

Fatores relacionados à prematuridade dos recém-nascidos de Dourados nos anos 2011 e 2012

Thaís de Oliveira Barizon*, Cássia Barbosa Reis, D.Sc.** , Jair Rosa dos Santos***, Roberto Dias de Oliveira, M.Sc.****

Graduada em Enfermagem pela Universidade Estadual de Mato Grosso do Sul, Dourados/MS, **Curso de Enfermagem, Universidade Estadual de Mato Grosso do Sul, Revisor, *Especialista em Educação Profissional na área de saúde: Enfermagem Curso de Enfermagem, Universidade Estadual de Mato Grosso do Sul, Dourados/MS, Orientador, ****Universidade Estadual de Mato Grosso do Sul, Dourados/MS, Co-orientador*

Resumo

Objetivou-se analisar os fatores de risco relacionados à prematuridade de recém-nascidos na cidade de Dourados/MS nos anos de 2011 e 2012. Estudo do tipo caso-controle, retrospectivo, utilizando dados obtidos da base Municipal do Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos (SINASC) e Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM) e analisados pelo software Epiinfo 7.1.1.0. A população do estudo foi composta por 7.422 nascidos vivos, constituindo 5 controles para cada caso. As variáveis utilizadas foram: prematuridade, peso do recém-nascido, pré-natal, estado civil, cor da pele, idade, ocupação e escolaridade da mãe. O índice de prematuridade encontrado foi de 17,0% em 2011 e 15,7% em 2012. As mulheres com gestação menor do que 36 semanas apresentaram início do pré-natal tardio, menos de 6 consultas, baixa escolaridade, idade menor de 18 anos, e os recém-nascidos apresentaram um índice mais elevado de baixo peso e aumento da mortalidade, provável consequência da prematuridade. Os dados encontrados destacam a importância da atividade de enfermagem no pré-natal, na prevenção da prematuridade e atenção à gestante durante o pré-natal e no atendimento ao recém-nascido prematuro que necessita de cuidados intensivos.

Palavras-chave: prematuro, gestantes, peso ao nascer.

Abstract

Factors related to premature newborns in Dourados from 2011 to 2012

The objective of this study was to analyze the risk factors related to prematurity of newborns in the city of Dourados/MS in 2011 and 2012. This is a retrospective case-control study, using data obtained from the municipality-based Information System on Live Births (SINASC) and Mortality Information System (MIS) and analyzed using Epiinfo 7.1.1.0 software. The study population consisted of 7,422 live births, and enrolled 5 controls for each case. The variables used were: prematurity, newborn baby birth weight, prenatal care, education, marital status, skin color, age, occupation status and

Recebido em 18 de agosto de 2014; aceito em 14 de outubro de 2014.

Endereço de correspondência: Thaís de Oliveira Barizon, Rodovia Dourados /Itahum, Km 12 Cidade Universitária 79804-970 Dourados MS, E-mail: thaisinha_barizon@hotmail.com.

mother's education. The prematurity rate was found to be 17.0% in 2011 and 15.7% in 2012. Women with less than 36 weeks gestation accessed prenatal care late, less than 6 visits, lower education, under 18 years of age, and there was a higher rate of low birth weight babies and increased mortality, probably due to prematurity. The data obtained highlight the importance of nursing activity in prenatal care, in preventing prematurity and attention to pregnant women during prenatal care and to preterm infants which require intensive care.

Key-words: premature, pregnant women, birth weight.

Resumen

Factores relacionados a la prematuridad de recién nacidos de Dourados en los años de 2011 y 2012

El objetivo de este estudio fue analizar los factores de riesgo relacionados a la prematuridad de recién nacidos en la ciudad de Dourados/MS en los años de 2011 y 2012. Se trata de estudio de casos y controles retrospectivos, según datos obtenidos de la base Municipal del Sistema de Información sobre Nacidos Vivos (SINASC) y Sistema de Información sobre Mortalidad (SIM) y analizadas por el software EPIINFO 7.1.1.0. La población de estudio ha sido compuesta por 7.422 nacidos vivos, consistiendo en 5 controles para cada caso. Las variables utilizadas fueron: prematuridad, peso del recién nacido, prenatal, estado civil, color de la piel, edad, ocupación y escolaridad de la madre. La incidencia de prematuridad encontrada fue del 17% en 2011 y del 15% en 2012. Las mujeres con embarazo de menos de 36 semanas presentaron inicio del cuidado prenatal tardío, menos de 6 consultas, bajos niveles de escolaridad, edad debajo de 18 años, y los recién nacidos presentaron un índice más elevado de bajo peso e incremento de la mortalidad, probable consecuencia de la prematuridad. Los datos encontrados señalan la importancia de la actividad de enfermería en el prenatal, en la prevención de la prematuridad y atención a la gestante durante el prenatal y en la atención al recién nacido prematuro que necesita de cuidados intensivos.

