</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
<b>Doença hipertensiva</b>	48	25,7
<b>Tratamento</b>		
Sim	48	100
Não	-	-
<b>Diabetes gestacional</b>	17	9,1
<b>Tratamento</b>		
Sim	14	82,4
Não	3	17,6
<b>Trabalho de parto prematuro</b>	40	20,9
<b>Tratamento</b>		
Sim	36	90
Não	4	10
<b>Bolsa rota</b>	48	25,1
<b>Tratamento</b>		
Sim	46	95,8
Não	2	4,2
<b>Infecção do trato urinário</b>	31	17,1
<b>Tratamento</b>		
Sim	29	93,5
Não	2	6,5
<b>Outras comorbidades</b>	76	40,6
<b>Tratamento</b>		
Sim	67	88,2
Não	10	11,8

*Tabela 4 - Distribuição das características do histórico de saúde materna na gestação atual das 182 mães de prematuros tardios, segundo frequências absolutas e relativas. Hospital de Clínicas de Porto Alegre/RS, 2016.*

Foi possível observar que 25,7% das mulheres apresentaram doença hipertensiva, 9,1% diabetes mellitus gestacional, 20,9% trabalho de parto prematuro, 25,1% bolsa rota, 17,1% infecção do trato urinário e 40,6% outras comorbidades não especificadas. Dentre as mulheres que apresentaram essas condições, observou-se em relação ao tratamento que 100% realizaram para hipertensão, 82,4% diabetes, 90% trabalho de parto prematuro, 95,8% bolsa rota, 93,5% infecção do trato urinário e 88,2% outras comorbidades.

A próxima tabela demonstra alguns dados relacionados ao recém-nascido.

<b>CARACTERÍSTICAS</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
<b>Idade gestacional por capurro</b>		
34s	31	16,6
35s	56	29,9
36s	95	53,5
<b>Sexo do RN</b>		
Masculino	92	51,9
Feminino	90	48,1
<b>Classificação do RN</b>		
PIG	32	17,1
AIG	147	81,3
GIG	2	1,1
Ignorado	1	0,5
<b>Apgar no 1º minuto de vida</b>		
2	2	1,1
3	3	1,6
4	5	2,7
5	11	5,9
6	11	5,9
7	24	12,8
8	49	26,2
9	73	41,7
10	3	1,6
Ignorado	1	0,5
<b>Apgar no 5º minuto de vida</b>		
4	2	1,1
5	2	1,1
6	1	0,5
7	8	4,3
8	33	17,6
9	89	50,3
10	46	24,6
Ignorado	1	0,5

*Tabela 5 - Distribuição das características dos recém-nascidos prematuros tardios, segundo frequências absolutas e relativas. Hospital de Clínicas de Porto Alegre/RS, 2016.*

Na tabela 5 observou-se que 53,3% dos recém-nascidos apresentaram idade gestacional por capurro de 36s. O sexo apresentado por 51,9% dos recém-nascidos foi o masculino. De acordo com o peso e a idade gestacional do bebê ao nascimento, 81,3% foram classificados como adequados para idade gestacional (AIG). No primeiro minuto de vida 41,7% dos nascidos apresentaram Apgar 9. No quinto minuto de vida 50,3% apresentaram Apgar 9.

## 6 DISCUSSÃO

Os motivos pelos quais o parto prematuro ocorre ainda não é explícito, no entanto sabe-se que as causas são multifatoriais e de grande complexidade. Os fatores estudados que apresentam influencia na prematuridade incluem a idade gestacional, presença de agentes infecciosos, características maternas, obstétricas e socioambientais e socioeconômicas (BRANDÃO, 2015).

Nesta pesquisa, o maior percentual de mulheres apresentou idade entre 20 e 35 anos e a maioria não apresentou histórico de aborto. Ao tratar-se da prematuridade, é possível observar na literatura relação com a idade materna e a prematuridade, porém os resultados obtidos não vão de encontro com a literatura. Estudos mostram que mulheres com idade acima de 35 anos, inferior a 18 anos e adolescentes com histórico obstétrico de aborto possuem associação e o aumento de risco para a prematuridade (AZEVEDO et al, 2015; ALVES et al, 2017).

O grau de escolaridade mais apresentado foi o ensino fundamental incompleto. Na literatura, são escassos os estudos que associam a baixa escolaridade com diminuição da probabilidade do parto prematuro. (BUSCAR A BAIXA ESCOLARIDADE) Entretanto, o grau de escolaridade está relacionado com diversos outros aspectos, que incluem principalmente reflexos na condição financeira futura. Um achado na literatura refere que os fatores socioeconômicos, apesar de serem considerados determinantes no parto prematuro, não possuem influência direta na gestante e sua condição de saúde, porém apresentam a possibilidade de modificar os aspectos classificados como os intermediários, os comportamentais e os psicossociais (HACKBARTH et al, 2015).

A situação conjugal mais relevante foi de mulheres que possuíam companheiro(a). Segundo a literatura, os fatores de risco para prematuridade são inúmeros e incluem cor/raça negra, baixo nível de escolaridade, estado civil solteira, trabalho exaustivo e desemprego. As estratégias do setor da saúde enfrentam um enorme desafio devido as desigualdades socioeconômicas, uma vez que uma gestante exposta a inúmeros fatores resulta em situações indesejadas para o neonato. Essas situações ocorrem no mundo todo e com isso, os países de renda média/baixa proporcionam maior prevalência da prematuridade. A elevação dos fatores que caracterizam a desigualdade como as questões de renda, escolaridade e a profissão podem diminuir o impacto nas mulheres e, por consequência, na saúde comunitária (SADOVSKY et al, 2018).

Na análise, pode-se observar que as mulheres possuíam trabalho formal. Mulheres com baixo índice de escolaridade, desempregadas e autônomas apresentaram maior vulnerabilidade às adversidades durante o parto, indicando a relação entre esses fatores na gestação da mulher.

