



UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARÁ
INSTITUTO DE CIÊNCIA DA SAÚDE
FACULDADE DE ENFERMAGEM



MARIANA REIS BOÁS.
NILMA APARECIDA GARCIA DE ARAÚJO.

**FATORES DE RISCO MATERNOS PRESENTES NO NASCIMENTO DE
PREMATUROS: UMA REVISÃO DE LITERATURA.**

BELÉM-PARÁ

2013

MARIANA REIS BOÁS.
NILMA APARECIDA GARCIA DE ARAÚJO.

FATORES DE RISCO MATERNOS PRESENTES NO NASCIMENTO DE
PREMATUROS: UMA REVISÃO DE LITERATURA.

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à
Universidade Federal do Pará como requisito parcial
para a obtenção do grau de Bacharelado e
Licenciatura em Enfermagem.

Orientadora: Prof^a Esp. Franciane do Socorro
Rodrigues Gomes.

BELÉM-PARÁ
2013

MARIANA REIS BOÁS.
NILMA APARECIDA GARCIA DE ARAÚJO.

FATORES DE RISCO MATERNOS PRESENTES NO NASCIMENTO DE
PREMATUROS: UMA REVISÃO DE LITERATURA.

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado a Universidade Federal do Pará,
como requisito para a obtenção do grau de Bacharelado e Licenciatura em
Enfermagem.

Banca examinadora:

1º Membro: -----
Profª Espec. Franciane do Socorro Rodrigues Gomes

2º Membro: -----
Profª Dra Rosineide dos Santos Tavares

3º Membro: -----
Profª Mestranda Sheila Barbosa Paranhos

Dedico este estudo ao meu filho João Miguel Boás Botelho, que no evento de seu nascimento me instigou a curiosidade sobre o tema.

Mariana Reis Boás

Dedico este estudo aos meus filhos, Heitor de Araújo Cardoso e Ísis de Araújo Cardoso, que mesmo sem entender minha ausência são meus incentivos para continuar lutando pelos meus objetivos.

Nilma Aparecida Garcia de Araújo

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente a Deus pelo dom da vida, e por ter me proporcionado forças nos momentos em que pensei em desistir do sonho da graduação.

Agradeço a minha mãe Ana Maria Ribeiro dos Reis, ao meu filho João Miguel Boás Botelho e ao meu Padrasto Ronaldo Javam da Silva por me ajudarem a realizar esse sonho.

Agradeço, a minha avó Clemilde Ribeiro dos Reis, aos meus tios: Jorge Ribeiro dos Reis e Afonso Ribeiro dos Reis por me ajudarem tanto financeiramente quanto no incentivo e apoio na conquista da graduação.

Agradeço a minha Orientadora Prof.^a Esp. Franciane do Socorro Rodrigues Gomes, pelos ensinamentos valiosos que contribuíram para concretização desta pesquisa.

Agradeço a minha Amiga Nilma de Araújo, por ter compartilhado dos momentos de alegria e tensão que vivemos ao longo da pesquisa.

Agradeço aos colegas de turma pela convivência nos momentos alegres e tristes que vivemos durante a graduação.

Mariana Reis Boás

AGRADECIMENTO

Agradeço a Deus por me proporcionar esta conquista e por tudo que já me proporcionou.

Agradeço aos meus pais, Alberico Lopes de Araújo, principalmente minha mãe Margarida Garcia de Araújo, por sempre estar ao meu lado.

Agradeço a minha família, em especial, meu esposo, meus filhos e meus irmãos por fazerem parte da minha vida.

Agradeço a minha Amiga Mariana pela paciência e por ter permitido que compartilhasse desta pesquisa.

Agradeço a minha Orientadora Prof.^a Esp. Franciane do Socorro Rodrigues Gomes, pelos conhecimentos produzidos e por contribuir para o término desta pesquisa.

Agradeço as colegas de turma, pela convivência, carinho e pelos momentos de alegria, ao longo dessa caminhada.

Agradeço a todas as pessoas que cuidaram dos meus filhos para que eu pudesse estudar e estar realizando mais um sonho.

Nilma Aparecida Garcia De Araújo.

“Ainda que eu falasse as línguas dos homens e dos Anjos e não tivesse amor, seria como um metal que soa ou como o sino que tine. E ainda que tivesse o dom de profecia, e conhecesse todos os mistérios e toda a ciência, e ainda que tivesse toda a fé de maneira tal que transportasse os montes e não tivesse amor, nada seria.”

(Coríntios cap.13 vers. 1 e 2)

RESUMO

Esta pesquisa teve como objeto de estudo o conhecimento produzido acerca dos principais fatores de risco que levam ao nascimento de recém-nascidos prematuros. A cada ano cerca de 15 milhões de bebês nascem prematuros no mundo. Mais de 1 milhão deles morrem dias após o parto. No Brasil há 279,3 mil partos de prematuros por ano, ocupando a 10ª posição em números absolutos de nascimentos prematuros. O estudo objetivou discorrer, através da revisão de literatura, sobre os principais fatores de risco para o nascimento de prematuros e descrever a atuação do enfermeiro na promoção a saúde e prevenção destes fatores de risco. O método utilizado foi a revisão de literatura do tipo narrativa. Para obtenção dos dados, utilizou-se o levantamento bibliográfico realizado nas principais bases de dados bibliográficos e portais de periódicos eletrônico: Bireme, Scielo, BVS, Lilacs, envolvendo artigos, monografias, dissertações e teses que abordam os principais fatores que levam ao nascimento de RN prematuros, no período de 2001 a 2013. Evidenciamos que a produção de conhecimento científico em se tratando dos principais fatores de risco para prematuridade, abordaram principalmente fatores como: situação socioeconômica, escolaridade materna, etnia/raça, idade materna, Doença Hipertensiva Específica da Gestação, infecção do trato urinário, infecção vulvovaginal, anemia ferropriva, gemelaridade, diabetes gestacional, abuso de álcool e outras drogas, má nutrição e baixo peso materno. O estudo foi de fundamental importância para aperfeiçoar nossos conhecimentos a respeito dos principais fatores de risco para a prematuridade, visto que a incidência de nascimento prematuro mantém-se em alta a cada ano, principalmente em países em desenvolvimento como o Brasil.

Palavras-chave: Fatores de Risco. Nascimento Prematuro. Enfermagem.

ABSTRACT

This research had as its object of study the knowledge produced about the main risk factors that lead to the birth of premature newborns. Each year about 15 million babies are born premature in the world. More than 1 million of them die within days of birth. In Brazil there are 279,3 million premature births a year, occupying the 10th position in absolute numbers of premature births. The study aimed to discourse, through the review of literature, the main risk factors for preterm birth; Describe the role of the nurse in health promotion and prevention of these risk factors. The method used was a literature review of the narrative type. To obtain the data, we used the bibliographical survey conducted in major bibliographic databases and electronic journals portals: Bireme, SciELO, VHL, Lilacs, involving articles, monographs, dissertations and theses that address the major factors that lead to the birth of premature infants in the period 2001-2013. After the search for material on prematurity we showed that the production of scientific knowledge in the case of the main risk factors for prematurity, mainly addressed factors such as socioeconomic status, maternal education, ethnicity / race, maternal age, preeclampsia, urinary tract infection , vulvovaginal infection, iron deficiency anemia, twin pregnancy, gestational diabetes, alcohol abuse and drug abuse, malnutrition and underweight mothers. The study was of fundamental importance to improve our knowledge about the main risk factors for prematurity, since the incidence of preterm birth remains high in every year, mainly in developing countries like Brazil.

