

Silva, E.S. et al.



PESQUISA

O perfil socioeconômico e epidemiológico de mães e recém-nascidos pré-termo
Socioeconomic profile epidemiological and mothers and newborns pre-term
El perfil socioeconómico y epidemiológico de las madres y los recién nacidos prematuros

Edylla de Sousa Silva¹, Francisco Rogério de Araújo Melo Filho², Ricardo Felipe Silva Soares³, Ana Flávia Machado de Carvalho⁴

RESUMO

Esse estudo teve como objetivo descrever o perfil socioeconômico e epidemiológico de mães e recém-nascidos pré-termo de Teresina-PI. Trata-se de um estudo documental, retrospectivo, desenvolvido através do método descritivo, transversal, com abordagem qualiquantitativa, realizado revisão dos prontuários de 106 mães que tiveram partos prematuros no período de julho a dezembro do ano de 2014. Observou-se que 39,6% dos partos realizados foram em mães com menos de 20 anos ; 55,6% entre 21 a 35 anos; pardas 66,9%;35,8% mantinham uma união estável . Quanto à escolaridade, prevaleceu mães com ensino fundamental incompleto 33%; 58,4% das mães realizaram de 0 a 5 consultas pré-natal; 72,6%, realizaram parto vaginal; 52,8% era primípara. Quanto às características dos RN's, 64 eram do gênero masculino (60,3%), 42 (39,6%) eram do gênero feminino, endo destes, 23 bebês (24,5%) com peso <2500g e 83 (75,4%) com o peso igual ou >2500g. O perfil das mães e RN's que tiveram partos prematuros em Teresina está influenciado por fatores, como a idade das mães, baixa escolaridade, mães primíparas, pré-natal inadequado, número de consultas <6, RN's do gênero masculino, que apesar de prematuro, são considerados com peso e índices APGAR adequados. **Descritores:** Prematuridade. Fatores de risco. Gravidez.

ABSTRACT

This study aimed to describe the socioeconomic and epidemiological profile of Teresina-PI mothers and preterm infants. This is a retrospective documentary study, developed through the descriptive, cross-sectional method, with a qualitative approach, carried out a review of the medical records of 106 mothers who had preterm births from July to December of the year 2014. It was observed that 39, 6% were mothers under 20 years of age; 55.6% between 21 and 35 years; 66.9% skin brown , and 35.8% maintained a stable union. Regarding schooling, prevailed 33% mothers with incomplete primary education ; 58.4% of mothers performed from 0 to 5 prenatal consultations; 72.6% performed vaginal delivery; 52.8% were primiparous. As for the characteristics of the NBs, 64 were male (60.3%), 42 (39.6%) were female, 23 babies (24.5%) weighing <2500g and 83 (75, 4%) of equal weight or> 2500g. The profile of mothers and newborns who had preterm births in Teresina is influenced by factors such as maternal age, low schooling, primiparous mothers, inadequate prenatal care, number of consultations <6, male NB, although premature, Are considered to have adequate weight and APGAR indices. **Descriptors:** Prematurity. Risk factors. Pregnancy.

RESUMEN

Este estudio tuvo como objetivo describir el perfil socioeconómico y epidemiológico de las madres Teresina-PI y de los neonatos prematuros. Se trata de un estudio documental retrospectivo, desarrollado a través del método descriptivo, transversal, con un enfoque cualitativo, realizado una revisión de los registros médicos de 106 madres con parto prematuro de julio a diciembre del año 2014. Se observó que 39, 6% eran madres menores de 20 años de edad; 55,6% entre 21 y 35 años; El 66,9% fueron y el 35,8% mantuvo una unión estable. En cuanto a la escolaridad, prevalecieron 33% de madres con educación primaria incompleta; 58,4% de las madres realizaron de 0 a 5 consultas prenatales; 72,6% realizaron parto vaginal; 52,8% eran primíparas. En cuanto a las características de los RN, 64 eran hombres (60,3%), 42 (39,6%) eran mujeres, 23 bebés (24,5%) pesaban <2500g y 83 (75, 4%) de igual peso o> 2500g. El perfil de madres y recién nacidos con parto prematuro en Teresina está influenciado por factores como edad materna, baja escolaridad, madres primíparas, atención prenatal inadecuada, número de consultas <6, NB masculino, aunque prematuro, Índices APGAR. **Descritores:** Prematuridad. Factores de riesgo. Embarazo.

1 Graduando do 10º período do curso de fisioterapia da FACID | DeVry. Email: edylla12@hotmail.com. 2 - Graduando do 9º período de medicina da FACID | DeVry. Email: rogeriomelo89@hotmail.com. 3 - Graduando do 7º período da UFPI. Email: ricardwflp@hotmail.com. 4 - Doutora. Professora da graduação da FACID/DeVry. Email: anaflaviaparaibana@hotmail.com.

Silva, E.S. et al.

INTRODUÇÃO

A gravidez é uma condição para a sobrevivência da vida humana, sendo indispensável à renovação geracional, e representa o período de formação de um novo ser. Inicia-se quando da concepção, estende-se por um período de cerca de 40 semanas, e termina com o parto. Este período é uma fase de preparação física e psicológica, para o nascimento e para a parentalidade (COUTINHO, 2015).