Também pode-se observar que a maioria das mulheres se auto declaram como brancas. A cor/raça apresenta considerável influência no risco de prematuridade e as mulheres negras apresentam quatro vezes mais de risco para prematuridade em relação as brancas. Segundos estudos, a cor/raça negra apresenta elevada relação com maior probabilidade para prematuridade, contudo os determinantes socioeconômicos e demográficos devem ser considerados para ser possível uma associação com a prematuridade mais precisa. Outro fator a ser considerado em relação a prematuridade é a renda familiar, pois a pobreza apresenta um maior risco para partos prematuros e está diretamente relacionada a exclusão social e com a disparidade na saúde (SADOVSKY et al, 2018).

Os dados da amostra referem que a maioria das mulheres não apresentavam histórico de partos anteriores via vaginal e cesárea. Na literatura, apesar de a maioria dos partos ocorrer de forma espontânea, existem fatores culturais quanto à indução do TP precoce e indicações desajustada de cesáreas, que elevam a prevalência da prematuridade (SADOVSKY et al, 2018).

Foi possível analisar o tipo de gravidez atual único como o mais prevalente entre as mulheres. A cesariana como via de nascimento ocorreu na maioria dos partos, ocorrendo antes do início do trabalho de parto. Conforme descrito na literatura, é preciso avaliar quais são os riscos e benefícios para mãe e bebê a partir da escolha da via de parto nas situações em que a mulher apresenta complicações. Há indicativos de que a hospitalização precoce da gestante eleva a probabilidade de complicações para a mulher e para o recém-nascido, não só quanto ao risco de ocorrer o parto prematuro, mas também em relação à via de nascimento. O estudo também evidência a elevada prevalência de cesarianas no Brasil em hospitais públicos e privados. Apesar de ser uma intervenção eficaz e solicitada por condições médicas para reduzir o óbito fetal e materno, as taxas de cesáreas maiores que 10 a 15% deixam de representar a função pela qual ela existe (VANIN, 2020).

Em relação ao pré-natal, a maioria das mulheres realizaram entre 7 e 14 consultas, com início do acompanhamento no primeiro trimestre de gestação. Um estudo evidenciou a relevância da assistência no pré-natal e o nascimento pré-termo relacionando diversas variáveis como a renda familiar, baixa escolaridade, idade materna, situação conjugal, paridade, planejamento gestacional e gravidez indesejada, pré-natal inadequado e resultados

desfavoráveis com o nascimento prematuro. A vulnerabilidade social está ligada a situações socioeconômicas, conforme foi citado acima, incluindo aspectos psicossociais e culturais. Quando enfrentadas por mulheres, essas situações associadas dificultam a realização de um pré-natal adequado, e até mesmo o acesso de medicamentos necessários para prevenção ou tratamento de doenças durante a gestação (OLIVEIRA et al, 2019).

A realização do pré-natal tem como função certificar o desenvolvimento da gestação, propiciando um nascimento saudável, sem repercussão para a saúde da mulher, abrangendo aspectos psicossociais, com atividades educativas e de prevenção. É desfrutado como qualidade do cuidado a assistência no primeiro trimestre de gestação, desta forma a abertura precoce do pré-natal torna-se fundamental para a assistência adequada. Em relação ao número de consultas, embora não exista uma quantidade determinada, o esperado é que sejam realizadas 6 ou mais consultas em gestantes de baixo risco, sem condições de saúde prévias, e consultas mensais, quinzenais e semanais de acordo com a IG, nas gestantes com maiores riscos (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2012).

A prematuridade está diretamente associada à qualidade do pré-natal. O risco para prematuridade é quatro vezes maior nas mulheres em que não foi realizado consultas de pré-natal, sendo o risco diminuído em mulheres conforme a frequência de consultas realizadas. Foi possível observar na literatura que o pré-natal incompleto é um fator de risco para prematuridade tardia e que existe um grande número de mulheres com a assistência inadequada, realizando um pré-natal incompleto. É preciso salientar que por conta do parto prematuro, o número de consultas de pré-natal tende a ser menor quando comparado ao parto a termo. Outra observação realizada no estudo foi referente ao número de consultas feitas através do Sistema Único de Saúde (SUS), nas mulheres em que o parto prematuro ocorreu possuíam um número menor de consultas para a Idade Gestacional (IG) que se encontravam, e que é estabelecida como o desejável pelo Ministério da Saúde (VANIN et al, 2020).

De acordo com outro estudo, há um aumento das taxas de cesarianas no mundo e, no Brasil, o nascimento através dessa via de parto encontra-se com os maiores índices. Essa questão é analisada uma vez que, a cesárea tem se apresentado como escolha eletiva para via de nascimento, de maneira que necessita o enfrentamento de todos envolvidos na assistência da saúde da mulher. Além disso, reforça que a morbidade materna em relação a via de parto normal é duas vezes maior em cesáreas intraparto e duas a três vezes nas cesáreas eletivas, sendo as eletivas a causa de prolongar a internação, favorecer a prematuridade e aumentar a mortalidade após a alta hospitalar. Por meio dos serviços de saúde e amparados de artigos científicos, o Brasil e diversos outros países retomam a associação do nascimento como um

acontecimento natural e biológico, disponibilizando a cesariana para situações com necessidades cientificamente justificadas (REIS, 2014).

Nas ocasiões em ocorreu a indução do trabalho de parto, a ocitocina endógena foi a escolha mais frequente, com a idade gestacional de 36 semanas, segundo a classificação de Capurro. A literatura refere que a indução é utilizada nas mulheres em que o risco materno e fetal é maior do que manter a gestação, indicada em algumas situações como pós-datismo, hipertensão, oligodrâmnio, ruptura prematura de membrana, restrição de crescimento intrauterino. Nas situações em que o TP não inicia de modo espontâneo é utilizada a indução, que constitui em estímulos artificiais com o intuito de contrair o útero para desencadear o TP. A indução pode ocorrer de maneira eletiva, quando motivada por intenções médicas em conjunto ou não da gestante ou terapêutica, quando existem riscos para ambos. Devido às escolhas eletivas não possuírem embasamento científico para sua realização, ocasionam no aumento do risco das mulheres e dos recém-nascidos, sendo um dos motivos apontados a variação da idade gestacional, obtida através de exames ultrassonográficos e data da última menstruação em comparação com a idade do recém-nascido pela classificação de Capurro (SCAPIN, 2018).