Keywords: Risk Factors. Premature Birth. Nursing

LISTA DE SIGLAS

OMS	Organização Mundial de Saúde.
HIV	Vírus da Imunodeficiência Humana.
UNICEF	Nações Unidas para Infância.
BVS	Biblioteca Virtual da Saúde.
CID	Classificação Internacional de doenças.
RN	Recém-Nascido
BPN	Baixo Peso ao Nascer.
MBP	Muito Baixo Peso.
EBP	Extremo Baixo Peso.
DUM	Data da Última Menstruação.
PE	Prematuro Extremo
MP	Muito Prematuro
PR	Prematuro
SINASC	Sistema de Informações sobre os Nascidos Vivos.
QI	Quociente de Inteligência
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
DHEG	Doença Hipertensiva e Específica da Gravidez
HELLP	Hemólise, Enzimas Hepáticas e Baixa Contagem de Plaquetas
ITU	Infecção do Trato Urinário.
DST	Doença Sexualmente Transmissível
GABA	Gama-Aminobutírico
PAISM	Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher
VDRL	Veneral Disease Research Laboratory.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	11
1.2 JUSTIFICATIVA	12
1.3 O PROBLEMA.....	13
1.4 OBJETIVO.....	13
1.4.1 Geral	13
1.4.2 Específicos	13
2 REVISÃO DE LITERATURA	Erro! Indicador não definido.
2.1 PREMATURIDADE:	14
2.1.1 Definições e Classificações	14
2.2 PERÍODO PERINATAL E NEONATAL	15
2.2.1 Epidemiologia de Nascimentos Prematuros.....	15
2.2.2 Prejuízos do Nascimento de Prematuros ao Crescimento e Desenvolvimento.....	17
3 METODOLOGIA	19
4 APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	20.
4.1 FATORES DE RISCO MATEMOS PARA O NASCIMENTO DE PREMATUROS.....	20
4.1.1 Situação socioeconômica	21
4.1.2 Escolaridade materna e desigualdade social	21
4.1.3 Etnia/raça	22
4.1.4 Idade materna	22
4.1.5 Doença hipertensiva específica da gravidez (dheg)	22
4.1.6 Infecção do trato urinário	23
4.1.7 Infecções vulvovaginais	24
4.1.8 Anemia ferropriva.....	25
4.1.9 Gemelaridade.....	25
4.1.10 Diabetes gestacional.....	26
4.1.11 Abuso de álcool e outras drogas.....	27
4.1.12 Má nutrição	28
4.1.13 Baixo peso materno	28
5 ATUAÇÃO DO ENFERMEIRO NA ATENÇÃO A SAÚDE DA MULHER	29
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS	Erro! Indicador não definido.
REFERÊNCIAS	33

1 INTRODUÇÃO

1.1 APRESENTAÇÃO DO TEMA

A prematuridade é decorrente de circunstâncias diversas imprevisíveis, em todos os lugares e classes sociais. Acarreta às famílias e à sociedade em geral um custo social e financeiro de difícil mensuração. Exige da estrutura assistencial capacidade técnica e equipamentos nem sempre disponíveis. Afeta diretamente a estrutura familiar alterando as expectativas e anseios que permeiam a perinatalidade. É difícil avaliar os componentes que influenciam e são influenciados pelo complexo processo do nascimento prematuro (RAMOS e CUMAM, 2009).

A prematuridade é fator de grande relevância para estudos científicos, principalmente com relação às suas morbidades. O neonato é o indivíduo que está em constante transformação para adaptar-se o mais rápido possível ao seu novo meio. É de grande importância o acompanhamento do RN desde os primeiros minutos de vida (FORMIGA et al., 2004).

Segundo relatório divulgado pela Organização Mundial de Saúde (2012) a cada ano, cerca de 15 milhões de bebês nascem prematuros no mundo, sendo que o Brasil aparece na 10ª posição em números absolutos, com 279,3 mil partos de prematuros por ano. Quando se leva em consideração a taxa de nascimentos prematuros para cada 100 nascimentos, o país tem 9,2% de prematuros. A taxa de nascimentos prematuros do Brasil é igual a da Alemanha e inferior a dos Estados Unidos, que está na faixa de 12% de bebês nascidos prematuros (BRASIL, 2012).

Ainda de acordo com o relatório da OMS, (2012) nos países mais desenvolvidos, o crescimento no número de nascimentos prematuros está ligado ao número de gestantes com idade acima dos 35 anos e ao aumento no uso de técnicas reprodutivas, que conseqüentemente resulta em gestação com múltiplos fetos. Além disso, induções médicas desnecessárias e cesarianas antecipadas têm também aumentado o número de nascimentos prematuros. Em muitos países de baixa renda, os nascimentos prematuros estão relacionados às infecções como: malária, HIV e altas taxas de adolescentes grávidas (BRASIL, 2012).

Estudos realizados por Malveira et al. (2006), evidenciam um conjunto comum de fatores de risco para o parto prematuro, dentre os quais podemos destacar: situação socioeconômica, a idade materna, o baixo peso materno no início da

gravidez, o tabagismo, a instabilidade emocional durante a gestação e a deficiência na assistência pré-natal. Estes fatores são comuns tanto para o nascimento prematuro quanto para o muito baixo peso ao nascer.

Segundo Ramos e Cumam (2009), podemos observar a relação da idade materna como fator de risco para prematuridade, pois a gravidez na adolescência é um fator agravante para tal, podendo ocorrer complicações perinatais, baixo ganho de peso materno, desproporção cefalopélvica, pré-eclâmpsia, prematuridade e baixo peso ao nascer. As intercorrências relativas à gravidez na adolescência se tornam mais fortes quando associadas a condições socioeconômicas e geográficas precárias, como a frágil estrutura familiar e dificuldade de acesso aos serviços assistenciais.

Dentre outros fatores já citados acima, como a idade materna Rocha et al. (2006), afirmam que a etiologia da prematuridade é multifatorial, isto é, que a causa do parto prematuro são inúmeras. Dentre estas, se destacam as condições socioeconômicas adversas, a desnutrição, a anemia ferropriva materna, as infecções vaginais e do trato urinário, a primariedade jovem e a doença hipertensiva na gravidez. Todas essas condições são intercorrências que influenciam no binômio mãe-feto o que contribui para elevar os números de parto prematuros e recém-nascidos de baixo peso.

1.2 JUSTIFICATIVA

Ao estagiar em um Hospital de Referência, nas práticas obstétricas e neonatais, durante a graduação de enfermagem, foi observado o grande número de partos prematuros, nos despertando interesse sobre o assunto.

Rocha et al. (2006), afirmam que a etiologia da prematuridade é multifatorial, destacando a anemia ferropriva materna, a primariedade jovem, bem como a doença hipertensiva na gravidez, dentre outros. Ao analisarmos essas causas, podemos afirmar que algumas delas podem ser evitáveis. Uma vez que os mesmos autores mostram que tais intercorrências influenciam no binômio mãe-feto o que contribui para elevar os números de parto prematuros e recém-nascidos de baixo peso.

Neste sentido, acreditamos que discutir sobre os fatores de risco maternos presentes no nascimento de prematuros, baseado nas diversas literaturas preencherá algumas lacunas do conhecimento, uma vez que este estudo

condensará as mais variadas informações a respeito do tema. Consideramos que esta pesquisa é de importante relevância, pois oferecerá subsídios que poderão contribuir para melhor atuação dos profissionais de saúde, em particular o enfermeiro, no período pré-natal até a alta hospitalar e puerperal, no propósito de prevenir o nascimento de bebês prematuros.

1.3 O PROBLEMA

O crescimento de partos prematuros está relacionado aos fatores de riscos maternos, sendo motivo de preocupação para a saúde pública. Malveira et al. (2006), evidenciam um conjunto comum de fatores de risco para o parto prematuro, dentre os quais podemos destacar: situação socioeconômica, a idade materna, o baixo peso materno no início da gravidez, o tabagismo, a instabilidade emocional durante a gestação e a deficiência na assistência pré-natal. Estes fatores são comuns tanto para o nascimento prematuro quanto para o muito baixo peso ao nascer.

Neste sentido, é importante que se investigue o que os autores da literatura apontam e discutem a respeito dos fatores de risco maternos relacionados ao nascimento de bebês prematuros.

Partindo deste contexto, questionamos: Quais os fatores de risco maternos para o nascimento de prematuros evidenciados na literatura? Qual a atuação do enfermeiro na prevenção e detecção precoce destes fatores de risco sugeridos pela literatura?

1.4 OBJETIVOS

1.4.1 Geral

Investigar os fatores de risco maternos presentes no nascimento de prematuros, evidenciados na literatura científica.

1.4.2 Específicos

Identificar quais os fatores de risco maternos para o nascimento de prematuros.

Descrever atuação do enfermeiro na promoção a saúde e prevenção dos fatores de risco maternos, baseado na literatura.

2 REVISÃO DE LITERATURA

2.1 PREMATURIDADE: DEFINIÇÕES E CLASSIFICAÇÕES

A Organização Mundial da Saúde (OMS) define como pré-termo toda criança nascida antes de 37 semanas. Sendo assim, inclui todo recém-nascido (RN) vivo com menos de 37 semanas completas de gestação (<259 dias), contadas a partir do primeiro dia do último período menstrual e classifica o prematuro de acordo com seu peso ao nascer: Baixo Peso ao Nascer (BPN): De 1.500Kg a 2.499Kg; Muito Baixo Peso ao Nascer (MBP): De 1.000Kg a 1.499Kg e Extremo Baixo Peso (EBP): Até 999Kg (DATASUS, 2008).

Foi considerado um neonato prematuro aquele que nasce antes do fim da 37ª semana ou 36 6/7 semanas, considerando a data da última menstruação (DUM). Classificando-se ainda em diferentes graus: Grupo I: pré-termo limítrofe (de 36 a 36 6/7 semanas); Grupo II: moderadamente prematuro (de 31 a 35 6/7 semanas); e Grupo III: extremamente prematuro (22 a 30 6/7 semanas) (MURAHOVSKI, 2006).