O parto prematuro é definido como a ocorrência do nascimento antes do termo, ou seja, crianças nascidas antes da maturidade fetal. A característica mais utilizada para classificá-lo é de ordem cronológica: nascimento antes de 37 semanas de gestação, contadas a partir do primeiro dia do último período menstrual (MONTENEGRO, 2013).

A prematuridade pode ser classificada, segundo sua evolução clínica, em eletiva ou espontânea. Na prematuridade eletiva, a gestação é interrompida em virtude de complicações maternas (por exemplo, doença hipertensiva, descolamento prematuro de placenta, placenta prévia, etc.) e/ou fetais (por exemplo, restrição do crescimento fetal ou sofrimento fetal), em que o fator de risco é, geralmente, conhecido e corresponde a 25% dos nascimentos prematuros (RAMOS; CUMAN, 2009).

De acordo com Chaves (2011), o parto prematuro pode ser dividido de acordo com a idade gestacional em: prematuridade extrema: < 28 semanas; prematuridade grave: 28-30 semanas; prematuridade moderada: 31-33 semanas; prematuridade quase-termo: 34-36 semanas.

Segundo classificação da OMS, os recém-nascidos podem ser classificados de acordo com o peso ao nascer, sendo recém-nascido de baixo peso (BP) todo aquele com peso de nascimento igual ou inferior a 2500 gramas, sendo subdividido em recém-nascido de muito baixo peso (MBP) com

peso de nascimento inferior a 1500g e recém-nascido de extremo baixo peso (EBP) peso de nascimento inferior a 1000g. O peso de nascimento é um forte fator preditivo da mortalidade e morbidade perinatal, onde crianças com peso ao nascer inferior a 2.500 g, de acordo com a OMS, apresentam maior mortalidade nas primeiras semanas de vida (OLIVEIRA, 2008).

A prematuridade é considerada um dos grandes problemas de saúde pública, por contribuir fortemente para a elevada taxa de morbimortalidade infantil. Possíveis fatores de risco que colaboram para sua ocorrência têm sido investigados, incluindo características demográficas e socioeconômicas, comportamentos inadequados relacionados à saúde, fatores emocionais, doenças durante a gravidez, gemelaridade, história obstétrica e principalmente cuidados pré-natais inadequados (VETTORE et al., 2013).

Possíveis fatores de risco que colaboram para sua ocorrência têm sido investigados, incluindo características demográficas e socioeconômicas, comportamentos inadequados relacionados à saúde, fatores emocionais, doenças durante a gravidez, gemelaridade, história obstétrica e principalmente cuidados pré-natais inadequados (VETTORE et al., 2013). Algumas dessas causas podem ser evitáveis (infecções urinárias, vulvovaginites, pré-eclâmpsia), quando detectadas e tratadas precocemente. Para isso, enfatiza-se a importância de uma acurada avaliação gestacional, visando identificar e tratar os problemas de forma a erradicar os fatores de risco que podem levar a uma interrupção precoce da gestação (ANVERSA et al., 2012).

O pré-natal tem sido o melhor método para que a gestante tenha uma gravidez segura e tranquila, portanto, é importante que os profissionais da saúde, tenham conhecimento e habilidades necessárias para proporcionar uma

Silva, E.S. et al.
assistência de qualidade, responsabilidade e eficiência (SILVA, 2015).

Desde 1990, no Brasil, pode-se obter um melhor acompanhamento estatístico dos nascimentos, o que foi um avanço significativo na área da epidemiologia, possibilitando conhecer e saber quem nasce, como e onde nasce, e em que condições. Nesse período foi implementado, pelo Ministério da Saúde, o Sistema de Informações de Nascidos Vivos (SINASC), por meio da Declaração de Nascido Vivo (DNV), padronizada nacionalmente e preenchida nos hospitais e em outras instituições de saúde nos quais ocorrem partos, e nos Cartórios de Registro Civil para os partos domiciliares (RAMOS; CUMAN, 2009).

O relatório da OMS coloca o Brasil como o décimo país com maior número absoluto de nascimentos pré-termo, com prevalência estimada de 9,2%. Dados oficiais coletados por meio do SINASC, entre 2000 e 2010, indicam que houve discreto aumento da prevalência de nascimentos pré-termo no país, de 6,8% para 7,1% (OMS, 2011).

O emprego de uma abordagem multidisciplinar o mais precocemente possível se faz necessária para amenizar ou prevenir sequelas da prematuridade. As medidas preventivas adotadas no período neonatal envolvem todos os cuidados neonatais oferecidos ao RNPT e não são facilmente estabelecidas, uma vez que a fisiopatologia é complexa e multifatorial, sendo os RN amiúde assintomáticos. A questão é que as pessoas nascidas prematuras estão mais sujeitas aos agravos futuros advindos da pouca maturidade de órgãos e danos advindos do baixo peso ao nascer associado, consequência da própria condição da prematuridade (COELLI et al., 2011).