Palabras-clave: prematuro, mujeres embarazadas, peso al nacer.

Introdução

A gravidez e o parto são eventos marcantes na vida das mulheres e de suas famílias. Representam mais do que simples eventos biológicos, já que são integrantes da importante transição do status de “mulher” para o de “mãe”. Embora a fisiologia do parto seja a mesma, em nenhuma sociedade ele é tratado de forma apenas fisiológica, pois é um evento biossocial, cercado de valores culturais, sociais, emocionais e afetivos [1].

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

Considera-se prematuro o recém-nascido com idade inferior a 37 semanas, a termo aquele com idade gestacional entre 37 e 41 semanas e 6 dias e pós-termo quando a gestação alcança período maior que 42 semanas [2].

Diversos fatores de risco foram associados a prematuridade, idade materna acima de 35 anos ou abaixo de 20 anos, as más condições socioeconômicas, baixo nível educacional da gestante, desemprego, hábito de fumar, uso de drogas na gestação, a ausência de pré-natal ou número menor do que seis consultas, história de gestações anteriores com ocorrência de abortos, natimortos e prematuros [3], cor da pele, tipo de parto, estado civil, tipo de ocupação da mãe, estado nutricional, alteração de peso inadequado e exposição a substâncias tóxicas [4].

A possibilidade de apresentar seqüela ao longo da vida da criança e o risco de morte ao nascer gera algumas preocupações na família nos primeiros dias

de vida. Muitos dos problemas de saúde constatados, como o déficit motor, deficiência de aprendizagem e visual, retinopatia, agitação, paralisia cerebral, tetraplegia espástica, entre outros, foram percebidos e diagnosticados ao longo dos anos, a partir da convivência e dos acompanhamentos médico hospitalar com crianças nascidas pré-termo [5].

Além de já estarem debilitados com o sofrimento advindo das complicações da gravidez, enfrenta, após o nascimento, a situação de saúde crítica de seu filho e a conseqüente necessidade de internação na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN) por longos períodos, trajetória marcada por medo, considerando que a qualidade da vida futura poderá ser comprometida por causa das sequelas físicas e mentais muitas vezes irreparáveis, angústia e separação do filho do núcleo familiar [5].

A prematuridade constitui-se ainda em um grande problema de saúde pública, por tratar-se de um determinante de morbimortalidade neonatal, principalmente em países em desenvolvimento [6].

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), em 2010, nasceram 15 milhões de crianças prematuras em todo o mundo. O Brasil está na décima posição entre os países onde mais nascem prematuros [7].

Por mais que se conheçam os fatores de risco relacionados, prevenir a prematuridade ainda é um grande desafio a toda equipe de saúde, não apenas devido ao conhecimento incompleto dos fatores etiológicos e da fisiopatologia da prematuridade, mas por não poder considerar apenas um responsável e sim um fato com múltiplas causas que podem ser independentes e interdependentes [4].

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

Material e métodos

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

A presente pesquisa foi realizada no município de Dourados/MS, 2ª cidade do estado em população, cuja média de nascimentos é de aproximadamente 3000/ano, apresentando taxa bruta de natalidade de 17,0 no ano de 2008 [8]. A cobertura

pelo SINASC na região centro-oeste se encontra próxima de 100% em quase todas as unidades federativas [9].

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

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

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

Resultados

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

O índice de prematuridade para o ano de 2011 foi calculado em 17,0%, diminuindo para 15,7% em 2012, o que mostra uma tendência à queda da prematuridade, considerando o aumento que vinha apresentando, passando de 2,6% para 9,5% no período de 1999 a 2008 respectivamente [10].

Pesquisa realizada pelo Ministério da Saúde observou um discreto aumento na proporção de nascimentos pré-termo de 6,1% para 7,1% de 2000 a 2010 [6]. Dados recentes do ano de 2012 [4,4] mostram que a taxa no Brasil já chega a 9,2%, valores menores se comparados ao que encontramos na cidade de Dourados.