Lemos et al. (2010), classificou prematuros de acordo com a idade gestacional em: prematuros extremos - PE (IG até 28 semanas), muito prematuros - MP (IG de 29 a 32 semanas) e prematuros - PR (33 a 36 semanas de IG); e de acordo com o peso ao nascimento em: extremo baixo peso - EBP (menores que 1000 gramas), muito baixo peso- MBP (de 1000 a 1499 gramas) e baixo peso- BP (de 1500 a 2499 gramas).

A prematuridade é classificada em duas categorias: espontânea, consequência do trabalho de parto espontâneo propriamente dito, e eletiva, quando ocorre por indicação médica, decorrente de intercorrências maternas e/ou fetais. A prematuridade eletiva representa 20 a 30% dos partos prematuros, podendo chegar a 35,2% quando gestações múltiplas são incluídas. O nascimento prematuro está associado a 75% da mortalidade neonatal e representa a causa mais frequente de morbidade neonatal, podendo estar relacionada a alguns fatores de risco demográficos e obstétricos (SALGES et al., 2009).

De acordo com os autores Bittar e Zugaib (2009) a prematuridade espontânea corresponde a 75% dos casos e decorre do trabalho de parto prematuro. Nesse grupo, a etiologia é complexa e multifatorial ou desconhecida.

Devido à interrupção normal da gravidez ocorre a imaturidade de órgãos vitais, ao qual, o RN prematuro apresenta características peculiares como a caixa

torácica ser mais frágil e deprimível, musculatura pouco desenvolvida que por consequência aumenta a dificuldade respiratória, hipóxia e outros problemas cuja estas causas estão associadas diretamente a prematuridade contribuindo para o aumento do índice de mortalidade infantil que é de 61,4% (MURAHOVSKI,2006; SILVEIRA et al.,2008).

2.2 PERÍODO PERINATAL E NEONATAL

De acordo com definições adotadas pela Assembléia Mundial da Saúde conforme o Artigo 23 da Constituição da OMS, que o período perinatal começa em 22 semanas completas (154 dias) de gestação (época em que o peso de nascimento é normalmente de 500 g), e termina com sete dias completos após o nascimento e o período neonatal começa no nascimento e termina após 28 dias completos depois do nascimento (DATASUS, 2008).

O período perinatal foi inicialmente definido pela Organização Mundial da Saúde (OMS) na oitava revisão da Classificação Internacional de Doenças (CID-8) em 1967, como aquele compreendido entre a 28ª semana de gestação ou crianças com peso acima de 1.000 g e o sétimo dia de vida. Com a CID-10, editada em 1993 e adotada no Brasil em 1996, este período se inicia na 22ª semana de gestação e considera crianças com peso acima de 500g.(LANSKY et al,2002).

Peller propôs o termo perinatal em 1940. Para os estatísticos, o uso desse conceito facilitou no âmbito internacional. Depois de assumir a responsabilidade pelas sucessivas revisões de classificação internacional de doenças, a OMS, na 10ª Revisão da Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde (CID-10), redefiniu o período perinatal, que se inicia em 22 semanas completas de gestação e se estende até sete dias completos após o nascimento (ALMEIDA et al., 2006).

2.3 EPIDEMIOLOGIA DE NASCIMENTOS PREMATUROS

De acordo com um estudo divulgado pela Organização Mundial da Saúde (OMS) mostrou que a prematuridade é a segunda causa de morte de crianças com menos de cinco anos de idade, ficando atrás somente da pneumonia. A incidência dos partos prematuros é maior nos países pobres, cerca de 10%, e pouco menor nas nações mais desenvolvidas, 9%. Porém destaca que a prematuridade não é um problema somente das regiões pobres do mundo (BRASIL, 2012).

O relatório publicado pela UNICEF em 2013 mostrou dados do Ministério da Saúde de 2011 que retratam o nascimento prematuro como a causa principal de mortalidade infantil durante o primeiro mês de vida. Cerca de 70% dessas mortes ocorrem nos primeiros 28 dias após o nascimento (UNICEF, 2013).

Segundo dados do Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos (2005) a prematuridade (< 37 semanas de gestação) manteve-se estável no país entre 2000 e 2005 (6,8% e 6,6% respectivamente), índice semelhante ao de países desenvolvidos, com persistência em 2005 dos níveis de prematuridade extrema (< 32 semanas de gestação) e de prematuridade tardia ou moderada (32 a 36 semanas de gestação). Percebe-se, porém, pequeno aumento da proporção de nascidos vivos prematuros nas regiões Sudeste e Centro-Oeste do país, especificamente da prematuridade tardia, enquanto a prematuridade extrema se manteve estável (FRANÇA; LANSKY, 2008).

A prematuridade apesar de não ter uma etiologia específica, é a principal causa de óbito neonatal em todas as regiões do Brasil. Sua ocorrência tem maior contribuição no excesso de risco de morte neonatal no Brasil e indicam problemas na assistência relacionados ao cuidado pré-natal, durante o trabalho de parto e ao recém-nascido (FRANÇA; LANSKY, 2008).

Um estudo realizado por Souza e Botelho, (2012) em algumas capitais da região Norte, podemos verificar que no período de 1994 a 2005, houve um aumento no percentual de prematuridade nas seguintes capitais: Boa Vista, Macapá, Manaus, Palmas, Porto Velho e Rio Branco. Em Belém no Estado do Pará houve uma diminuição no percentual de prematuridade caindo de 6,5% para 5,7%.

O SINASC, sistema do Ministério da Saúde, apontava um discreto aumento nacional no percentual de prematuridade, de 6,8% para 7,2% entre 2000 e 2010. Paradoxalmente, as regiões mais desenvolvidas (Sul e Sudeste) são as que apresentam os maiores percentuais de prematuridade (12% e 12,5%, respectivamente), seguidos pela Região Centro-Oeste (11,5%), Nordeste (10,9%) e Norte (10,8%) (UNICEF, 2013).

Um grande esforço tem sido feito para tratar e evitar a morte de prematuros, mas pouco se sabe ou se fez para evitar a ocorrência da prematuridade, com prevalência crescente em algumas cidades do país (FERRARI et al., 2006; BARROS et al., 2005).

2.4 PREJUÍZOS DO NASCIMENTO DE PREMATUROS AO CRESCIMENTO E DESENVOLVIMENTO.

De acordo com Zomignani et al, (2009) sobrevivência de prematuros é uma realidade que remete a reflexões e questionamentos sobre a qualidade de vida e repercussões sobre o crescimento e desenvolvimento dessas crianças, despertando interesse e preocupações: o nascimento prematuro interrompe a evolução normal da gestação e as crianças nascidas prematuramente são consideradas de risco em relação ao desenvolvimento neurológico e motor. Isso acontece devido à vulnerabilidade do cérebro na ocasião do nascimento. Tal vulnerabilidade pode levar a anormalidades anatômicas, mais frequentes nessas crianças do que em nascidos a termo.

Essas anormalidades podem interferir nas capacidades funcionais, como: coordenação viso motora, linguagem marcha, equilíbrio, deficiência auditiva e/ou visual, cognitivas, alterações no quociente de inteligência (QI), memória, atenção capacidades para cálculos, e problemas comportamentais, do tipo internalizante, caracterizados por ansiedade e retraimento, ou externalizante, caracterizados por impulsividade e condutas antissociais, causando déficits que persistem na adolescência e vida adulta, interferindo na sua qualidade de vida (ZOMIGNANI et al, 2009).

Segundo Vieira e Linhares (2011), fatores de risco pré-natais e neonatais para atraso ou desvio do desenvolvimento neurológico e motor das crianças prematuras em idade pré-escolar foram os seguintes: duração prolongada em ventilação mecânica no período neonatal, menor peso ao nascer, baixo escore Apgar, convulsões perinatais, sofrimento fetal agudo, hemorragia e uso de corticoterapia pós-natal. Além disso, o baixo nível educacional da mãe e o alto índice de conflito familiar mostraram-se como um fator de risco psicossocial importante para a disfunção neurológica.

Em contrapartida, a maior idade gestacional, o ganho de peso corporal, o aumento do perímetro cefálico entre o nascimento e a alta hospitalar, o aleitamento materno foram identificados como fatores de proteção do desenvolvimento neurológico e motor das crianças (VIEIRA; LINHARES, 2011).

As sequelas podem ocorrer ou não nos prematuros, contudo, a incidência de deficiência mental e paralisia cerebral é mais elevada nesse grupo comparada com RN a termo. A prematuridade eleva o risco de alterações nas funções corticais,

distúrbios da linguagem e percepção visual, déficit de atenção, e desordens do aprendizado. Tais sequelas podem acompanhar o prematuro até a idade escolar, mesmo para aqueles que não apresentam sequelas evidentes (GOMELLA, 2006; MAGALHÃES et al., 2003; MÉIO et al., 2004).