Essa pesquisa teve como objetivo descrever o perfil socioeconômico e epidemiológico de mães e recém-nascidos pré-termo, analisando os fatores de risco para o nascimento pré-termo em partos hospitalares, pesquisando no Sistema de Informações de Nascidos Vivos (SINASC), por meio

da Declaração de Nascido Vivo (DNV). E foi conduzida pelas seguintes hipóteses: A condição socioeconômica no período gestacional e a ausência de pré-natal interferem aumentando os fatores de risco para partos prematuros, resultando assim em bebês com alterações de peso e imaturidade orgânica.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo documental, retrospectivo, desenvolvido através do método descritivo, transversal, com abordagem qualiquantitativa, realizado seguindo as disposições éticas de acordo com a resolução nº 466/2012 estabelecida pelo Conselho Nacional de Saúde (CNS). Foi solicitado a autorização da instituição para realização da pesquisa através do termo de consentimento institucional (TCI), juntamente com a autorização do fiel depositário. O projeto foi então encaminhado ao Comitê de Ética e Pesquisa da FACID/DeVry para análise, recebendo aprovação sob o número 50076515.0.0000.5211, e só após sua aprovação foi dado início o desenvolvimento do estudo.

A pesquisa foi realizada em uma maternidade pública de referência da cidade de Teresina-PI, por meio da busca de documentos com base no formulário DNV (Declaração de nascidos vivos), e foram utilizadas informações das bases de dados do Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (SINASC), de mães que tiveram parto pré-termo durante o período de julho a dezembro do ano de 2014, sendo encontrados, ao final, um total de 106 prontuários.

A pesquisa não foi desenvolvida de forma não aleatória, e seguiu respeitando os seguintes critérios:

Critérios de inclusão: Prontuários de mães que tiveram partos prematuros na maternidade

Silva, E.S. et al.
durante o período de julho a dezembro de 2014, com duração gestacional entre 22 e 37 semanas, com recém-nascido vivo. E os critérios de exclusão: Os partos gemelares, uma vez que neste tipo de gestação é comum o nascimento prematuro. Crianças com idade gestacional inferior a 22 semanas, por serem consideradas casos de aborto, e que tenham algum tipo de malformação associada.

Os dados foram coletados no período de novembro a dezembro de 2015, em uma maternidade pública de referência em Teresina-PI. Nas declarações de nascidos vivos (DNV's) foram colhidas informações da mãe no período gestacional, do parto e do bebê.

As variáveis do perfil materno coletadas foram: idade, escolaridade, ocupação principal, estado civil, duração da gestação, tipo de parto e número de consultas de pré-natal. E as variáveis de caracterização dos recém-nascidos foram: gênero, índice de Apgar no primeiro e no quinto minuto de vida, e peso ao nascer.

Os dados foram coletados e organizados em planilhas no programa Microsoft Excel 2013®, para fins de análise, os dados foram tratados através do programa estatístico *Bioestat* 5.3.

Para as variáveis quantitativas foi realizada a análise descritiva e os resultados foram apresentados em forma de média, desvio-padrão, intervalo de confiança (IC) 95% em torno da média, mínimo e máximo. Para as variáveis categóricas os resultados foram expressos na forma de frequências simples e porcentagens. Com a finalidade de averiguar a existência de correlação entre o número de consultas de pré-natal e desfechos obstétricos e neonatais (Apgar em 1ª minuto, Apgar em 5º minuto, peso ao nascer, duração da gestação) aplicou-se o teste para obtenção do coeficiente de correlação linear de Pearson (*r*), assumindo como valor crítico $p < 0,05$.

A tabela 1 apresenta as variáveis maternas de mulheres que tiveram parto prematuro na maternidade pesquisada em Teresina no ano de 2016. Pode-se observar que 39,6% dos partos realizados foram em mães que tinham menos de 20 anos, e 4,7% tem idade maior que 35 anos, a maior parte 55,6% compreendia entre 21 a 35 anos. Quanto à escolaridade, prevaleceu mães com ensino fundamental incompleto 33%, seguido de 34.9% com ensino médio completo.

Quanto a cor da pele apresentada pelas mães, na maioria eram consideradas pardas 66,9%. No total de 38 mães, a maioria (35,8%), mantinha uma união estável com seus parceiros, e 33 (31,1%) destas eram casadas, e apenas 35 (33,0%) eram mães solteiras ou sem parceiro estável.

Em um estudo realizado por Teixeira (2015), houve uma predominância de gestantes jovens <20 anos (34%) na realização de partos prematuros, e ele explica que as grávidas adolescentes iniciam mais tardiamente o pré-natal e realizam um menor número de consultas, quando comparadas a mulheres adultas, revelando que a alta incidência de gestantes de alto risco e o aumento das mães adolescentes coloca em consideração os riscos relacionados à gravidez em idades precoces e condições associadas como questão de saúde pública na região.

Para Wachholz (2016), a idade materna, principalmente das gestantes com 35 anos ou mais, apresenta-se como um fator de risco acentuado de trabalho de parto prematuro espontâneo, tanto em gestantes consideradas de baixo risco, sem doenças crônicas ou complicações recorrentes na gestação, como naquelas de alto risco, ou seja, que desenvolvem alguma complicação no período da gestação. Os estudos citados, corroboram com os achados da pesquisa pois a maioria das mães eram jovens, e estavam em idade reprodutiva.