De acordo com o presente estudo, algumas condições de saúde estiveram presentes nas mulheres durante a gestação como a doença hipertensiva, diabetes mellitus gestacional, bolsa rota, infecções do trato urinário e outras comorbidades não especificadas. As condições de saúde materna como hipertensão, infecção do trato urinário e diabetes, influenciam diretamente no nascimento prematuro. Condições de rotura prematura de membranas e outras comorbidades também apresentam efeito na prematuridade (OLIVEIRA, 2019).

Apesar das causas de prematuridade ainda não serem claras, são inúmeros os fatores de risco materno que resultam na prematuridade, incluindo os fatores genéticos. A doença hipertensiva gestacional é multifatorial e multissistêmica, diagnosticada pela identificação de proteinúria após as 20 semanas de gestação e responsável por alterações no desenvolvimento placentário, causando hipóxia e, conseqüentemente, produção elevada de fatores inflamatórios. O surgimento dessa complicação é a mais comum na gestação e com importantes riscos para as mulheres, refletindo em variados sistemas vitais como alterações hepáticas, cerebrais, sanguíneas, hidroeletrolíticas e uteroplacentária, e relacionados aos recém-nascidos como restrição no crescimento uterino, infartos placentários, deslocamento prematuro da placenta, oligodrâmnio e prematuridade (OLIVEIRA et al, 2017; PERACOLI et al, 2019).

A infecção no trato urinário tem por consequência o estímulo de resposta inflamatória no corpo materno e fetal que por fim estimula a contração uterina, desencadeando o parto prematuro, resultando ainda em possíveis complicações no recém-nascido, como sepse e complicações futuras, tais como a asma, problemas neurais e cognitivos. A sepse neonatal é uma resposta inflamatória sistêmica aumentada, decorrente de um ou mais focos com infecção, e apresenta riscos de choque e óbito do recém-nascido, que irá variar de acordo com o potencial de invasão, lesão e patogenicidade do agente infeccioso, assim como questões genéticas e fisiológicas do recém-nascido. Consequentemente, acarreta em malefícios à saúde do recém-nascido, exigindo um maior tempo de internação, necessidade de procedimentos invasivos e de alta complexidade, com elevados riscos de morte (ALVES et al, 2018; BAVARESCO et al, 2019)

O sexo do recém-nascido foi em sua maioria o masculino e diante a classificação do RN de acordo com o peso ao nascimento, apresentaram peso adequado para idade gestacional. O Apgar apresentado no primeiro e quinto minuto de vida que mais ocorreu na análise foi 9. Na busca em bases de dados utilizados na pesquisa, não foi possível encontrar estudos que relacionassem o sexo do recém-nascido com a prematuridade tardia. Pode-se observar um contraste em relação ao peso entre os recém-nascidos prematuros tardios e os a termo, relacionando diretamente o menor peso com a menor idade gestacional. Também expõe a similaridade do Apgar no primeiro e quinto minuto de vida do recém-nascido, porém foi possível evidenciar do Apgar no quinto minuto de vida menor em prematuros tardios, quando relacionado aos nascidos a termo. O apgar é uma escala que possui a finalidade de avaliar as condições do recém-nascido após o parto em relação a frequência cardíaca, esforço respiratório, tônus muscular, irritabilidade reflexa e cor, no primeiro e quinto minuto de vida, bem como possíveis manobras realizadas após nascimento. A fisiologia do prematuro tardio dispõe de particularidades, como imaturidade respiratória, instabilidade térmica e hipoglicemia e dificuldade na sucção do leite materno (MINISTERIO DA SAÚDE, 2012; SOTOMAYOR et al, 2017).

## 7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Concluiu-se que a maioria das mães de prematuros tardios apresentaram idade entre 20 e 35 anos, eram brancas, encontravam-se em união estável, possuíam estudos entre a 5ª e 8ª série e ocupação formal. Observou-se também, em relação aos dados obstétricos, que a via de parto vaginal foi de 18,7% e 49,7% via cesárea. Em relação aos casos de cesárea, 41,2% ocorreu antes do trabalho de parto e se tratando da indução, 74,3% utilizaram ocitocina. Foi possível analisar que 25,7% doença hipertensiva, 9,1% diabetes mellitus gestacional, 25,1% bolsa rota e 40,6% das mulheres apresentaram outras comorbidades.

Apesar da existência de programas de saúde assistenciais no pré-natal, os resultados indicam uma possível falha com relação a qualidade da assistência prestada à mulher gestante, por conseguinte, apontam para uma oportunidade de melhoria nas práticas de cuidado ao pré-natal, considerando a importância do mesmo para a prevenção do nascimento prematuro. Os profissionais de saúde apresentam uma função crucial em analisar o perfil das mulheres para quem estão fornecendo o atendimento e designando os cuidados, com o intuito de verificar as necessidades que a gestante em questão apresenta, direcionando o plano assistencial e personalizando os cuidados de acordo com as particularidades e especificidades de cada uma.

A assistência de qualidade permite identificar os diversos fatores de riscos para prematuridade, analisar e avaliar o melhor plano de cuidado a ser fornecido para aquela gestante, com o intuito de precaver as condições desfavoráveis ao nascimento a termo. Ainda que as mulheres no geral realizem as consultas de pré-natal preconizadas pelo ministério da saúde, considera-se importante a realização de estudos com relação ao pré-natal e a prematuridade tardia visto que os risco incluem diversos fatores que necessitam ser analisados e avaliados, derivando de diferentes aspectos na vida das mulheres.