Barbosa et al., (2007), verificou que os aspectos clínicos e neurocomportamentais são fatores importantes para detecção de atraso neuromotores de Recém Nascidos Prematuros. Portanto, quanto mais precoce forem detectados atrasos no desenvolvimento neurocomportamental, maiores serão as chances de intervir de forma essencial, possibilitando o desenvolvimento adequado.

3 METODOLOGIA

O estudo foi realizado através de uma revisão bibliográfica. Trata-se de uma revisão narrativa de literatura feita a partir da seleção de artigos científicos nacionais e internacionais publicados acerca da temática: Fatores de Risco Maternos para o nascimento de prematuros e a atuação do enfermeiro, sendo incluídos temas considerados pertinentes ao assunto.

Buscaram-se publicações científicas brasileiras, na Biblioteca Virtual da Saúde (BVS), indexadas nos bancos de dados: Scielo, Bireme, Lilacs. Como critérios de inclusão utilizaram-se artigos disponíveis em português, com ano de publicação de 2001 a 2013. Para as demais obras e publicações como livros, teses, dissertações e manuais e relatórios oficiais de organizações internacionais e Ministério da Saúde utilizamos os mesmos critérios. Foram utilizados os seguintes descritores: Fatores de Risco para Prematuridade, Conceito de Prematuro e Nascimentos de Prematuros.

O rastreamento se deu entre os meses de agosto a novembro de 2013, a partir da análise das publicações catalogadas para fazer parte do estudo, os dados foram sistematizados de forma narrativa.

4 APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

4.1 FATORES DE RISCO MATERNOS PARA O NASCIMENTO DE PREMATUROS

Apresentaremos a seguir resultados baseados em diversos estudos a respeito dos fatores de risco maternos presentes no nascimento de prematuros.

De acordo com Araújo et al. (2007) e Rocha et al. (2012) estudos epidemiológicos demonstraram os múltiplos fatores para o nascimento prematuros (Quadro 1). Tais intercorrências ou fatores diversos podem contribuir para resultados neonatais adversos como o risco de prematuridade e o baixo peso ao nascer.

Quadro 1: Fatores de riscos maternos para o nascimento de prematuros

-Situação socioeconômica
-Escolaridade Materna
-Etnia/Raça
-Idade Materna
-Doença Hipertensiva Específica da Gravidez
-Infecção do trato urinário
-Infecções vulvovaginais
-Anemia ferropriva
-Gemelaridade
-Diabetes gestacional
-Abuso de álcool e outras drogas
-Má nutrição
-Baixo peso materno

Fonte: Araújo et al. (2007); Rocha et al. (2012).

4.1.1 Situação Socioeconômica

A desigualdade econômica e social brasileira se reflete no diferencial de acesso à assistência qualificada de pré-natal, ao parto e ao RN. Se por um lado as tecnologias de assistência perinatal vêm influenciando com avanços importantes, por outro lado acentuam as desigualdades nas sociedades em que o acesso a esse tipo de assistência não está garantido para toda a população, como no caso do Brasil (VICTORA et al., 2003 apud LANSKY et al., 2007).

Os serviços de saúde devem ser mais acessíveis e eficientes onde os riscos são maiores, assim reduzirá as disparidades entre classes sócias e raças (HARTZ et al. (1996 apud FRANÇA; LANSKY, 2008).

O stress crônico causados pelas situações de pobreza, discriminação social racial - teoria do “weathering” ou “desgaste” interferiria no aumento da pressão arterial, na função imunológica, com aumento da susceptibilidade à infecção e na liberação do hormônio corticotrópico. Todos estes fatores estão relacionados com piores resultados perinatais, como a prematuridade e suas complicações (EDWARD et al. (1996 apud FRANÇA; LANSKY, 2008).

4.1.2 Escolaridade materna e desigualdade social

A educação materna é um indicador indireto da condição socioeconômica da família e um fator de risco para a prematuridade, ao qual dados do IBGE afirmam que cerca de 50% das mães no Brasil têm menos de 8 anos de instrução, variando entre 61,8% na região Nordeste e 32,1% no Sudeste. Apesar da queda da taxa média de fecundidade (que passou de 6 filhos por mulher em idade fértil na década de 60, para 2,7 em 1996 e 2,0 em 2006) manteve-se o diferencial entre as mães com nível universitário de menos filhos em comparação as mães analfabetas (IBGE, 2007).

Em relação ao rendimento familiar, observou-se aumento da proporção de mulheres com filhos que vivem com rendimento familiar até $\frac{1}{2}$ salário mínimo per capita (de 69,3% em 1996 para 74,0% em 2006), indicando que apesar da redução da taxa de fecundidade no Brasil persiste uma maior quantidade de filhos nas famílias mais pobres (FRANÇA; LANSKY, 2008).

4.1.3 Etnia/Raça

São poucos os estudos disponíveis abordando desigualdades raciais na saúde obstétrica e neonatal no país, porém já indicam um grave diferencial entre brancos e negros, conforme estudos realizados no Rio de Janeiro e Pelotas que apontaram tratamento distinto nos serviços de saúde, como por exemplo, o menor acesso das mulheres negras à cesariana e à anestesia durante o trabalho de parto em relação às mulheres brancas (LEAL et al., 2005).

4.1.4 Idade Materna

Os extremos de idade da mãe (menos de 19 anos, especialmente abaixo de 15 anos e idade acima de 35 anos) têm sido tradicionalmente relacionados ao maior risco para a prematuridade e o baixo peso ao nascer (INSTITUTE OF MEDICINE, 2003).

No Brasil a proporção de mães adolescentes (10-19 anos) passou de 23,0% em 1996 para 21,6% em 2005. Não houve mudança importante na proporção de mães com filhos na faixa etária entre 10 e 14 anos, que se manteve em torno de 0,9%, variando entre 1,5% na região Norte e 0,6% no Sudeste. Entretanto, nas idades entre 15 e 17 anos verificou-se aumento - de 6,9% em 1996 para 7,6% em 2006 - maior nas regiões Nordeste e Norte. Por outro lado, detecta-se também aumento da proporção de mães com mais de 35 anos de idade no país, que representaram 8,2% em 1996 e 9,2% dos nascimentos em 2005, com maior proporção em 2005 nas regiões Sul e Sudeste (IBGE, 2007).

Relatos de estudos prévios sobre a relação entre a idade materna e os resultados perinatais são extremamente controversos. No grupo de gestantes adolescente, vários autores têm relatado maior incidência de complicações obstétricas e perinatais, tais como parto pré-termo e baixo peso ao nascer. Atualmente, considera-se que a primigesta adolescente, com idade entre 16 e 19 anos e que recebem cuidados pré-natais adequados, não apresentam risco perinatal aumentado, quando comparadas a mulheres mais velhas em condições sociais e econômicas similares (AZEVEDO et al., 2002).

4.1.5 Doença Hipertensiva Específica Da Gravidez (DHEG)

O diagnóstico de DHEG se faz por conta da 24^a semana de gestação. (BEZERRA et al, 2005). Esta se caracteriza por hipertensão acompanhada de

protenúria e/ou edema, sendo estes chamados de tríade da DHEG. A protenúria é indicada como perda de proteína pela urina, sendo um sinal laboratorial muito importante principalmente se aparecer associada a hipertensão, denominando caso de Pré-eclâmpsia (MONTENEGRO;REZENDE,2003).

Segundo Montenegro e Rezende (2003), o edema aumenta subitamente de peso igual ou superior a 500g/semana. Pode ser tido como um sinal de alerta, pois o edema é um fator recorrente da gestação. Porém, de acordo com Amorim (2007), o edema não faz parte do diagnóstico, pois muitas grávidas em estados normais apresentam edema.

A DHEG classifica-se em duas formas básicas: Pré-eclâmpsia que é a forma não convulsiva marcada pelo início da hipertensão aguda após a 20ª semana de gestação, e a Eclampsia, que é um distúrbio hipertensivo gestacional que se caracteriza pelos episódios convulsivos consequentes a efeitos cerebrais profundos da pré-eclâmpsia (OLIVEIRA et al.,2006;PERACOLI;PARPINELLI,2005).

A Eclampsia é responsável por uma parcela significativa dos casos de mortalidade materna e perinatal, sendo associada a complicações frequentes de órgãos vitais como: Sistema Nervoso Central, Fígado e Rins. Apesar de submetida a extensa investigação nos últimos anos a etiologia da eclampsia ainda é desconhecida (COSTA, 2004).

As complicações da DHEG afetam muitos sistemas orgânicos como os sistemas cardiovasculares, renal, hematológico, neurológico, hepático e uteroplacentário, causando riscos materno-fetais como: deslocamento de placenta, prematuridade, retardo do crescimento intrauterino, morte materno-fetal, oligúria, crise hipertensiva, edema pulmonar, edema cerebral, trombocitopenia, hemorragia, acidente vascular cerebral, cegueira, intolerância fetal ao trabalho de parto e a síndrome de HELLP (NETINA, 2003).