Silva, E.S. et al.

Tabela 1- Variáveis do perfil sociodemográfico das mães com partos pré termo. Teresina, 2016.

Variáveis	Categoria	N	%
Idade (anos)	< 20	42	39,6
	21 a 35	59	55,6
	> 35	5	4,7
Escolaridade	Fundamental incompleto	35	33,0
	Fundamental completo	11	10,3
	Médio incompleto	17	16,0
	Médio completo	37	34,9
	Demais	4	5,6
Cor	Branca	9	8,4
	Parda	71	66,9
	Negra	26	24,5
Estado Civil	Casada	33	31,1
	União estável	38	35,8
	Solteira	35	33,0
	TOTAL	106	100

Fonte: pesquisa direta, 2016.

De acordo com Ramos e Cuman (2009), os baixos índices de escolaridade dificultam o acesso a informações e a medidas de prevenção e promoção à saúde fundamental para adequação da vida pessoal e reprodutiva. Nesse sentido, a baixa escolaridade, associada à falta de incentivos sociais, parece culminar com barreiras socioeconômicas, impedindo o acesso a melhores serviços de saúde. Dados concordantes com os encontrados nesse estudo, no qual prevaleceu a baixa escolaridade.

Silva et al. (2009) afirmam em seu estudo que outro fator de risco encontrado foi uma chance 7,92 vezes maior de mães sem companheiro fixo desenvolverem o parto pré-termo como complicação da gravidez. E que apesar de a literatura mundial citar a maior prevalência dos partos pré-termo mais prevalentes em alguns grupos raciais, como por exemplo na raça negra (sugerindo, inclusive, uma suscetibilidade genética para esse evento), seu estudo não obteve significância estatística para a ocorrência de partos prematuros na raça negra.

Silveira et al. (2010) referiram que uma alta porcentagem das participantes de sua pesquisa apresentou parceiro fixo. No estudo por R. Interd. v. 10, n. 2, p. 47-57, abr. mai. jun. 2017

eles desenvolvido, não foi encontrado excesso de risco para prematuridade entre as mulheres sem parceiro estável, provavelmente porque esta associação é explicada pelas características socioeconômicas e não pela ausência de um parceiro, por si só.

O resultado do autor acima vai de encontro aos observados na presente pesquisa, onde um total de 38 mães, sendo a maioria (35,8%), mantinham uma união estável com seus parceiros, e 33 (31,1%) eram casadas, e apenas 35 (33,0%) eram mães solteiras ou sem parceiro estável. Quanto a cor da pele, na maioria (66,9%) eram consideradas pardas, as negras foram 24,53 e as brancas 8,4%, portanto apesar de Silva (2009) citar a existência de uma possível prevalência de partos prematuros na raça negra, essa prevalência não foi observada neste estudo.

A tabela 2 mostra que os números de consultas pré-natais realizadas durante a gestação 58,4% das mães realizaram de 0 a 5 consultas pré-natal, somente 41,5% realizou de 6 ou mais consultas. O tipo de parto com maior frequência foi o parto vaginal, correspondendo a 72,6%, os partos cesáreos corresponderam a 27,3%. O número de partos anteriores 52,8% era primípara, 25,4% tinham apenas um parto anterior, e 21,7% tinham mais de um parto anterior. Quanto às características dos RN's, 64 eram do gênero masculino (60,3%), 42 (39,6%) eram do gênero feminino. Sendo destes, 23 bebês (24,5%) nasceram com peso <2500g, ou seja, de baixo peso, 83 (75,4%) nasceram com o peso igual ou >2500g.

Tabela 2 - Variáveis obstétricas e neonatais dos partos pré termo. Teresina, 2016.

Silva, E.S. et al.

Variáveis	Categoria	N	%
Número de consultas	0 a 5	62	58,4
	6 ou mais	44	41,5
Tipo de parto	Cesário	29	27,3
	Vaginal	77	72,6
Número de partos anteriores	0	56	52,8
	1	27	25,4
	> 1	23	21,7
Gênero do RN	Masculino	64	60,3
	Feminino	42	39,6
Peso do RN (g)	< 2500	23	24,5
	> ou igual a 2500	83	75,4
	TOTAL	106	100

Fonte: pesquisa direta, 2016.

A organização mundial de saúde recomenda, no mínimo, seis consultas pré-natais, portanto a maioria da amostra teve número inferior ao recomendado. O ministério da saúde afirma que a proporção de gestantes que fizeram sete ou mais consultas pré-natais aumentou de 46% em 2000 para 53% em 2010, com importantes diferenciais regionais: 75,3% no Sul, 45,3% no Nordeste, Centro-oeste 67,2%, Sudeste com 72,7% e 29% no Norte (BRASIL, 2012).

Com bases nessas informações, pode-se afirmar que a região nordeste (onde se situa a cidade de Teresina) ainda necessita de mais políticas públicas de saúde que enfatizem a importância do uso do programa de pré-natal e a questão da prevenção dos partos pré- termos, tendo em vista que, apesar do aumento verificado em 2010, a maioria das mães que fizeram parte da presente pesquisa realizaram um número de consultas inadequado.