Embora o estudo tenha apresentado dados condizentes com a literatura, os resultados mostraram que apesar do parto prematuro, a maioria dos recém-nascidos deste estudo apresentaram um nascimento em condições favoráveis. Uma das limitações do estudo é devido ao uso da metodologia descritiva sugerindo a realização de estudos analíticos para aprofundar o assunto. Sugere-se também outros estudos referentes às práticas relacionadas aos prematuros tardios, com intuito de verificar as taxas de aleitamento materno, o contato pele a pele e a estimulação do vínculo entre mães e recém-nascido na primeira hora de vida.

## REFERÊNCIAS

- ABREU, F. C. P. et al. BREASTFEEDING PRETERM INFANTS AT HOME. **Texto contexto - enfermagem**, Florianópolis, v. 24, n. 4, p. 968-975, 2015.
- ALGARVES, T. R.; JULIÃO, A. M. S.; COSTA, H. M. ALEITAMENTO MATERNO: INFLUÊNCIA DE MITOS E CRENÇAS NO DESMAME PRECOCE. **Rev. Saúde em foco**, Teresina, v. 2, n. 1, art. 10, p. 151-167, jan./jul. 2015.
- ALVES, B. J. et al. SEPSE NEONATAL: MORTALIDADE EM MUNICÍPIO DO SUL DO BRASIL, 2000 A 2013. **Rev. paul. pediatr.**, São Paulo, v. 36, n. 2, p. 132-140, June 2018.
- ALVES, N. C. C. et al. Complicações na gestação em mulheres com idade maior ou igual a 35 anos. **Rev. Gaúcha Enferm.**, Porto Alegre, v. 38, n. 4, 2017.
- AZEVEDO, W. F. et al. Complicações da gravidez na adolescência: revisão sistemática da literatura. **Einstein (São Paulo)**, São Paulo, v. 13, n. 4, p. 618-626, 2015.
- BARBOSA, H. L. et al. Acurácia da determinação da idade gestacional no Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (SINASC): um estudo de base populacional. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 35, n. 3, e00098918, 2019.
- BAVARESCO, T. et al. Hipertensão e infecção do trato urinário maternas e condições metabólicas em prematuros. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, v. 72, supl. 3, p. 3-8, Dec. 2019.
- BRANDAO, Ana Maria Simões et al. Parto pré-termo com e sem rotura prematura de membranas: características maternas, obstétricas e neonatais. **Rev. Bras. Ginecol. Obstet.**, Rio de Janeiro, v. 37, n. 9, p. 428-433, Sept. 2015.
- CASTELLI, C. T. R.; ALMEIDA, S. T. Avaliação das características orofaciais e da amamentação de recém-nascidos prematuros antes da alta hospitalar. **Rev. CEFAC**, São Paulo, v. 17, n. 6, p. 1900-1908, 2015.
- DALFOVO, M. S.; LANA, R. A.; SILVEIRA, A. Métodos quantitativos e qualitativos: um resgate teórico. **Revista Interdisciplinar Científica Aplicada, Blumenau**, v.2, n.4, p.01- 13, Sem II. 2008.
- DOELLINGER, P. V. et al. Prematuridade, Funções Executivas e Qualidade dos Cuidados Parentais: Revisão Sistemática de Literatura. **Psic.: Teor. e Pesq.**, Brasília, v. 33, e. 3321, 2017.
- HACKBARTH, B. B. et al. Suscetibilidade à prematuridade: investigação de fatores comportamentais, genéticos, médicos e sociodemográficos. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**. V. 37, n. 8, p. 353-8, 2015.
- JESUS, P. C.; OLIVEIRA, M. I. C.; MORAES, J. R. Capacitação de profissionais de saúde em aleitamento materno e sua associação com conhecimentos, habilidades e práticas. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 1, p. 311-320, jan. 2017.

- LUZ, L. S. et al. Predictive factors of the interruption of exclusive breastfeeding in premature infants: a prospective cohort. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, v. 71, n. 6, p. 2876-2882, Dec, 2018.
- MACHADO, A. K. F.; MARMITT, L. P.; CESAR, J. A. Prematuridade tardia no extremo sul do Brasil: um estudo de base populacional. **Rev. Bras. Saude Mater. Infant.**, Recife, v. 16, n. 2, p. 113-120, June, 2016.
- MACHADO, L. C. Jr.; PASSINI, R. P. Jr.; ROSA, I. R. M. Late prematurity: a systematic review, **J. Pediatr.** (Rio J.), Porto Alegre, v. 90, n. 3, p. 221-231, June 2014.
- MATTEI, F.; CARRENO, I. Fatores associados à saúde materno-infantil no Rio Grande do Sul, Brasil. **Revista Brasileira Saúde Materno Infantil**, Recife, V. 17, n. 3, p. 539-549. Julho, 2017.
- Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica, Atenção ao pré-natal de baixo risco. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.
- Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Atenção à saúde do recém-nascido: guia para os profissionais de saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.
- OLIVEIRA, A. A. et al. Fatores associados ao nascimento pré-termo: da regressão logística à modelagem com equações estruturais. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 35, n. 1, e00211917, 2019.
- OLIVEIRA, C. S. et al. Amamentação e as intercorrências que contribuem para o desmame precoce. **Rev. Gaúcha Enfermagem**, Porto Alegre, v. 36, n. spe, p. 16-23, 2015.
- OLIVEIRA, K. A. de et al. Associação entre raça/cor da pele e parto prematuro: revisão sistemática com meta-análise. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 52, 26, 2018.
- OLIVEIRA, L. L. et al. Maternal and neonatal factors related to prematurity. **Revista Escola de Enfermagem USP**. V. 50 n. 3, São Paulo, May/June, 2016.
- OLIVEIRA, S. G. et al. ASSISTÊNCIA DE ENFERMEIROS NA SÍNDROME HIPERTENSIVA GESTACIONAL EM HOSPITAL DE BAIXO RISCO OBSTÉTRICO. **Rev Cuid**, Bucaramanga, v. 8, n. 2, p. 1561-1572, Dec. 2017.
- PEINADOR, M. Y. et al. Recomendaciones de seguimiento del prematuro tardío. **Rev Pediatr Aten Primaria**, Madrid, v. 20, n. 78, p. 195-200, jun 2018.
- PERACOLI, José Carlos et al. Pre-eclampsia/Eclampsia. **Rev. Bras. Ginecol. Obstet.**, Rio de Janeiro, v. 41, n. 5, p. 318-332, May 2019.
- POHLMANN, F. C. et al. Parto prematuro: enfoques presentes en la producción científica nacional e internacional. **Enferm. glob.**, Murcia, v. 15, n. 42, p. 386-397, abril, 2016.