4.1.6 Infecção Do Trato Urinário

A infecção do trato urinário se reveste de grande importância e interesse prático, em consequência de sua elevada incidência, principalmente durante o ciclo gravídico-puerperal. Compromete cerca de 10% das gestantes tornando-as assim mais vulneráveis a morbimortalidade materno-infantil (SANTANA et al., 2007).

Os fatores predisponentes das infecções do trato urinário na gestação são: diabetes, antecedentes pessoais de infecção urinária, infecção urinária na atual

gravidez, doenças prévias do trato urinário, anemias e hipertensão arterial. Dentre as complicações maternas das infecções do trato urinário, as mais temidas são o trabalho de parto prematuro, insuficiência renal, processos septicêmicos e endocardite bacteriana (DUARTE et al., 2003).

A infecção do trato urinário (ITU) é a multiplicação de microrganismos nas vias urinárias. É uma das infecções mais frequentes, podendo ocorrer em qualquer faixa de idade e predominando no sexo feminino e na fase sexualmente ativa. A bacteriúria assintomática é a forma mais comum na gravidez, mas toda e qualquer infecção nas vias urinárias devem ser investigada e tratada durante a gestação sob o risco de complicações importantes tanto para a gestante quanto para o bebê (MATHIAS, 2011).

A gestante torna-se mais vulnerável a infecção urinária pelas modificações e funcionais desencadeadas pelo crescimento do útero e pelos hormônios da gravidez. Também tem relação com a ocorrência de ITU fatores como a frequência e tempo de esvaziamento da bexiga, o volume de urina que fica na bexiga após a micção, hábitos de higiene pessoal, masturbação e virulência da flora bacteriana própria da vagina (REZENDE, 2011).

4.1.7 Infecções Vulvovaginais

Quanto à etiologia, as leucorréias são: fisiológicas como aquelas que ocorrem durante a gravidez, período fértil da mulher e puerperal, dentre as infecciosas podemos citar as bacterianas inespecífica e específicas, fúngicas causadas principalmente pela *Cândida albicans* e outras *Cândida sp.*; outros fungos, protozoária como o *Trichomonas vaginalis*, viral, doenças venéreas, tipos diversos de vaginite (AILESSI e OKASAKI, 2007).

Além da ação local, os microrganismos ainda podem causar danos diretos ou indiretos ao feto, determinando rotura de membranas ovulares e trabalho de parto prematuro. É de grande importância o tratamento das vulvovaginites na gestação pelas consequências materno-fetais (AILESSI e OKASAKI, 2007).

Segundo Fonseca et al., (2008) o fato de gestante com história prévia de parto prematuro apresentar maior razão de prevalências à ocorrência de corrimento vaginal pode ser decorrente da presença de algum tipo de infecção geniturinária, visto que a causa infecciosa está presente em cerca de 40% dos casos de trabalho de parto prematuro espontâneos. Estudo realizado em São Paulo mostrou que a

ocorrência de prematuridade foi cerca de três vezes maior em gestantes com corrimento vaginal secundário a uma DST.

Quando o corrimento vaginal está associado às DST, o que ocorre em 25% a 90% das vezes, este pode causar graves danos à saúde da gestante e do recém-nascido como, por exemplo, prematuridade e baixo peso ao nascer, corioamnionite, endometrite puerperal e infecção da ferida operatória pós-cesárea (FONSECA et al., 2008).

4.1.8 Anemia Ferropriva

Segundo a OMS, essa elevada taxa de anemia ferropriva na gestação pode estar relacionada a uma dieta insuficiente de ferro. Uma dieta equilibrada nem sempre é suficiente para suprir as necessidades de ferro que aumentam durante a gestação. A deficiência de ferro na gestante pode acarretar efeitos adversos tanto para a sua saúde quanto para a do recém-nascido. As anemias maternas moderadas e graves estão associadas a um aumento na incidência de abortos espontâneos, partos prematuros, baixo peso ao nascer e morte perinatal. Os efeitos no feto podem ser a restrição do crescimento intrauterino, prematuridade, morte fetal e anemia no primeiro ano de vida, devido às baixas reservas de ferro no recém-nascido (ROCHA et al., 2005).

Estima-se que aproximadamente a metade das gestantes no mundo tenha anemia por deficiência de ferro, principalmente nos países em desenvolvimento. Embora a deficiência de ferro e a anemia ferropriva na gestação são citadas como o problema mais comum na gravidez. Entre as consequências da anemia no período da gestação, destacam-se, particularmente, a prematuridade e o baixo peso ao nascer (SOUZA et al., 2004).

4.1.9 Gemelaridade

O crescimento das gestações múltiplas decorrente das técnicas de reprodução assistida tem sido levantado como fator para explicar o aumento da prematuridade, porém não foi detectada mudança importante neste indicador no período entre 1997 e 2005 no país, somente um pequeno aumento nas regiões Sul e Sudeste do país (FRANÇA e LANSKY, 2008).

O parto gemelar ocorre, geralmente, por volta da 37ª semana gestacional, aliciando a prematuridade. Outro fator de risco que carrega a gravidez gemelar é a

maior frequência de malformações congênitas (duas vezes maior) e de trauma de parto (SOUZA et al., 2001).

4.1.10 Diabetes Gestacional

O diabetes gestacional conceitua-se como uma diminuição a tolerância à glicose, de graus variados, diagnosticada pela primeira vez durante a gestação, podendo ou não persistir após o parto. Sua prevalência é de 7,6% no Brasil, em gestantes com mais de 20 anos. O diabetes gestacional representa um fator de risco para o trabalho de parto prematuro e outras intercorrências materno-fetais. O diagnóstico precoce é essencial para que medidas de prevenção e tratamento sejam instituídas (BRASIL, 2012).

O diabetes mellitus é uma doença provocada por um distúrbio metabólico, tem como consequência a hiperglicemia que é acarretada por defeitos na ação e/ou na secreção da insulina (LIRA; DIMENSTEIN, 2010)

Uma vez que a mulher engravida, ocorre uma série transformações em seu organismo, uma delas são a alteração do controle da glicose e a necessidade de insulina, essas modificações acontecem através do aumento dos hormônios, produzidos pela placenta como o estrogênio, progesterona e a gonadotrofina coriônica que têm como efeito bloquear a ação da insulina, esse processo geralmente se instalam entre a 20 a 24 semanas de gestação (SCHMITT et al., 2009).

Tem maior risco de desenvolver diabetes durante a gestação a gestante com idade acima de 20 anos, as com hipertensão arterial crônica, obesidade, historia familiar de diabetes entre outros fatores. Os efeitos no feto são uma incidência de anomalias congênitas: cardíacas, renais, neurológicas, gastrointestinais, diminuição do crescimento cerebral e aumento do crescimento fetal (ANDRADE, 2002).

Após o nascimento, pode ser observada nesses RN a ocorrência de hipoglicemia, isso é devido ao fato de que na vida intrauterina o feto desenvolve uma alta produção de insulina para poder metabolizar as altas taxas de glicose produzidas pelas gestantes e que passam através da placenta. Ao nascer as reservas de glicose fornecidas pela mãe param, mas a produção de insulina ainda se mantém alta, levando a hipoglicemia (BRASIL,2011).

4.1.11 Abuso de Álcool e outras Drogas

O uso de álcool e outras drogas continuam sendo um grande problema de saúde pública, repercutindo de maneira assustadora na sociedade em que vivemos. Nas gestantes, esse problema ganha ainda mais importância, pois a exposição dessas pacientes as drogas podem levar ao comprometimento irreversível da integridade do binômio mãe-feto (YAMAGUCHI et al., 2008).

O consumo de álcool durante a gestação é prejudicial tanto para a mãe quanto para o feto. Como a quantidade considerada “segura” ainda não foi estabelecida, a abstinência nessa situação é considerada a melhor conduta, visto que o etanol atravessa facilmente a barreira placentária, podendo determinar efeitos teratogênicos no feto. Nesse sentido a síndrome fetal alcoólica é a consequência mais seria para o feto do consumo de álcool durante a gravidez sendo caracterizada por retardo do crescimento intra-uterino, déficit mental, alterações musculoesquelética, geniturinárias e cardíacas. As alterações neurológicas determinadas pelo etanol incluem alterações na mielinização e hipoplasia do nervo óptico e parecem ser medidas pelo ácido gama-aminobutírico (GABA) (PINHEIRO; LAPREGA; FURTADO, 2005).

Os produtos derivados do cigarro como o monóxido de carbono e a nicotina, passam facilmente pela placenta. O monóxido de carbono apresenta uma alta afinidade pela hemoglobina do feto impedindo que esta se ligue ao oxigênio, favorecendo a hipoxemia fetal. Além disso, a placenta de mães tabagistas apresentam características sugestivas de hipoperfusão, e, como consequência, há uma maior incidência de retardo do crescimento intrauterino (YAMAGUCHI et al., 2008).