Conforme já comprovado por outros estudos, a prematuridade tem sido um dos fatores responsáveis pela ocorrência de óbitos infantis, principalmente nos primeiros dias de vida. A taxa de mortalidade infantil (TMI) e de seus componentes foi estimada com base nos dados sobre nascimentos do (SI-NASC) e sobre óbitos infantis do (SIM) para os anos 2011 e 2012, da cidade de Dourados. A TMI é comumente utilizada como indicador do nível de saúde da comunidade. Essa taxa mede o número de óbitos durante o primeiro ano de vida, dividido pelo número de nascidos vivos no mesmo ano [11].

No Brasil, a TMI vem apresentando tendência constante de queda, com uma redução de 26,6 óbitos infantis por mil nascimentos em 2000 para 16,2/1.000 NV em 2010 [6,12], valor ainda elevado se comparado com países desenvolvidos que apresentam taxas 3 a 6 vezes menores como Japão e Canadá [12]. No município de Dourados a TMI permaneceu com 13,2/1000 e 13,3/1000 nos anos de 2011 e 2012.

Discussão

As denominações referentes ao peso ao nascer, foram separadas em faixas, o recém-nascido que apresenta peso acima de 4.000 g foi definido como macrossômico, entre 2.500-3.999 g como normal, baixo peso entre 1.500-2.500 g, muito baixo peso menor de 1.500 g e extremo baixo peso menor de 1.000 g [13]. A Organização Mundial de Saúde (OMS) define como baixo peso ao nascer (BPN) o nascimento de recém-nascido com peso inferior a 2.500 g [3].

O baixo peso ao nascer, menor de 2.500g, como mostra a tabela I apresenta um elevado número, ao se referir a crianças nascidas pré-termo 46,5% a 49,9% nos anos de 2011 e 2012 respectivamente, ao contrário das nascidas a termo cujo valor diminui para 4,8% nos mesmos anos, o que vai ao encontro de outros estudos que definem a ocorrência de prematuridade e/ ou restrição do crescimento intrauterino como principais fatores de risco para o baixo peso e disfunções cognitivas [14]. Além de se encontrarem entre os fatores de risco para mortalidade significativamente superior a crianças nascidas com peso maior ou igual a 2.500g e duração da gestação maior ou igual a 37 semanas [15].

Os índices de recém-nascidos com peso normal em mulheres com parto pré-termo apresentaram pequena diminuição permanecendo com percentual de 50,0%. De acordo com estudos realizados nas cidades de São Paulo e Rio de Janeiro, mulheres que realizaram menos de 6 consultas no pré-natal tiveram mais chances de ter filhos com baixo peso, indicando que a atenção ao pré-natal contribuiu significativamente no peso ao nascer [15]. O pré-natal propicia a gestante um cuidado maior com a própria saúde e adoção de hábitos de vida saudáveis para si e para seu filho, assim como possibilita prevenção de agravos [15].

A realização do pré-natal pelas gestantes é uma das atividades da atenção básica na qual mais se tem investido a fim de evitar que problemas no decorrer da gestação interfiram na qualidade de vida tanto da mãe quanto do recém-nascido. Desta forma, o Ministério da Saúde lançou algumas estratégias para

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

Fatores de risco	< 36				36			
	2011		2012		2011		2012	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Peso								
Macrossômico	5	1,0	6	0,8	129	5,4	184	4,8
Normal	254	52,5	354	49,3	2,133	89,8	3,482	90,5
Baixo peso	172	35,5	265	36,9	109	4,7	174	4,6
Muito baixo peso	31	6,5	59	8,3	2	0,1	5	0,1
Extremo baixo peso	22	4,5	34	4,7	-	-	-	-
Início do Pré-Natal								
1º Trimestre	349	72,0	547	76,2	1.882	79,3	3.109	81,0
Após 1º Trimestre	118	24,5	171	23,8	446	18,9	736	19,0
Ignorado	17	3,5	-	-	45	1,8	-	-
Consultas de Pré-Natal								
< 6 consultas	160	33,3	282	39,4	351	14,9	587	15,3
> 6 consultas	324	66,7	436	60,6	2.022	85,1	3.258	84,7

que a atenção primária consiga realizá-lo de forma adequada, uma delas se volta para o calendário de consultas do pré-natal que deve ser programado em função dos períodos gestacionais que determinam maior risco materno e perinatal. Deve ser iniciado no 1º trimestre e ter um mínimo de 6 consultas, sendo uma no primeiro trimestre, duas no segundo e três no último trimestre [16].