Conforme o estudo realizado por Neto (2012), o tipo de parto predominante entre todas as mães foi o vaginal, e ele explica que essa maior frequência de partos vaginais foi relacionada à política de incentivo ao parto vaginal do Sistema Único de Saúde (SUS) brasileiro, diminuindo os partos operatórios, a fim de aperfeiçoar a recuperação das mães e minimizar os custos para a saúde. Dados esses, que vão de encontro aos

achados desta pesquisa, onde a maioria dos partos foram vaginal.

Já Teixeira (2015) mostrou uma maior ocorrência de partos cesáreos (61%) na gestação de risco que levou ao parto prematuro, e explica que o aumento dessa prevalência não é justificado somente pela elevação do risco obstétrico. Segundo ele o Brasil é um país culturalmente adaptado a essa via de parto, devido à concordância do médico que, muitas vezes, prefere ditar seus horários. Silveira et al. (2010) não observaram associação entre operação cesariana e prematuridade.

Em relação aos antecedentes obstétricos, Rabello (2011) observou entre as variáveis do seu estudo, a variável paridade das mães, e considerou como fator de risco para o parto prematuro a primiparidade ou a multiparidade, com história de mais de cinco partos anteriores, tendo como resultado que o maior número de casos em sua pesquisa foi de mães primíparas 39,2%, o que segundo ele, favoreceria a ocorrência de prematuridade, o que confirma a presente pesquisa, onde mães participantes em sua maioria (52,83%) eram primíparas, ou seja, era o primeiro seu primeiro parto.

Ramos e Cuman (2009) com relação ao peso do nascimento obtiveram no seu estudo, que: 1% dos Recém-nascidos (RN's) prematuros teve peso ignorado; 1%, peso maior que 3.500 g; 4%, peso entre 3.100 e 3.499 g; 16%, peso entre 2.600 e 3.000 g; 27%, peso entre 2.000 e 2.499 g; 42%, peso entre 1.000 e 1.999 g; e 9% menor que 1.000 g, demonstrando que 22% dos nascidos vivos prematuros apresentaram peso normal ao nascimento e 78% apresentaram baixo peso ao nascer. Quando ao gênero, nasceram 52% do gênero feminino e 48% masculino. Apesar do seu estudo mostrar predomínio de nascimentos de prematuros do sexo feminino, eles consideraram que a questão de gênero não é significativa. Portanto, nesta pesquisa houve uma prevalência

Silva, E.S. et al.
de recém-nascidos do gênero masculino, e que, apesar de prematuros, a maioria dos RN's nasceram com peso considerado normal, ou seja > ou igual a 2500g.

Na tabela 3 foi realizado a análise descritiva para encontrar a medida de tendência central e a variabilidade encontrada em todas as variáveis maternas, obstétricas e neonatais, demonstrada na tabela através da média, desvio padrão, intervalo de confiança em 95% em torno da média para todas as variáveis, o valor mínimo e o máximo.

Observou-se que a idade materna teve uma média de 23,4 com desvio padrão de 6,67, ou seja, a média de idade oscilou de 16 anos até 30 anos, as mais nova tinham 14 anos e a mais velhas tinham 43. O número de consultas apresentou uma média de 5,3, com valor mínimo de 1 e máximo de 10. Quanto a duração da gestação 34,7 foi apresentada como média, o valor mínimo foi de 23 a 36 no máximo. As gestações anteriores somaram no máximo o número de 5 e mínimo 0, com média de 0,8. A consulta pré-natal teve média de 5,3, com valor mínimo de 1 e máximo de 10. Considerando o peso ao nascer dos recém-nascidos, obteve-se uma média de 2911,4 com valor mínimo de 1158g e o valor máximo de 4428g. E os valores de APGAR ao 1º obteve uma média de 8,4 e no 5º minuto a média foi de 9,4.

Tabela 3 - Medidas de tendência central e variabilidade das variáveis maternas, obstétricas e neonatais de partos pré termo. Teresina, 2016.

Variáveis	Média	Desvio padrão	IC 95%	Mínimo	Máximo
Idade da mãe	23,4	6,67	22,13 - 24,71	14	43
Número de consultas	5,3	2,26	4,86 - 5,74	1	10
Duração da gestação	34,7	2,09	34,31 - 35,11	23	36
Número de partos anteriores	0,8	1,20	0,65 - 1,11	0	5
Peso do RN	2911,4	625,77	2790,8 - 3032,13	1158	4428
Apgar ao 1º minuto	8,4	1,01	8,25 - 8,64	1	10
Apgar ao 5º minuto	9,4	0,81	9,33 - 9,65	5	10

Fonte: pesquisa direta, 2016.

Para Santos (2014), os determinantes de risco neonatal relacionados à gravidez em mães

jovens sugerem múltiplas interferências, de acordo com o contexto familiar, inserção social, situação conjugal e estado de saúde. Mães muito jovens parecem mais susceptíveis e vulneráveis em alguns aspectos, cabendo considerar os fatores ligados ao estilo de vida, à condição social e econômica, além dos possíveis fatores biológicos e relativos à saúde.