Provavelmente a maconha seja a droga ilícita, mais frequentemente utilizada na gestação com incidência variando entre 10% e 27%. Aparentemente, esta droga diminui a perfusão uteroplacentária e prejudica o crescimento fetal. Além disso, alguns estudos demonstram que a utilização perinatal da maconha levaria ao retardo da maturação do sistema nervoso fetal, além do ato dos níveis plasmáticos de norepinefrina ao nascimento o que provaria distúrbios neurocomportamentais precoces. No entanto apesar de sua ampla utilização, as evidências de efeitos deletérios da maconha sobre o feto são poucas (GALDURÓZ; NOTO; NAPO, 2000).

4.1.12 Má Nutrição

O cumprimento do consumo diário necessário para os diferentes componentes da dieta irá garantir um desenvolvimento saudável para mãe e para o feto. Se a ingestão dietética for insuficiente e seus estoques de nutrientes da gestante estiverem baixos o feto recorrerá às reservas pré-concepcionais para se suprir, ocasionando o comprometimento do binômio materno-fetal (ROCAMORA et al.,2003).

Gestantes que apresentam inadequada reserva de nutrientes, aliada a uma ingestão dietética insuficiente, poderão ter um comprometimento do crescimento fetal, e conseqüentemente, a ocorrência de parto prematuro e RN com baixo peso ao nascer (ROCHA et al., 2005).

4.1.13 Baixo Peso Materno

Logo, mulheres que iniciam a gravidez com peso inferior a 50 kg apresentam maior risco de gerarem crianças com baixo peso. Portanto, antes mesmo da concepção, o acompanhamento nutricional é fundamental para o estabelecimento de uma dieta que atenda as necessidades da gestante. Além disso, o baixo ganho ponderal durante a gestação é um potencial fator de risco para a ocorrência de efeitos do tubo neural (ROCHA et al., 2005).

5 ATUAÇÃO DO ENFERMEIRO NA ATENÇÃO A SAÚDE DA MULHER

O papel do enfermeiro em todos os níveis da assistência é de grande relevância. No que se refere à assistência pré-natal, ele deve mostrar à população a importância do acompanhamento da gestação na promoção da saúde, prevenção e tratamento de distúrbios, durante e após a gravidez, bem como informá-la dos serviços disponíveis (BARBOSA et al., 2011).

A realização de ações educativas no decorrer de todas as etapas do ciclo grávido-puerperal é muito importante, mas é no pré-natal que a mulher deverá ser mais bem orientada para que possa viver o parto de forma positiva e ter menos riscos de complicações. Considerando o pré-natal e nascimento momentos únicos para cada mulher, os profissionais de saúde devem assumir a postura de educadores que compartilham saberes buscando, devolver a mulher sua alta confiança para viver a gestação, parto e o puerpério (RIOS; VIEIRA, 2007).

Foram criados vários programas voltados para a atenção à saúde da mulher como o PAISM (Programa de Atenção Integral a Saúde da Mulher), que surgiu em 1985, contemplando as necessidades da população feminina, enfocando nas “ações educativas, preventivas, de diagnóstico, tratamento e recuperação, englobando a assistência à mulher em clínica ginecológica, no pré-natal, parto e puerpério, no climatério, em planejamento familiar, DST, câncer de colo de útero e de mama, além de outras necessidades identificadas a partir do perfil populacional das mulheres.” Entretanto, mesmo com este avanço, os questionamentos relacionados à qualidade da assistência continuaram surgindo, especialmente no que dizia respeito à assistência ao pré-natal e parto; já que os indicadores maternos e perinatais continuavam alarmantes (BRASIL, 1984 apud BRASIL, 2004).

Por mais que a criação e implantação do PAISM fossem revolucionárias e permitissem que a atenção à mulher se apresentasse de forma a considerá-las como sujeitos plenos de direitos; estes conceitos precisavam estar inseridos no contexto do parto e nascimento. Por este motivo, foi desenvolvido o Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento (SERRUYA, CECATTI e LAGO, 2004).

Programa de Humanização do Pré-Natal e Nascimento do Ministério da Saúde no Brasil, lançado em junho de 2000, tem como principal estratégia assegurar a melhoria do acesso, da cobertura e da qualidade do acompanhamento pré-natal, da assistência ao parto e puerpério das gestantes e ao recém-nascido na perspectiva dos direitos de cidadania (BRASIL, 2004).

Os profissionais da área da saúde, entre eles o enfermeiro, devem estar sensibilizados para a humanização da assistência prestada à clientela, tal como proposto pelo Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento. O enfermeiro deve compreender os seus fundamentos e a importância de humanizar e qualificar a atenção à gestante, a fim de obter sua maior adesão ao pré-natal, garantindo qualidade na assistência e melhores resultados obstétricos e perinatais com mãe e recém-nascido saudáveis (BARBOSA et al., 2011).

A literatura traz que a captação precoce da gestante para a realização de pré-natal é de tanta importância, que deve ser iniciado antes de 120 dias de gestação. A realização de um pré-natal cedo é importante para que os exames e seus respectivos resultados sejam dispostos à mãe para indicar um tratamento adequado. Pela atual legislação do Projeto Rede Cegonha verificamos que diversos exames foram adicionados à lista de rotina em comparação com programas anteriores a ele, como exames de glicemia, VDRL, hematócrito, hemoglobina entre outros e que o número mínimo de consultas de pré-natal é seis (BRASIL, 2005).

Um novo programa de abrangência nacional, de assistência obstétrica e infantil, foi criado em junho de 2011, denominado Rede Cegonha que consiste numa rede de cuidados que visa assegurar à mulher o direito ao planejamento reprodutivo e à atenção humanizada à gravidez, parto e puerpério, bem como à criança o direito ao nascimento seguro e ao crescimento e ao desenvolvimento saudáveis” (BRASIL, 2011).

O Programa instituído pela Portaria nº 1.459, de Junho de 2011 possui cinco diretrizes: Garantia do acolhimento com avaliação e classificação de risco e vulnerabilidade, ampliação do acesso e melhoria da qualidade do pré-natal; Garantia de vinculação da gestante à unidade de referência e ao transporte seguro; Garantia das boas práticas e segurança na atenção ao parto e nascimento; Garantia da atenção à saúde das crianças de zero a vinte e quatro meses com qualidade e resolutividade e Garantia de acesso às ações do planejamento reprodutivo (BRASIL, 2011).

Frente à experiência da prematuridade que é uma fase delicada enfrentada pelas mães e sua família, a equipe de enfermagem se torna imprescindível no momento de facilitar a aproximação da mãe com seu filho. O foco dos cuidados de enfermagem neonatal é o bebê prematuro e sua evolução, porém a partir do momento que se introduzem ações que envolvem e "dependem da mãe para

promover o bem estar e a saúde do bebê, tais como a amamentação, as visitas, o contato pele a pele" se torna imprescindível conhecer os sentimentos, necessidades e crenças da mãe para que a enfermagem possa planejar orientações e intervenções adequadas para cada mulher que está envolvida nos cuidados com seu filho (FRELLO e CARRARO, 2012).

A enfermagem faz parte integrante da equipe de saúde pode sobremaneira cuidar e educar a gestante, modificando seus padrões de comportamento, mitos e tabus para a melhoria da qualidade de saúde da mulher no que se refere a saúde ginecológica e obstétrica (BRAGA et al., 2004).

Desta maneira esta é caracterizada como uma arte e uma ciência de cuidar do indivíduo num aspecto biopsicossocial. O saber é considerado importante para que se estabeleça a autonomia profissional, à medida que se ressalta a mútua determinação entre saber e poder e que não haja uma relação de poder sem a constituição de um campo de saber, ao mesmo tempo em que um novo saber estabelece novas relações de poder (BARBOSA et al., 2011).

O enfermeiro é preparado academicamente para o cuidar e educar através de técnicas cientificamente comprovadas. Ao prescrever cuidados está sempre orientando como proceder em cada momento, pois possui conhecimento científico, baseado em literatura, pesquisa e vivência clínica. Ao ser inserido em consultas de pré-natal ou em grupos de gestantes, a enfermeiro pode orientar sobre o autocuidado, com enfoque principal em higiene e educação alimentar para a prevenção de doenças e conseqüentemente partos prematuros (BRAGA et al., 2004).

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Pelas literaturas pesquisadas e analisadas, acerca dos fatores de risco que causam a prematuridade, podemos afirmar que estes são cientificamente comprovados, ao qual nos possibilitará uma intervenção precoce ainda no período pré-natal.

Na procura por artigos a respeito dos fatores de risco para a prematuridade, evidenciamos que há poucas publicações sobre o tema na região Norte do Brasil, e que os estudos foram mais direcionados a região Sudeste do Brasil.