Estratégia esta que permite que a atenção primária identifique as gestantes com ausência no pré-natal e tente de alguma maneira atraí-la. O presente estudo demonstra aumento do número de gestantes que iniciaram o pré-natal já no 1º trimestre, indicando uma maior conscientização das mulheres sobre a importância do pré-natal.

O número ainda elevado de mulheres com menos de 6 consultas, não deve ser analisado de forma isolada, pois deve-se considerar que a gestante com menos de 37 semanas teve menos chances de realizar as consultas [15]. Contudo deve se atentar ao valor

de 15,0% para as mulheres que não realizaram o atendimento pré-natal conforme o preconizado, por iniciá-lo tardiamente ou por dificuldade de seguir corretamente o cronograma de consultas, o que mostra a necessidade da continuação dos programas de incentivo ao pré-natal.

Em dados de estudo [17], realizado na Bahia, a ausência no pré-natal teve relação direta com a gravidez na adolescência e 1º grau incompleto, por associar o baixo nível de escolaridade com a falta de informação e a idade como fator psicológico, já que a mulher pode ter dificuldade de assumir a gestação devido a conflitos familiares. Dados que não podem ser afirmados neste estudo, pois apenas 6,3% das mulheres apresentam 1º grau incompleto e 47,3% superior completo, demonstrando uma maior facilidade de acesso a Universidade [18].

Em relação à idade, o número de mulheres com menos de 18 anos sofreu um aumento de 5 % no ano de 2011 para 2012 entre as mulheres

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

Fatores de risco	< 36				> 36			
	2011		2012		2011		2012	
	nº	%	nº	%	nº	%	nº	%
Idade da mãe								
< 18 anos	64	13,2	129	18,0	220	9,3	361	9,4
> 35 anos	50	10,3	57	6,5	193	8,1	333	6,5
Estado Civil								
Solteira	208	43,1	442	61,6	996	41,9	2.161	56,2
Casada	140	29	199	27,7	895	37,7	1.351	35,1
Viúva/ divorciada	7	1,4	13	1,8	30	1,2	60	1,5
União estável	127	26,3	63	8,8	444	18,8	272	7,0
Ignorado	2	0,2	1	0,1	8	0,3	1	0
Escolaridade								
Ens. Fundamental	27	5,5	38	6,3	11	4,7	124	3,2
Ens. Médio	145	30	199	27,8	502	21,2	835	21,7
Sup. Completo	220	45,5	339	47,3	1.168	49,3	1.937	50,4
Sup. Incompleto	92	19	140	19,5	588	24,8	945	24,6
Cor da pele								
Branca	191	39,4	328	45,6	1.068	45,2	1.855	48,2
Preta	10	2,0	17	2,4	54	2,3	90	2,3
Parda	283	58,4	373	52,0	1.238	52,5	1.900	49,5
Ocupação								
Professora	6	1,2	23	3,2	60	2,5	118	3,1
Secretária	6	1,2	7	1,0	65	2,7	82	2,1
Doméstica	11	2,3	18	2,5	38	1,6	124	3,2
Vendedora	7	1,4	22	3,1	63	2,7	116	3,0
Estudante	34	7	56	7,8	160	6,8	252	6,6
Do Lar	326	67,4	429	59,8	1.420	59,9	2.051	53,4
Outras	94	19,5	163	22,6	1.806	23,8	1.102	28,6

com parto pré-termo, índice maior do que nas mulheres que apresentam parto a termo. Esta realidade evidencia a necessidade de programas que abordem sobre educação sexual com os jovens. A literatura ainda apresenta maior incidência de RN prematuros e de baixo peso, no grupo de gestantes adolescentes (17 a 19 anos) se comparadas com as adultas jovens (20 a 24 anos) com as mesmas condições de vida [17].

O estado civil é outro dado importante de ser analisado, visto que interfere na formação da família e na maneira como esta vai lidar com as dificuldades e desafios da gravidez e problemas que possam surgir. Ramos [19] encontrou 37% de mulheres casadas e 51% de solteiras, o que indica que a maioria das mães não tem apoio de um companheiro e, portanto, não tem com quem dividir ou compartilhar suas dificuldades e responsabilidades. Essa realidade evidencia as mudanças estruturais que a família vem passando ao longo dos anos, motivada pelas condições sociais, econômicas e culturais, não apresentando na atualidade, em sua maioria, uma composição paternalista. Os dados do estado civil não são unânimes, tal qual mostra a pesquisa de Nader [20] que, ao contrário do que se esperava, foram as casadas que apresentaram maior índice de prematuridade.