Na presente pesquisa, foi encontrado uma prevalência de mães jovens que tiveram parto prematuro, porém não houve a possibilidade de investigar fatores ligados a estilo de vida e possíveis fatores biológicos relativo à saúde dessas mães.

Ramos e Cuman (2009) afirmam que, com relação ao número de consultas de acompanhamento pré-natal, seu estudo demonstrou que 32% realizaram sete ou mais consultas, 51% realizaram de 4 a 6 consultas, 14% realizaram de 1 a 3 consultas e 3% não realizaram nenhuma consulta. Seus resultados indicam que, apesar da padronização no serviço de saúde para a realização do acompanhamento do pré-natal, ainda há baixa adesão a esse protocolo. Os resultados de Ramos e Cuman vão de encontro aos resultados encontrados nesta pesquisa, onde o número de consultas da maioria das mães foram inadequados.

Nader (2010) caracterizou as mães que tiveram partos no Espírito Santo, e constatou que as mães com parto pré-termo realizavam número de consultas muitas vezes insuficiente, fato menos visto nas mães com parto a termo. Este resultado é de extrema relevância, visto que é possível que o pré-natal inadequado tenha levado, em alguns casos, a uma assistência insuficiente da gestação, tendo como consequência o parto prematuro. No entanto, ressaltou que o menor número de consultas pré-natais pelas parturientes de RN prematuros talvez esteja relacionado ao tempo de gestação mais curta.

Silva, E.S. et al.

Os achados do estudo são semelhantes aos encontrados na pesquisa realizado por Costa (2014), o índice de Apgar de recém-nascidos prematuros, no primeiro e no quinto minutos obteve grande percentual de recém-nascidos com boa vitalidade (8 a 10). O índice de Apgar no primeiro minuto correspondendo a sofrimento (8,3%) foi maior que no quinto minuto (3,2%), denotando certo grau de recuperação dos recém-nascidos.

Os estudos acima citados, corroboram com os achados desta pesquisa, onde mostra que houve um bom índice de APGAR nos RN's apesar de prematuros, e também uma melhora nos valores de APGAR, quando comparado do primeiro para o quinto minuto de vida, mostrando que pela avaliação dos sinais vitais do recém-nascido, os bebês estão se adaptando bem à vida extrauterina.

Observando os resultados apresentados neste estudo, relacionado à variável número de consultas pré-natal, pôde-se concluir que a maioria das mães tiveram um número de consultas pré-natal inadequadas, ou seja, menos consultas do que o a Organização mundial de saúde recomenda.

Na tabela 4 utilizou-se o Teste de coeficiente de correlação de Pearson para correlacionar o número de consultas pré-natal realizada por essas mães, aos desfechos obstétricos e neonatais encontrados nessa pesquisa. Nesse teste são encontrados três valores, que estão descritos na tabela 4, sendo eles: o valor *r*, o valor do intervalo de confiança de *r* em torno de 95%, e o *p* valor.

Sendo assim, na tabela 4 todas as variáveis se correlacionaram com o número de consultas, e que o valor *r* de APGAR ao 1º minuto, o peso ao nascer, e a duração da gestação se correlacionaram de forma positiva, com o intervalo de confiança de *r* em torno de 95% para todas as variáveis, sendo que dessa correlação

representa a mais forte de correlação, é a existente entre o número de consultas e a duração da gestação, pois é o valor mais próximo do extremo, que no caso é de +1. O valor de *r* no APGAR no 5º minuto teve uma correlação inversamente proporcional, porém de pequena força, visto que o valor *r* se aproxima mais do zero, e não do extremo.

Quanto ao *p* valor, na tabela pode-se observar que os valores de APGAR ao 1º e 5º minuto e o valor de peso ao nascer foram maiores que 0,05, sendo, esses valores, estatisticamente não significantes. O valor *p* da duração da gestação foi 0,001, sendo o único estatisticamente significativo, pois é menor que 0,05.

Tabela 4 - Correlação entre o número de consultas e variáveis obstétricas e neonatais em partos pré termo. Teresina, 2016.

Variável	r	IC 95%	p valor
Apgar 1º minuto	0,027	- 0,16 a 0,22	0,78
Apgar 5º minuto	- 0,01	- 0,20 a 0,18	0,92
Peso ao nascer	0,109	- 0,08 a 0,29	0,26
Duração da gestação	0,305	0,12 a 0,47	0,001

Fonte: pesquisa direta, 2016.

A duração da gestação se correlaciona fortemente com o número de consultas pré-natais realizadas pelas gestantes, tendo na pesquisa um resultado estatisticamente significativo. Sendo assim, quanto mais consultas pré-natal a gestante realizar, menor a chance de ter um parto prematuro. Como a pesquisa foi realizada apenas com partos prematuros, então segundo os resultados, quanto mais consultas pré-natal a gestante realizou, mais próximo de a termo foi o seu parto.