- PORTO, Ana Maria Feitosa et al. Características maternas em gestações com risco de prematuridade tardia. **Rev. Bras. Saude Mater. Infant.**, Recife, v. 13, n. 2, p. 161-166, June, 2013.
- REIS, Z. S. N. et al. Associação entre risco gestacional e tipo de parto com as repercussões maternas e neonatais. **Rev. Bras. Ginecol. Obstet.**, Rio de Janeiro, v. 36, n. 2, p. 65-71, Feb. 2014.
- SADOVSKY A. D. et al. Socioeconomic inequality in preterm birth in four Brazilian birth cohort studies. **Jornal de Pediatria**, Rio de Janeiro, v. 94 p. 15-22, 2018.
- SADOVSKY, A. D. I. et al. The associations that income, education, and ethnicity have with birthweight and prematurity: how close are they? **Rev Panam Salud Publica**, v. 42:e92, 2018.
- SBP. Sociedade Brasileira de Pediatria. **Prevenção da prematuridade – uma intervenção da gestão e da assistência**. Departamento Científico de Neonatologia, nº2, nov, 2017. Disponível em: [https://www.sbp.com.br/fileadmin/user\\_upload/20399b-DocCient\\_-\\_Prevencao\\_da\\_prematuridade.pdf](https://www.sbp.com.br/fileadmin/user_upload/20399b-DocCient_-_Prevencao_da_prematuridade.pdf)
- SCAPIN, S. Q. et al. INDUÇÃO DE PARTO EM UM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO: MÉTODOS E DESFECHOS. **Texto contexto - enferm.**, Florianópolis, v. 27, n. 1, e0710016, 2018.
- SILVA, E. P.; LIMA, R. T.; OSORIO, M. M. Impacto de estratégias educacionais no pré-natal de baixo risco: revisão sistemática de ensaios clínicos randomizados. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 9, p. 2935-2948, Sept. 2016.
- SILVA, W. F.; GUEDES, Z. C. F. Prematuros e prematuros tardios: suas diferenças e o aleitamento materno. **Rev. CEFAC**, São Paulo, v. 17, n. 4, p. 1232-1240, Aug. 2015.
- SOARES, A. C. C.; SILVA, K.; ZUANETTI, P. A. Variáveis de risco para o desenvolvimento da linguagem associadas à prematuridade. **Audiol. Commun. Res.**, São Paulo, v. 22, p. 1745, 2017.
- SOTOMAYOR, V. et al. Estudio comparativo de morbimortalidad del prematuro tardío y el recién nacido de término. Hospital de Clínicas. Asunción, Paraguay. **Pediatr. (Asunción)**, Asunción, v. 44, n. 2, p. 104-110, Aug, 2017.
- TUON, R. A. et al. Impacto do monitoramento telefônico de gestantes na prevalência da prematuridade e análise dos fatores de risco associados em Piracicaba, São Paulo, **Brasil. Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 32, n. 7, e00107014, 2016.
- VANIN, L. K. et al. FATORES DE RISCO MATERNO-FETAIS ASSOCIADOS À PREMATURIDADE TARDIA. **Rev. paul. pediatr.**, São Paulo, v. 38, e2018136, 2020.
- VERICAT, A; ORDEN, AB. Riesgo neurológico en el niño de mediano riesgo neonatal. **Acta pediatr. Méx**, México, v. 38, n. 4, p. 255-266, agosto 2017.

**APÊNDICE A**  
**INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS**  
**PESQUISA: FATORES ASSOCIADOS AO ALEITAMENTO MATERNO NO**  
**PRIMEIRO MÊS DE VIDA DE PREMATUROS TARDIOS**

**PARTICIPANTE NÚMERO:** |\_|\_|\_|

**IDENTIFICAÇÃO DA ENTREVISTADA**

**PRONTUÁRIO** |\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|

**DATA DE NASCIMENTO:** \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

**TELEFONE PARA CONTATO:**

1. \_\_\_\_\_
2. \_\_\_\_\_
3. \_\_\_\_\_

**LEITO:**

**BAIRRO/CIDADE:** \_\_\_\_\_

**INFORMAÇÕES COLETA DE DADOS**

**COLETA DE DADOS NAS PRIMEIRAS 48 HORAS APÓS O NASCIMENTO**

**ENTREVISTADOR:** \_\_\_\_\_

**DATA DA ENTREVISTA** \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

**DIGITADO NO BANCO DE DADOS POR:** \_\_\_\_\_

**ENTREVISTA POR TELEFONE COM 15 DIAS DE VIDA**

**ENTREVISTADOR:** \_\_\_\_\_

**DATA DA ENTREVISTA** \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

**DIGITADO NO BANCO DE DADOS POR:** \_\_\_\_\_

**ENTREVISTA POR TELEFONE COM 30 DIAS DE VIDA**

**ENTREVISTADOR:** \_\_\_\_\_

**DATA DA ENTREVISTA** \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

**DIGITADO NO BANCO DE DADOS POR:** \_\_\_\_\_

## **COLETA DE DADOS NAS PRIMEIRAS 48 HORAS APÓS O NASCIMENTO DO RECÉM-NASCIDO**

### **1.1 IDADE MATERNA**

1. ( ) INFERIOR A 20 ANOS
2. ( ) ENTRE 20 A 35 ANOS
3. ( ) SUPERIOR A 35 ANOS

### **1.2 ESCOLARIDADE MATERNA**

1. ( ) ENSINO FUNDAMENTAL
2. ( ) ENSINO MÉDIO
3. ( ) ENSINO SUPERIOR
77. ( ) NÃO SE APLICA

### **1.3 SITUAÇÃO CONJUGAL**

1. ( ) COM COMPANHEIRO
2. ( ) SEM COMPANHEIRO

### **1.4 OCUPAÇÃO**

1. ( ) ESTUDANTE
2. ( ) EXERCE ATIVIDADE REMUNERADA
3. ( ) DO LAR
77. ( ) NÃO SE APLICA

### **1.5 COR/RAÇA MATERNA AUTODECLARADA**

1. ( ) BRANCA
2. ( ) PRETA
3. ( ) OUTRAS

### **1.6 NÚMERO DE GESTAÇÕES ANTERIORES**

1. ( ) NENHUM/0
2. ( ) 1 (UM)
3. ( ) 2 (DOIS OU MAIS)