Os fatores de risco maternos relatados neste estudo são: situação socioeconômica, escolaridade materna, etnia/raça, idade materna, DHEG, infecção de trato urinário, infecções vulvovaginais, anemia ferropriva, gemelaridade, diabetes gestacional, uso de álcool e outras drogas, má nutrição e baixo peso materno.

O alto índice de prematuros no Brasil remete a um prejuízo irreparável para a sociedade, devido à maiores gastos Públicos em internações hospitalares do nascimento até a vida adulta, crianças com déficit de aprendizagem e adultos não inseridos nos mercados de trabalho.

Diante da detecção precoce de nascimento prematuro, o profissional de saúde deverá ter uma conduta de vigilância, monitorando as diferentes alterações, observada em cada consulta de pré-natal, repassando orientações claras para a gestante e sua família a respeito dos possíveis fatores de risco para o nascimento prematuro, assim objetivando manter a gestação até o final, se possível evitando a prematuridade.

O enfermeiro como profissional de saúde, deve estar sempre buscando aprimorar seus conhecimentos para atender a demanda de necessidades tão peculiar que são os cuidados obstétricos e neonatais.

Este estudo pretende contribuir para aprimorar nossos conhecimentos, na atenção materna e neonatal, pois é através do conhecimento podemos proporcionar uma assistência qualificada e humanizada, contribuindo para os serviços de saúde que atendem ao pré-natal, parto e nascimento.

REFERÊNCIAS

- AILESSI, AMB; OKASAKI, ELJ. **Diagnóstico, tratamento e prevenção de vaginoses e vulvovaginites durante a gestação.** Rev Enferm UNISA 2007; Disponível:<http://www.unisa.br/graduacao/biologicas/enfer/revista/arquivos/2007-01.pdf>. Acesso em: 25/10/2013.
- ALMEIDA, MF; ALENCAR, GP; NOVAES, HMD; ORTIZ, LP. **Sistemas de informação e mortalidade perinatal: conceitos e condições de uso em estudos epidemiológicos.** Rev. bras. epidemiol. vol.9 no.1 São Paulo Mar. 2006 Disponível em: http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-790X2006000100008&lng=pt. Acesso em: 28/10/2013.
- AMORIM, M. **Pré-eclâmpsia. Amigas do Parto.** Disponível em: http://www.amigasdoparto.or.br/2007index.php?option=com_content&task=view&id=275&Itemid=75Acesso em: 15/10/2013.
- ARAÚJO, D.M.R.; PEREIRA, N.L. e KAC, G.: **Ansiedade na Gestação, Prematuridade e Baixo Peso ao Nascer: Uma Revisão Sistemática de Literatura.** Cad. de Saúde Pública, Rio de Janeiro. 2007. P.748.
- AZEVEDO, GD; JÚNIOR, RAOF; FREITAS, AKMSO; ARAUJO, ACPF; SOARES, EMM; MARANHÃO, TMO. **Efeito da Idade Materna sobre os Resultados Perinatais.** Effect of Maternal Age on Perinatal Outcomes. 2002. Disponível: <http://www.scielo.br/pdf/rbgo/v24n3/a06v24n3.pdf>. Acesso em: 27/10/2013.
- BARBOSA, VC; FORMIGA, C.K.M.R. e LINHARES, MBM. **Avaliação das Variáveis Clínicas e Neurocomportamentais de Recém-Nascidos Pré-Termo.** Rev. bras. fisioter., São Carlos, v. 11, n. 4, p. 275-281, jul./ago. 2007
- BARBOSA, TLA; GOMES, LMX; DIAS, OV. **O PRÉ-NATAL REALIZADO PELO ENFERMEIRO: A SATISFAÇÃO DAS GESTANTES.** 2011. Disponível:<http://ojs.c3sl.ufpr.br/ojs2/index.php/cogitare/article/view/21108/13934201> 1. Aceso em:30/10/2013.
- BARROS, FC; VICTORA, CG; BARROS, AJD; SANTOS, IS; ALBERNAZ, E; MATIJASEVICH, A; DOMINGUEZ MR, ICLOWITZ, IKT; HALLAL, PC; SILVEIRA, MF; VAUGHAN, JP. **The challenge of reducing neonatal mortality in middle-income countries: findings from three Brazilian birth cohorts in 1982, 1993 and 2004.** The Lancet Mar 2005.
- BEZERRA, E.H.M. et al. **Mortalidade materna por hipertensão: índice e análise de suas características em uma maternidade-escola.** Rev. Bras. Ginecol. Obstet. v.27,n.9,p.548-553, 2005.
- BITTAR, R.E. e ZUGAIB, M.: **Indicadores de Risco para o Parto Prematuro.** Disciplina de Obstetrícia do Departamento de Obstetrícia e Ginecologia da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. 2009. P.204.

BRAGA, A.F, OKASAKI, E.L.F.J. **Prevenção da prematuridade: papel da enfermagem.** Rev. Enferm. UNISA, 2004; 5: 52-6. Disponível em <http://www.unisa.br/graduacao/biologicas/enfer/revista/arquivos/2004-11.pdf>. Acesso em 14/10/2013.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção a Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. **Atenção a saúde do recém-nascido:** guia para profissionais de saúde/ Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção a Saúde, Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. Brasília: Ministério da Saúde, 2011.

BRASIL, 2011. **Atenção a Saúde do Recém-Nascido.** Disponível em: http://www.redeblh.fiocruz.br/media/arn_v1.pdf. Acesso em: 10/08/2013.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Gestação de alto risco:** manual técnico / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – 5. ed. – Brasília : Editora do Ministério da Saúde, 2012. 302 p. – (Série A. Normas e Manuais Técnicos).

BRASIL, 2005. Informações de saúde. **Estatísticas vitais - mortalidade e nascidos vivos.** Disponível em <http://tabnet.datasus.gov.br/tabnet/tabnet.htm#estatvitalis>. (acessado setembro 2007)

BRASIL, 2012. Portal Brasil. Disponível em: www.brasil.gov.br/saude/2012/05/brasil-esta-entre-os-dez-paises-com-o-maior-numero-de-partos-prematureos-aponta-oms. Acesso em 14/10/2013.

COSTA, S. M. **Complicações da doença hipertensiva da gestação.** Disponível em <http://www.sogirgs.or.br>, 2004. Acessado em 15/08/2013.

DATASUS, 2008: Definições-Datasus. Disponível em <http://www.datasus.gov.br/cid10/V2008/WebHelp/definicoes.htm>. Acesso em 14/10/2013.

DUARTE, G. et al. **Protocolos de condutas em gestação de alto risco.** Ribeirão Preto: FUNPEC, 2003.

FERRARI, LSL; BRITO, ASJ; CARVALHO, ABR; GONZÁLEZ, MRC. **Mortalidade neonatal no município de Londrina, Paraná, Brasil, nos anos 1994, 1999 e 2002.** Cad. Saúde Pública 2006.

FORMIGA, C. K. M. R.; PEDRAZZANI, E. S.; TUDELLA, E. **Desenvolvimento Motor de Lactentes Pré-Termo** Participantes de Um Programa de Intervenção Fisioterapêutica Precoce. Rev. bras. fisioter. Vol. 8, No. 3 (2004), 239-245.

FRANÇA, E. ; LANSKY, S. **Mortalidade Infantil Neonatal no Brasil: Situação, Tendências e Perspectivas***, 2008. Disponível em: http://www.abep.nepo.unicamp.br/encontro2008/docsPDF/ABEP2008_1956.pdf. Acesso em: 26/10/2013.

FRELLO, A.T. ; CARRARO,T.E. Enfermagem e a relação com mães de neonatos em Unidade de Terapia Intensiva Neonatal. Disponível: www.scielo.br/scielo.php?pid=50034-71672012000300018&script=sci_arttext., 2012.

GALDUROZ, J.C.F. et al. **I Levantamento domiciliary sobre o Uso de Drogas.** Parte A: estudo envolvendo as 24 maiores cidades do Estado de São Paulo. 1999. Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas. Departamento de Psicobiologia da Escola Paulista de Medicina, p.143, 2000

GOMELLA, T.L.: **Neonatologia: manejo, procedimentos, problemas no plantão, doenças e farmacologia neonatal.**5. ed. Porto Alegre: Artmed, 2006.

IBGE- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Síntese de Indicadores Sócios:**Uma análise das condições de vida da população brasileira. Rio de Janeiro: IBGE,2007. Disponível em: http://www.ibge.gov.br/home/presidencia/noticias/noticia_visualiza.php?id_noticia=987.

Institute of Medicine. Improving Birth Outcomes - **Meeting the Challenge in the Developing World.** The National Academies Press, 2003.

LANSKY, S.; FRANÇA,E. ; LEAL,M.C. **Mortalidade perinatal e evitabilidade: revisão da literatura.** Rev. Saúde Pública, 2002.Disponível em:http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-89102002000700017&script=sci_arttext&tIng=es. Acesso em: 26/10/2013.