Segundo Ramos *et al.* [19], a cor da pele é caracterizada como fator de risco devido à associação entre diferença étnica e condição socioeconômica que poderia interferir no acesso ao conhecimento e serviço de saúde. Esta pesquisa obteve índice de 45,6% de mulheres brancas e 52,0% de pardas, considerando que este dado é inserido na DN mediante declaração da mulher. De acordo com Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) [21], cor ou raça é característica declarada pelas pessoas de acordo com as seguintes opções: branca, preta, amarela, parda ou indígena. E em 2010 a região Centro-Oeste contava com índice de 46,2% de pessoas brancas e 49,4% de pardas, o que explica a prevalência destas raças na cidade de Dourados.

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

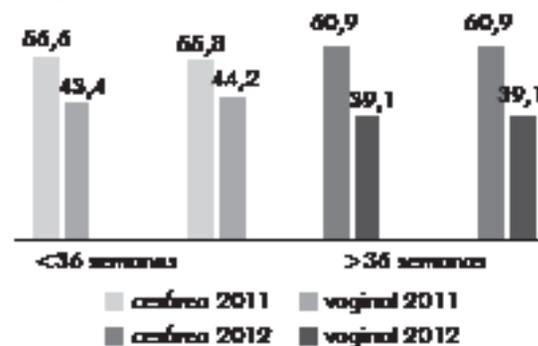
mulher no mercado de trabalho, o que corrobora outros estudo em que 65% das mulheres não exerciam atividade remunerada, resultando possivelmente em baixa renda familiar, sobrecarga financeira para os outros membros da família e aumento da família, diminuindo a renda *per capita* e iniciando um possível ciclo de pobreza [20].

Na figura 1, observa-se que o número de cesarianas se manteve elevado em todas as situações, contrariando o preconizado pela OMS que em 1985 declarou que não há justificativa para qualquer região apresentar taxa de parto cesariana superior a 10-15% [22].

A cesariana traz benefícios a gestantes e recém-nascidos quando sua indicação é bem determinada. Entretanto, sua utilização tem aumentado desde a década de 1970 a níveis injustificáveis pelas indicações médicas, com repercussões negativas, econômicas e de saúde [23,24].

De acordo com Souza [25], diante da prematuridade, alguns serviços de obstetrícia têm preconizado a possibilidade de assistência por via vaginal diante de apresentação cefálica e realização de cesárea diante da apresentação pélvica, já que as incidências de traumas fetais e asfixia se apresentam semelhantes, independentemente da via de parto adotada. Estudo sugere que há uma relação maior de prematuridade por cesariana do que por parto vaginal [6].

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



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

Dados da coorte de 2004 em Pelotas mostram que, ao contrário do verificado em países desenvolvidos, crianças com idades gestacionais entre 34 e 36 semanas – os pré-termos limítrofes – apresentam risco cinco vezes maior de morrer durante o primeiro ano de vida do que crianças nascidas a termo, mesmo após ajuste para morbidade materna e fatores sociodemográficos. Embora a tendência crescente à prematuridade observada no Brasil esteja principalmente restrita a esta faixa de pré-termos limítrofes, suas consequências para a mortalidade infantil são substanciais [26].

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

IG em semanas	N°	2011		2012	
		(%)	N°	(%)	N°
Menor de 22	3	4,9	2	3,2	
22 a 27	10	16,2	7	12,9	
28 a 31	10	16,2	11	17,8	
32 a 36	12	19,3	15	24,1	
37 a 41	22	35,4	22	35,4	
Ignorado	5	8,0	4	6,5	
Total	62	100	61	100	

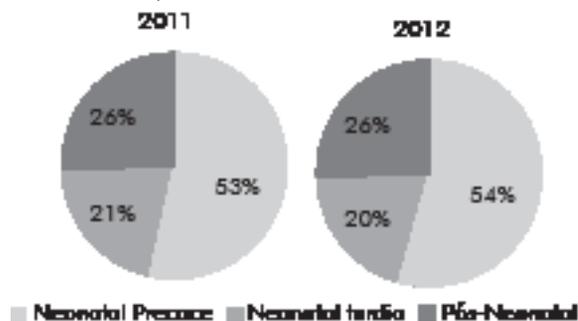
O nascimento pré-termo ainda constitui sério problema obstétrico que se associa

a significativa morbidade e mortalidade perinatais. Sua incidência permanece relevante (de 5 a 13%) mesmo em países desenvolvidos [25].