### **1.7 NÚMERO DE PARTOS VAGINAIS ANTERIORES**

1. ( ) NENHUM/0
2. ( ) 1 (UM)
3. ( ) 2 (DOIS OU MAIS)

### **1.8 NÚMERO DE CESARIANAS ANTERIORES**

1. ( ) NENHUM/0
2. ( ) 1 (UM)
3. ( ) 2 (DOIS OU MAIS)

### **1.9 NÚMERO DE NASCIDOS VIVOS**

1. ( ) NENHUM/0
2. ( ) 1 (UM)
3. ( ) 2 (DOIS OU MAIS)

### **2.0 NÚMERO DE PERDAS FETAIS OU ABORTO**

1. ( ) NENHUM/0
2. ( ) 1 (UM)
3. ( ) 2 (DOIS OU MAIS)

### **2.1 NÚMERO DE CONSULTAS DE PRÉ-NATAL**

1. ( ) NENHUMA/0
2. ( ) 1 (UM) A 5 (CINCO)
3. ( ) 6 (SEIS OU MAIS)

### **2.2 INÍCIO DO PRÉ-NATAL**

1. ( ) ATÉ 12 SEMANAS
2. ( ) APÓS 12 SEMANAS
3. ( ) SEM REGISTRO
77. ( ) NÃO SE APLICA

### **2.3 TEVE ACOMPANHANTE NO MOMENTO DO NASCIMENTO?**

1. ( ) SIM
2. ( ) NÃO

**2.4 TEMPO DE CONTATO PELE A PELE ENTRE MÃE E RECÉM-NASCIDO NA PRIMEIRA HORA DE VIDA**

1. ( ) ATÉ 15 MINUTOS
2. ( ) ATÉ 60 MINUTOS
3. ( ) MAIS DE 60 MINUTOS
4. ( ) NÃO HOUVE CONTATO PELE A PELE
77. ( ) NÃO SE APLICA