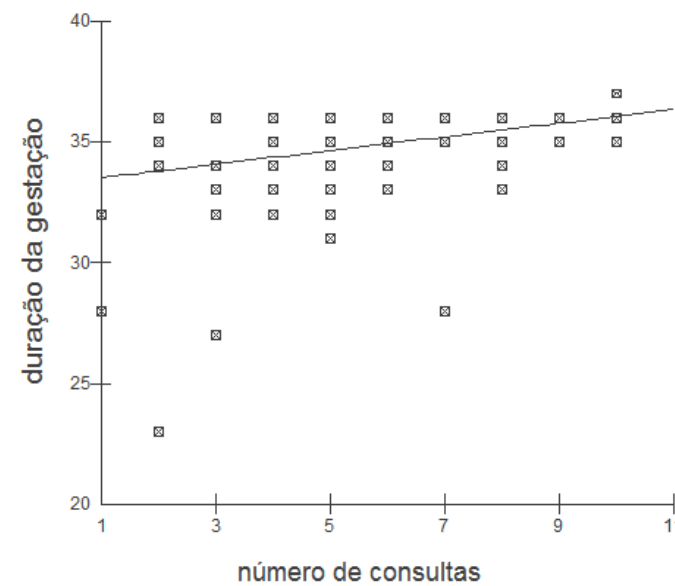
Silva (2015) descreve que o pré-natal tem sido o melhor método para que a gestante tenha uma gravidez segura e tranquila, portanto, é importante que os profissionais da saúde, tenham conhecimento e habilidades necessárias para proporcionar uma assistência de qualidade, responsabilidade e eficiência.

Silva, E.S. et al.

Como retratado no estudo acima, é importante um maior interesse dos profissionais da saúde em proporcionar uma assistência adequada, e orientar as mães sobre o tal, pois esses desfechos inesperados, como o parto prematuro, observado nesta pesquisa, podem ser explicados pelo pré-natal inadequado realizado por essas mães.

Baseado na tabela 4 e no teste de correlação linear de Pearson, foi elaborada a figura 1, onde se observa um diagrama que faz a correlação entre o número de consultas de pré-natal com a duração das gestações da amostra pesquisada, indicando mais uma vez que essas duas variáveis são perfeitamente proporcionais, e por meio da linha ascendente pode-se concluir que, quanto mais consultas essas gestantes realizaram, maior era o número de semanas de sua gestação.

Figura 1 - Diagrama de dispersão entre o número de consultas de pré-natal e a duração da gestação em semanas (correlação linear de Pearson, $r = 0,305$; $p = 0,001$).



Fonte: pesquisa direta, 2016.

Segundo Costa (2014), a assistência pré-natal tem merecido destaque crescente e especial na atenção à saúde materno-infantil, que permanece como um campo de intensa preocupação. A assistência pré-natal baseia-se em três planos de atuação: rastreamento das gestantes de alto risco, ações profiláticas

específicas para a gestante e o feto, e educação em saúde. A identificação da grávida de alto risco representa o principal elemento na prevenção da morbimortalidade materna e infantil, demandando acompanhamento especializado.

Para Anversa et al. (2012) apesar da ampliação da cobertura pré-natal e da adesão por parte das gestantes, ainda se evidencia que a redução dos possíveis agravos durante o período gestacional está longe do modelo idealizado pelos profissionais. Portanto, é bem provável que haja um déficit na qualidade da assistência, sendo considerada insuficiente a assistência prestada pelos serviços de saúde.

Como citados nos estudos acima, nesta pesquisa observa-se o destaque que a assistência pré-natal tem na atenção à saúde materno-infantil, pois é um elemento que ajuda no rastreio de fatores de risco na gestação. Mas observa-se também a necessidade de melhorar a qualidade, assim como a adesão materna a essa assistência, identificando possíveis déficits que possam ocorrer na prestação desse serviço, e informando as gestantes sobre a importância deste, para que assim possam ser diminuídos os possíveis agravos no período gestacional, por meio de uma identificação precoce de fatores de riscos de possam ser modificados durante a gestação, reduzindo assim, desfechos obstétricos inesperados.

CONCLUSÃO

Conclui-se que apesar de o nascimento prematuro ser multifatorial, ou seja, não se pode identificar um fator único e causal para ser combatido e/ou amenizado durante o período gestacional, a identificação de alguns fatores de risco modificáveis antes da concepção ou no início da gestação podem diminuir as chances da prematuridade.

Silva, E.S. et al.

O estudo concluiu que o perfil epidemiológico e socioeconômico das mães que tiveram partos prematuros está sendo influenciado por diversos fatores, como a idade materna, cor parda, e de baixa escolaridade, e em relação a antecedentes obstétricos, verificou-se uma maior prevalência de mães primíparas, e que tiveram o pré-natal inadequado, com número de consultas inferior ao recomendado. Quanto às características dos recém-nascidos a maioria encontrada foram do gênero masculino, média de APGAR no 1º minuto de 8,4 e média de 9,4 no 5º minuto, sendo a maioria, 75,7% nasceu com peso considerado adequado.

A prematuridade é a grande vilã da obstetrícia, portanto faz-se necessário conhecer e avaliar o perfil das pacientes, assim como os fatores de risco relacionados, buscando orientar as pacientes para que realizem um bom pré-natal, buscando evitar as complicações que possam levar ao parto prematuro.