Até o ano de 1990 a TMI se concentrava no período pós-neonatal (28 dias a 1 ano) e hoje já se concentra no período neonatal que se divide em precoce (0- 6 dias) e tardio (7-27 dias), correspondendo a cerca de 70% do quadro de mortalidade [12,27]. O presente estudo corrobora a literatura citada na qual a concentração de óbito infantil permaneceu na faixa de neonatal precoce com 53% em 2011 e 54% em 2012.

Os fatores relacionados à ocorrência do parto prematuro são inúmeros e podem acompanhar a mulher durante toda sua vida, por se tratar de um evento que sofre interferência não só de más condições de saúde, mas também de fatores sociais, econômicos e educacionais. Muitas vezes, acaba por gerar na mulher sentimentos de medo e frustração, pela maior possibilidade de ter um filho que ao nascer necessite de cuidados intensivos, que possa no seu desenvolver apresentar sequelas ou ainda ir a óbito devido à impossibilidade de completar a maturação dos órgãos antes do nascimento.

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



Assim se faz necessário o levantamento de dados sobre os principais fatores de risco que levam as gestantes, evoluírem para o trabalho de parto prematuro para que se possa eventualmente instaurar e promover medidas preventivas, que possibilitem a mudança no cenário da prematuridade.

As mulheres com gestação menor do que 36 semanas, apresentaram índices mais elevados quando comparado às mulheres com gestação maior que 37 semanas nos seguintes fatores, início do pré-natal tardio, realização de menos de seis consultas, maior número de mulheres solteiras, baixa escolaridade, idade inferior a 18 anos, ocupação de do lar, prevalência de recém-nascidos com baixo peso, e grande influência sobre o número de óbitos infantis ocorridos até um ano. Entre as variáveis que não sofreram muita alteração, pode-se citar o tipo de trabalho de parto, no qual a cesariana permaneceu com índice menor nas mulheres que tiveram parto prematuro, porém com valores muito acima do preconizado, e a cor da pele que permaneceu sem muitas diferenças entre as mulheres.

O presente estudo considera a necessidade de novas pesquisas que possam investigar de uma forma mais abrangente todos os fatores que levam a prematuridade, visto que esta pesquisa ficou restrita aos dados fornecidos pelo banco de dados do SINASC, que não abrange todos os fatores relacionados à prematuridade.

Conclusão

Este estudo destaca principalmente a importância do serviço de Enfermagem tanto na atenção primária, responsável pela realização do pré-natal, momento este que pode ser crítico para a tomada de decisões que atuem tanto na prevenção de agra-

vos quanto na alta complexidade, no momento da realização do parto, acolhimento da gestante, identificação de problemas e adequada assistência ao recém-nascido prematuro que necessitara de cuidados mais avançados. Enfatiza-se a necessidade de maior capacitação para estes profissionais para que saibam como atuar de maneira a prevenir os possíveis agravos e na recuperação dos recém-nascidos prematuros.