**2.5 RN SUGOU/PROCUROU NA PRIMEIRA HORA DE VIDA**

1. ( ) SIM
2. ( ) NÃO
77. ( ) NÃO SE APLICA

**2.6 PRESENÇA DE TRAUMAS MAMILARES NO PUERPÉRIO (24HS)**

1. ( ) SIM
2. ( ) NÃO
77. ( ) NÃO SE APLICA

**2.7 USO DE FÓRMULA PARA ALIMENTAÇÃO PELO RECÉM-NASCIDO**

1. ( ) SIM
2. ( ) NÃO
77. ( ) NÃO SE APLICA

**2.8 SEXO DO RECÉM-NASCIDO**

1. ( ) MASCULINO
2. ( ) FEMININO

**2.9 IDADE GESTACIONAL (CAPURRO)**

1. ( ) 34 a 34+6
2. ( ) 35 a 35+6
3. ( ) 36 a 36+6

**3.0 CLASSIFICAÇÃO DO RECÉM-NASCIDO**

1. ( ) FIG

2. ( ) AIG

3. ( ) GIG

### **3.1 ÍNDICE DE APGAR NO 1º MINUTO DE VIDA**

1. ( ) 0

2. ( ) 1

3. ( ) 2

4. ( ) 3

5. ( ) 4

6. ( ) 5

7. ( ) 6

8. ( ) 7

9. ( ) 8

10. ( ) 9

11. ( ) 10

### **3.2 ÍNDICE DE APGAR NO 5º MINUTO DE VIDA**

1. ( ) 0

2. ( ) 1

3. ( ) 2

4. ( ) 3

5. ( ) 4

6. ( ) 5

7. ( ) 6

8. ( ) 7

9. ( ) 8

10. ( ) 9

11. ( ) 10

### **3.3 ÍNDICE DE APGAR NO 5º MINUTO DE VIDA**

1. ( ) 0

2. ( ) 1

3. ( ) 2

4. ( ) 3

5. ( ) 4
6. ( ) 5
7. ( ) 6
8. ( ) 7
9. ( ) 8
10. ( ) 9
11. ( ) 10

**3.4 PESO DO RN:** \_\_\_\_\_

**3.5 INTERNAÇÃO RECÉM-NASCIDO NA NEONATOLOGIA**

1. ( ) SIM
2. ( ) NÃO

**3.6 RN COM CONTROLE GLICÊMICO**

1. ( ) SIM
2. ( ) NÃO

**3.7 DATA DO NASCIMENTO DO RECÉM-NASCIDO** \_\_\_\_\_

**3.8 DATA DE INTERNAÇÃO EM ALOJAMENTO CONJUNTO** \_\_\_\_\_

**3.9 DATA DE INTERNAÇÃO NA NEONATOLOGIA** \_\_\_\_\_

**4.0 DATA DA ALTA DA UNIDADE DE NEONATOLOGIA** \_\_\_\_\_

**4.1 DATA DA ALTA HOSPITALAR** \_\_\_\_\_

**ENTREVISTA POR TELEFONE PARA PUÉRPERAS COM RN 15 DIAS DE VIDA**

**4.2 RECEBEU AUXILIO PARA AMAMENTAR NA UNIDADE DE SAÚDE?**

1. ( ) SIM
2. ( ) NÃO

**4.3 QUAL PROFISSIONAL AUXILIOU?**

1. ( ) ENFERMEIRA
2. ( ) TÉCNICA DE ENFERMAGEM
3. ( ) OUTROS
77. ( ) NÃO SE APLICA

**4.4 PRESENÇA DE TRAUMAS MAMILARES NO PUERPÉRIO**

1. ( ) SIM
2. ( ) NÃO

**4.5 USO DE FÓRMULA PARA ALIMENTAÇÃO PELO RECÉM-NASCIDO**

1. ( ) SIM
2. ( ) NÃO

**4.6 OFERECEU OU OFERECE CHUPETA?**

1. ( ) SIM
2. ( ) NÃO

**4.7 O BEBÊ NECESSITOU DE ALGUM CUIDADO DE SAÚDE?**

1. ( ) SIM
2. ( ) NÃO

**4.8 O BEBÊ RECEBEU OU ESTÁ RECEBENDO ALGUMA MEDICAÇÃO?**

1. ( ) SIM
2. ( ) NÃO

**4.9 VOCÊ NECESSITOU DE ALGUM CUIDADO DE SAÚDE?**

1. ( ) SIM
2. ( ) NÃO

**5.0 VOCÊ ESTÁ COM DIFICULDADE PARA AMAMENTAR?**

1. ( ) SIM
2. ( ) NÃO
77. ( ) NÃO SE APLICA

**ENTREVISTA POR TELEFONE PARA PUÉRPERAS COM RN 30 DIAS DE VIDA****5.1 RECEBEU AUXÍLIO PARA AMAMENTAR NA UNIDADE DE SAÚDE?**

1. ( ) SIM

2. ( ) NÃO

### **5.2 QUAL PROFISSIONAL AUXILIOU?**

1. ( ) ENFERMEIRA
2. ( ) TÉCNICA DE ENFERMAGEM
3. ( ) OUTROS
77. ( ) NÃO SE APLICA

### **5.3 PRESENÇA DE TRAUMAS MAMILARES NO PUERPÉRIO**

1. ( ) SIM
2. ( ) NÃO

### **5.4 USO DE FÓRMULA PARA ALIMENTAÇÃO PELO RECÉM-NASCIDO**

1. ( ) SIM
2. ( ) NÃO

### **5.5 OFERECIU OU OFERECE CHUPETA?**

1. ( ) SIM
2. ( ) NÃO

### **5.6 O BEBÊ NECESSITOU DE ALGUM CUIDADO DE SAÚDE?**

1. ( ) SIM
2. ( ) NÃO

### **5.7 O BEBÊ RECEBEU OU ESTÁ RECEBENDO ALGUMA MEDICAÇÃO?**

1. ( ) SIM
2. ( ) NÃO

### **5.8 VOCÊ NECESSITOU DE ALGUM CUIDADO DE SAÚDE?**

1. ( ) SIM
2. ( ) NÃO

### **5.9 VOCÊ ESTÁ COM DIFICULDADE PARA AMAMENTAR?**

1. ( ) SIM

2. ( ) NÃO

77. ( ) NÃO SE APLICA

**6.0 RN FOI A ÓBITO DURANTE O PERÍODO DOS PRIMEIROS 30 DIAS DE VIDA?**

1. ( ) SIM

2. ( ) NÃO

## APÊNDICE B

### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL ESCOLA DE ENFERMAGEM PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM - DOUTORADO

#### **Pesquisa: FATORES ASSOCIADOS AO ALEITAMENTO MATERNO NA PREMATURIDADE TARDIA**

**Pesquisador Responsável: Profa Dra Ana Lucia de Lourenzi Bonilha**

**Doutoranda Responsável: Enfa Jéssica Machado Teles**

Local da Coleta de Dados: Hospital de Clínicas de Porto Alegre e posterior contato telefônico

A pesquisa “FATORES ASSOCIADOS AO ALEITAMENTO MATERNO NA PREMATURIDADE TARDIA”, tem como objetivo identificar os fatores associados ao aleitamento materno na prematuridade tardia durante o primeiro mês de vida do recém-nascido. Ou seja, estamos pesquisando os fatores envolvidos no aleitamento materno para recém-nascidos que são prematuros tardios, nascidos entre 34 e 36 semanas mais 6 dias de gestação. Esta pesquisa está sendo desenvolvida por uma professora da Escola de Enfermagem da UFRGS e por uma aluna do curso de Doutorado, da mesma universidade (Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da UFRGS).

Por se tratar de um estudo em que os dados serão obtidos por meio de entrevista, vimos por meio deste documento lhe convidar para participar desta pesquisa e pedir a sua autorização para utilizar estes dados apenas para fins de pesquisa. Informamos que não será publicado em nenhum momento o seu nome e nem o nome do seu filho recém-nascido. Utilizaremos o número do seu telefone, se autorizar, para contato durante a coleta de dados desta pesquisa, está previsto o número de duas ligações após a alta hospitalar, aos 15 e após aos 30 dias de vida do seu bebê. As pesquisadoras se identificarão durante o contato telefônico e farão perguntas sobre aleitamento materno.

Ainda salientamos que esta pesquisa prevê riscos mínimos aos participantes, apenas será necessário que responda questões sobre amamentação e aleitamento materno que serão feitas pelas pesquisadoras. Dentre os benefícios em participar deste estudo, incluímos que estará beneficiando a pesquisa na área da enfermagem com ênfase no cuidado ao recém-nascido prematuro. Além disso, você poderá desistir em participar da pesquisa em qualquer momento que julgar necessário. Os dados obtidos nesta entrevista serão descartados após 5 anos da data da coleta.

Porto Alegre \_\_\_\_\_, de \_\_\_\_\_ de 20\_\_.