LEAL MC, GAMA SGN, CUNHA CB. **Racial, sociodemographic and prenatal and childcare inequalities in Brazil,** 1999–2001. Rev Saude Publica 2005.

LEMOS, RA; FRONIO, JS; NEVES, LAT; RIBEIRO, LC.R. **Estudo da prevalência de morbidades e complicações neonatais segundo o peso ao nascimento e a idade gestacional em lactentes de um serviço de follow-up.**Rev. APS, Juiz de Fora, v. 13, n. 3, p. 277-290, jul./set. 2010. Disponível: <http://www.aps.ufjf.br/index.php/aps/article/view/603/339>. Acesso em: 22/10/2013.

LIRA L. Q., DIMENSTEIN R. **Vitamina A e diabetes gestacional.** Rev Assoc Med Bras ; v.56, n.3, p.355-359. 2010.

MALVEIRA, S.P.; MORAES, A.N; A.G.; CHERMONT, D.L.F.; COSTAS, T. e SILVA, F.:**Recém-Nascido de Muito Baixo Peso em um Hospital de Referencia.** Rev. Paraense de Medicina. 2006.P.41.

MAGALHÃES, L.C.; CATARINA, P.W.; BARBOSA, V.M.; MANCINI, M.C.; PAIXÃO, M.L. **Estudo comparativo sobre o desempenho perceptual e motor na idade escolar em crianças nascidas pré-termo e a termo.** Arq Neuropsiquiatr 2003;61(2-A):250-255.

MATHIAS, L. **Gravidez:Infecção Urinária na Gravidez.** [on line]. 2011. Disponível: <http://semprematerna.uol.com.br/gravidez/infecção-urinaria-gravidez>.Acesso em 14/10/2013.

MÉIO, M.D.B.B.; LOPES, C.S.; MORSCH, D.S.; MONTEIRO, A.P.G. Pre-school cognitive development of very low birth weight preterm children. **Jornal of Pediatric**, v. 80, n. 6, 2004

HARTZ, ZMA; CHAMPAGNE, F; LEAL, MC; CONTRANDRIOPOULOS, P. **Mortalidade infantil “evitável” em duas cidades do nordeste do Brasil**: Indicador de qualidade do sistema local de saúde. Revista de Saúde Pública 1996.

MURAHOVSKI, J. **Pediatria: diagnóstico + tratamento**. 6. ed. São Paulo: Sarvier, 2006.

NETTINA, S.M. **Prática de Enfermagem**. 7ªed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan 2003.

OLIVEIRA, C.A. et al. **Síndromes Hipertensivas da Gestação e repercussões perinatais**. Rev. Bras. Saúde Mater. Infant. v.6, n.1, p:93-98,2006.

PERACOLI, J. C.; PARPINELLI, M. A. **Síndromes Hipertensivas da Gestação**: identificação de casos graves. Rev. Bras. Ginecol. Obstet. v.l.27, n.10, p.627-634, 2005.

PINHEIRO, S.N.; LAPREGA, M.R.; FURTADO, E.F. **Morbidade Psiquiátrica e uso de álcool em gestantes usuárias do Sistema Único de Saúde**. Rev. Saúde Pública. v.39,p.593-598, 2005.

RAMOS, H.A.C ; CUMAN, R.K.: **Fatores de risco para prematuridade: Pesquisa Documental**. Esc. Anna Nery Rev. Enferma. 2009. p.301.

REZENDE, J. **Obstetrícia**/ Jorge de Rezende, Carlos Antônio Barbosa Montenegro. 9. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2003.

_____, J. **Obstetrícia Fundamental**. 12.ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2011.

RIOS, CTF; VIEIRA,NFC. **Ações educativas no pré-natal: reflexão sobre a consulta de enfermagem como um espaço para educação em saúde**.2007 Disponível: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v12n2/a24v12n2.pdf>. Acesso em:30/10/2013.

ROCAMORA, J.A. et al. **Valor Nutricional de la dieta em embarazadas sanas. Resultados de una encuesta dietética em gestantes**. Nutricion Hospitalar, v.28, n.5,p.248-252,2003.

ROCHA, D.S. et al. **Estado nutricional e anemia ferropriva em gestantes**: relação com o peso da criança ao nascer. Rev. Nutric. V.18, n.4, p.481-489, 2005.

ROCHA, DS; NETTO, MP; PRIORE, SE; LIMA, NMM; ROSADO, LEFPL; FRANCESCHINI, SCC. **Estado nutricional e anemia ferropriva em gestantes: relação com o peso da criança ao nascer.** Rev. Nutr. v.18 no.4 Campinas July/Aug. 2005. Disponível em< <http://www.scielo.br/scielo>> Acesso em: 10/10/2013.

ROCHA, R.C.L; SOUZA,E.; GUAZZELLI, C.A.F.;FLHO, A.C.;SOARES, E.P.;NOGUEIRA. E.S.: **Prematuridade e Baixo Peso entre Recém-Nascidos de Adolescentes Primíparas.** Rev. Bras. Ginecol. Obstet.2006. P.531 e 533, 2006.

SALGES, AKM; VIEIRA, AVC; AGUIAR, AKA; LOBO, SF; XAVIER, RM; ZATTA, LT; CORREA, RRM; SIQUEIRA, KM; GUIMARÃES, JV, ROCHA, KMN; CHINEM, BM; SILVA, RCR. **Fatores maternos e neonatais associados à prematuridade.** Rev. Eletr. Enf. [Internet]. v.11, n.3, p.642-6, 2009. Disponível em:< <http://www.fen.ufg.br/revista/v11/n3/v11n3a23.htm>>.. Acesso em: 25/10/2013.

SANTANA, R. M. et al. **Infecções TORCH e infecção urinária na gravidez.**In: PRADO, F. C.; RAMOS, J.; VALLE, J. R. (Orgs.). Atualização terapêutica. 23. ed. São Paulo: Artes Médicas, 2007. p. 1.254-1.261.

SERRUYA, S.J;LAGO, T.G.; CECATTI, J.G. **Avaliação preliminar do programa de humanização no pré-natal e nascimento no Brasil.** Rev. Bras. Ginecol. Obstet. V.26, n.7,p.517-525, 2004.

SCHMITT, M. L; RIBEIRO, S. L; PAES, M.A.S; RIBEIRO, R.M. **Prevalência de diabetes gestacional no município de São Joaquim - SC, Brasil.** Rev bras anal clin; v.41, n.1, p.43-45. 2009.

SOUZA, L.F e BOTELHO, N.M.: **Fatores de Risco para o Parto em Puérperas que tiveram Partos Pré-Termo.** Trabalho realizado Fundação Santa Casa de Misericórdia do Pará, obtendo Menção Honrosa Graduanda do Curso de Medicina da UFPA. 2012.

UNICEF, 2013. **Estudo faz alerta sobre nascimento de bebês prematuro.** Disponível: http://www.unicef.org/brazil/pt/media_25849.htm. Acesso em 15/10/2013.

SILVEIRA,MF; SANTOS, IS; BARROS, AJD; MATIJASEVICH, A; BARROS, FC; VICTORA, CG. **Aumento da prematuridade no Brasil: revisão de estudos de base populacional** Rev Saúde Pública 2008; 42(5):957-64. Disponível: <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v42n5/6786.pdf>. Acesso em: 30/10/2013

SOUZA, K.Z.; Gomes, I.M.M.; Cambraia, D.S.; Semiao, F.P.; Alves, M.P.; Brasileiro, O.N. **A Incidência de Recém-nascidos de Risco no Serviço de Saúde Pública de Pouso Alegre - MG.** Pediatria Moderna, 2001.

SOUZA, AI; FILHO, MB; FERREIRA, LOC; FIGUEIRO, JN.**Efetividade de três esquemas com sulfato ferroso para tratamento de anemia em gestantes.**Rev Panam Saud Publica. 2004. Disponível: <http://www.scielosp.org/pdf/rpsp/v15n5/22003.pdf>. Acesso em: 12/10/2013.

VIEIRA, M.E.B. e LINHARES, M.B.M.: **Desenvolvimento e qualidade de vida em crianças nascidas pré-termo em idades pré-escolar e escolar.** J. Pediatr. (Rio J.) vol.87 n.4 Porto Alegre. 2011. Disponível:
http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0021-75572011000400003&script=sci_arttext. Acesso em 20/10/2013.

YAMAGUCHI, E.T. et al. **Drogas de Abuso na Gravid.** Rev. Psiq. Clín. V.35, s.1, p.44-47,2008.

ZOMIGNANI, A.P; ZAMBELLI, H.J.L. e ANTONIO, M.A.R.G.M.:**Desenvolvimento cerebral em recém-nascidos prematuros**Rev. paul. pediatr. vol.27 n.2 São Paulo, 2009. Disponível:http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-05822009000200013&script=sci_arttext. Acesso em 20/10/2013.