REFERÊNCIA

ANVERSA, E. T. R. et al. Qualidade do processo da assistência pré-natal: unidades básicas de saúde e unidades de Estratégia Saúde da Família em município no Sul do Brasil. **Cadernos de saúde pública**, Rio de Janeiro, v. 28, n. 4, p. 789-800, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Determinantes Sociais da Saúde. Observatório sobre iniquidades em Saúde**. Brasília (DF): MS, 2012

COUTINHO, E. C. et al. Mudanças no Estilo de Vida Provocadas pela Gravidez e Parto. **Atas CIAIQ2014**, v. 2, p. 382-87, 2015. Disponível em: <
<http://proceedings.ciaiq.org/index.php/CIAIQ/article/view/553/548>> Acesso em: 19/04/2016.

CHAVES NETTO, H.; SÁ, R.A.M.; OLIVEIRA, C.A. **Manual de condutas em obstetrícia**. 3. ed. p.125-136. São Paulo: Atheneu, 2011.

COELLI, A.P. et al. Prematuridade como fator de risco para pressão arterial elevada em crianças: uma revisão sistemática. **Cad Saúde Pública**, v. 27, n. 2, p. 207-218, 2011. Disponível em: <
R. Interd. v. 10, n. 2, p. 47-57, abr. mai. jun. 2017

<http://www.scielo.org/pdf/csp/v27n2/02.pdf> > Acesso em: 20/05/2016.

COSTA, A. L. R. R. et al. Fatores de risco materno associados à necessidade de unidade de terapia intensiva neonatal. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, v. 36, n. 1, p. 29-34, 2014.

MONTENEGRO, C.A.B.; REZENDE FILHO, J. **Obstetrícia Fundamental**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan 12. ed, 2013.

NETO, P.; NALIATO, M.I.; SEGRE, C. A.M. Comparative analysis of gestations and frequency of prematurity and low birth weight among children of adolescent and adult mothers. **Einstein**, São Paulo, v. 10, n. 3, p. 271-277, 2012.

OLIVEIRA, R. M.s.; FRANCESCHINI, S.C. C.; PRIORE, S. E. Avaliação antropométrica do recém-nascido prematuro e/ou pequeno para idade gestacional. **Rev. bras. nutr. clín**, v. 23, n. 4, p. 298-304, 2008.

OMS - ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Diminuindo diferenças: a prática das políticas sobre determinantes sociais da saúde: documento de discussão**. Rio de Janeiro: OMS, 2011.

RABELLO, M. S. C.; BARROS, S.M.O. Clinical and epidemiological aspects of prematurity in a Normal Delivery Center, São Paulo, Brazil. **Einstein**, São Paulo, v. 9, n. 4, p. 483-488, 2011.

RAMOS, H. A. C.; CUMAN, Roberto Kenji Nakamura. Fatores de risco para prematuridade: pesquisa documental. **Esc Anna Nery Rev Enferm**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 2, p. 297-304, 2009.

SANTOS, N. L.A.C. et al. Gravidez na adolescência: análise de fatores de risco para baixo peso, prematuridade e cesariana. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 3, p. 719-726, 2014.

SILVA, A.M.R. et al. Fatores de risco para nascimentos pré-termo em Londrina, Paraná, Brasil. **Cad Saúde Pública**, São Paulo, v. 25, n. 10, p. 2125-38, 2009.

SILVA, M. R. S.; FONTES, R. S. **PARTOS PREMATUROS EM ADOLESCENTES EM UMA MATERNIDADE DE ALTO RISCO DO MUNICIPIO DE ARACAJU/SE**. 2015. 19f. Trabalho de conclusão de curso (Graduação em Enfermagem) - Universidade Tiradentes - UNIT, Sergipe; 2015.

SILVEIRA, M. F. et al. Determinantes de nascimento pré-termo na coorte de nascimentos

Silva, E.S. et al.
de 2004, Pelotas, Rio Grande do Sul, Brasil. **Cad. Saúde Pública** [online]. v. 26, n. 1, p.185-194; 2010. Disponível em:
<http://www.scielo.org/scielo.php?pid=S0102-311X20100100019&script=sci_arttext&tl=pt>
acesso em: 10/04/2016.

TEIXEIRA, L. A., VASCONCELOS L. D., RIBEIRO R. A. F. Prevalência de Patologias e Relação com a Prematuridade em Gestação de Alto Risco. **Revista Ciências em Saúde**, v. 5, n. 4, p. 35-42; 2015.

VETTORE, M.V.; DIAS, M.; LEAL, M.D.C. Avalia o da qualidade da aten o pré-natal dentre gestantes com e sem história de prematuridade no Sistema  nico de Saúde no Rio de Janeiro, Brasil. **Rev. Bras. Saúde Mater. Infant**, Recife, v. 13, n. 2, p. 89-100, 2013.

WACHHOLZ, V. A. et al. Relac o entre a qualidade da assistência pré-natal e a prematuridade: Uma revisão integrativa. **Revista Brasileira de Educa o e Saúde**, v. 6, n. 2, p. 01-07, 2016.

Submissão: 03/07/2016

Aprova o: 09/02/2017