---

Nome do colaborador

---

Assinatura do colaborador

---

Enfa Jéssica Machado Teles (Doutoranda)

---

Profa Dra Ana Lucia de Lourenzi Bonilha

**APÊNDICE C**  
**APROVAÇÃO COMITÊ DE ÉTICA HOSPITAL DE CLÍNICAS DE PORTO**  
**ALEGRE (CEP/HCPA)**

HOSPITAL DE CLÍNICAS DE  
 PORTO ALEGRE - HCPA /  
 UFRGS



**PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP**

**DADOS DA EMENDA**

**Título da Pesquisa:** FATORES RELACIONADOS AO ALEITAMENTO MATERNO NO PRIMEIRO MÊS DE VIDA DE PREMATUROS TARDIOS E A REDE DE APOIO

**Pesquisador:** Ana Lucia de Lourenzi Bonilha

**Área Temática:**

**Versão:** 4

**CAAE:** 57463716.3.0000.5327

**Instituição Proponente:** Hospital de Clínicas de Porto Alegre

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

**DADOS DO PARECER**

**Número do Parecer:** 1.792.592

**Apresentação do Projeto:**

Emenda submetida em 11/10/2016 visa alterar metodologia do projeto, adicionando um segundo encontro.

**Objetivo da Pesquisa:**

O objetivo da presente emenda é adicionar um novo encontro presencial com o intuito de confirmar a construção do mapa feito no primeiro encontro, sendo para tal também atualizado o TCLE.

**Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

A presente emenda não altera a avaliação de riscos e benefícios anteriormente realizada para este projeto.

**Endereço:** Rua Ramiro Barcelos 2.350 sala 2227 F  
**Bairro:** Bom Fim **CEP:** 90.035-903  
**UF:** RS **Município:** PORTO ALEGRE  
**Telefone:** (51)3359-7640 **Fax:** (51)3359-7640 **E-mail:** cephcpa@hcpa.edu.br

**APÊNDICE C (Cont.)**  
**APROVAÇÃO COMITÊ DE ÉTICA HOSPITAL DE CLÍNICAS DE PORTO**  
**ALEGRE (CEP/HCPA)**

HOSPITAL DE CLÍNICAS DE  
 PORTO ALEGRE - HCPA /  
 UFRGS



Continuação do Parecer: 1.792.592

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

Justificativa para a emenda:

"Após avaliação da equipe de pesquisa percebeu-se a necessidade de validação pela participante de seu mapa da rede de apoio sendo assim, será necessário alterar o segundo encontro com as participantes da etapa qualitativa do projeto. Não será feito o contato telefônico e sim um novo encontro presencial com o intuito de confirmar a construção do mapa feito no primeiro encontro."

**Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

Foram adicionados os seguintes documentos:

- Carta adendo;
- Nova versão do Projeto de 11/10/2016;
- Nova versão do TCLE referente ao delineamento qualitativo de 11/10/2016.

**Recomendações:**

Nada a recomendar.

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

A emenda não apresenta pendências e está em condições de aprovação.

**Considerações Finais a critério do CEP:**

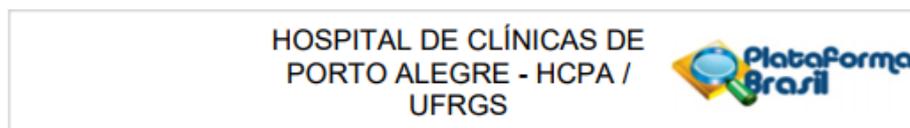
Emenda submetida em 11/10/2016 aprovada, inclui Projeto de 11/10/2016 e TCLE referente ao delineamento qualitativo de 11/10/2016.

**Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:**

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_806278 E1.pdf	11/10/2016 14:19:53		Aceito
Outros	adendo.pdf	11/10/2016 14:18:28	Ana Lucia de Lourenzi Bonilha	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	projetoreformulado.pdf	11/10/2016 14:17:36	Ana Lucia de Lourenzi Bonilha	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	tclequali.pdf	11/10/2016 14:17:13	Ana Lucia de Lourenzi Bonilha	Aceito
Outros	cartarespostacep.pdf	21/09/2016 15:39:17	Ana Lucia de Lourenzi Bonilha	Aceito
Cronograma	cronograma.pdf	21/09/2016 15:37:58	Ana Lucia de Lourenzi Bonilha	Aceito

Endereço: Rua Ramiro Barcelos 2.350 sala 2227 F  
 Bairro: Bom Fim CEP: 90.035-903  
 UF: RS Município: PORTO ALEGRE  
 Telefone: (51)3359-7640 Fax: (51)3359-7640 E-mail: cephcpa@hcpa.edu.br

**APÊNDICE C (Cont.)**  
**APROVAÇÃO COMITÊ DE ÉTICA HOSPITAL DE CLÍNICAS DE PORTO**  
**ALEGRE (CEP/HCPA)**



Continuação do Parecer: 1.792.592

Declaração de Pesquisadores	DelegacaoFuncoesHiago.pdf	01/09/2016 16:48:24	Ana Lucia de Lourenzi Bonilha	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE2.pdf	01/09/2016 16:47:33	Ana Lucia de Lourenzi Bonilha	Aceito
Declaração de Pesquisadores	DelegacaoFuncoes.pdf	30/06/2016 11:29:14	Ana Lucia de Lourenzi Bonilha	Aceito
Folha de Rosto	folha_de_rosto.pdf	02/06/2016 10:59:38	Ana Lucia de Lourenzi Bonilha	Aceito
Orçamento	ORCAMENTO.pdf	02/06/2016 10:57:48	Ana Lucia de Lourenzi Bonilha	Aceito

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

PORTO ALEGRE, 26 de Outubro de 2016

\_\_\_\_\_  
**Assinado por:**  
**Marcia Mocellin Raymundo**  
**(Coordenador)**

<b>Endereço:</b> Rua Ramiro Barcelos 2.350 sala 2227 F			
<b>Bairro:</b> Bom Fim	<b>CEP:</b> 90.035-903		
<b>UF:</b> RS	<b>Município:</b> PORTO ALEGRE		
<b>Telefone:</b> (51)3359-7640	<b>Fax:</b> (51)3359-7640	<b>E-mail:</b> cephcpa@hcpa.edu.br	