Referências

1. Domingues RMSM, Santos EM, Leal MC. Aspectos da satisfação das mulheres com a assistência ao parto: contribuição para o debate. *Cad Saúde Pública* 2004;20(1):52-6.
2. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência a Saúde. Coordenação Materno Infantil. Manual de assistência ao recém-nascido. Brasília: Ministério da Saúde; 1994.
3. Franciotti DL, Mayer GN, Cancelier ACL. Fatores de risco para baixo peso ao nascer: um estudo de caso-controle. *Arquivos Catarinenses de Medicina* 2010;39(3):63-9.
4. Almeida AC, Jesus ACP, Lima PFT, Araujo MFM, Araujo TM. Fatores de risco materno para prematuridade em uma maternidade pública de Imperatriz-MA. *Rev Gaúch Enferm* 2012;33(2):86-94.
5. Arruda DC, Marcon SS. Experiência da família ao conviver com sequelas decorrentes da prematuridade do filho. *Rev Bras Enferm* 2010;63(4):595-602.
6. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Mortalidade Infantil no Brasil: tendências, componentes e causas de morte no período de 2000 a 2010. In: *Saúde Brasil 2011: uma análise da situação de saúde e a vigilância da saúde da mulher*. Brasília: Ministério da Saúde; 2011.
7. Ministério da Saúde. Agência Brasil. Quase 12% dos partos feitos no Brasil são prematuros. 2013. [citado 2013 Set 10]. Disponível em: URL: <http://agencia-brasil.ebc.com.br>
8. Ministério da Saúde. Caderno de Informação em Saúde -2008. [citado 2013 Set 20]. Disponível em: URL: <http://tabnet.datasus.gov.br/tabdata/cadernos/cadernosmap.htm>
9. Ministério da Saúde. Coordenação Geral de Informações e Análise Epidemiológica. Consolidação do Sistema de Informação sobre Nascidos vivos – 2011. Brasília: Ministério da Saúde; 2013.
10. Ministério da Saúde. Informações em Saúde [citado 2013 Set 20]. Disponível em: URL: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/deftohtm.exe?sinasc/cnv/nvms.def>.
11. Bonita R, Beaglehole R, Kjellstrom T. *Epidemiologia básica*. 2ª ed. São Paulo: Santos; 2010.
12. França E, Lansky S. Mortalidade infantil neonatal no Brasil: situação, tendências e perspectivas. In: Rede Interagencial de Informação para a Saúde (RIPSA). *Demografia e saúde: contribuição para análise de situação e tendências*. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde; 2009. p. 83-112.
13. Souza ABG. *Enfermagem Neonatal cuidado integral ao recém-nascido*. 1ª ed. São Paulo; Martinari; 2011.
14. Silva CA, Brusamarello S, Cardoso FGC, Adamczyk NF, Neto FR. Desenvolvimentos de prematuros com baixo peso ao nascer nos primeiros dois anos de vida. *Rev Paul Pediatr* 2011;29(3):328-35.
15. Cascaes AM, Gauche H, Baramarchi FM, Borges CM, Peres KG. Prematuridade e fatores associados no Estado de Santa Catarina, Brasil, no ano de 2005: análise dos dados do Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos. *Cad Saúde Pública* 2008;24(5):1024-32.
16. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção a Saúde. Pré-natal e Puerpério: atenção qualificada e humanizada. Caderno nº 5. Brasília: Ministério da Saúde; 2005.
17. Santos NLAC, Costa MCO, Amaral MTR, Vieira GO, Bacelar EB, Almeida AHV. Gravidez na adolescência: análise dos fatores de risco para baixo peso, prematuridade e cesariana. *Ciênc Saúde Coletiva* 2014;19(3):719-26.
18. Freitas AASM. Acesso ao ensino superior: estudo de caso sobre características de alunos do ensino superior privado. *Revista da Universidade Federal de Goiás*; 2010.
19. Ramos HAC, Cuman RKN. Fatores de risco para prematuridade: pesquisa documental. *Esc Anna Nery Rev Enferm* 2009;13(2):297-304.
20. Nader PRA, Cosme LA. Parto prematuro de adolescentes: influencia de fatores sociodemográficos e reprodutivos, Espírito Santo, 2007. *Esc Anna Nery Rev Enferm* 2010;14(2):338-45.
21. IBGE. Instituto Brasileira de Geografia e Estatística. Aspectos Demográficos- Informações gerais. 2010. [citado 2013 Outubro 10]. Disponível em: URL: <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/condicaodevida/indicadoresminimos/defaulttab.shtm>.
- 22.
23. Betrán AP, Betrán AP, Meriardi M, Lauer JA, Bing-Shun W, Thomas J, et al. Rates of caesarean section: analysis of global, regional and national estimates. *Paediatric and Perinatal Epidemiology* 2007;21(1):98-113.
24. Padua KS, Osis MJD, Faúndes A, Barbosa AH, Filho OBM. Fatores associados a cesariana em hospitais brasileiro. *Rev Saúde Pública* 2010;44(1):70-79.
25. Patah LEM, Malik AM. Modelos de assistência ao parto e taxas em diferentes países. *Rev Saúde Pública* 2011;45(1):185-94.
26. Souza E, Souza GN, Ferreira DN, Camano L. Escolha da melhor via de parto para o feto prematuro em apresentação pélvica. *Feminina* 2011;39(1):5-8.
27. Silveira MF, Santos IS, Barros AJD, Matijasevich A, Barros FC, Victora CG. Determinantes de nascimento pré-termo na coorte de nascimento de 2004, Pelotas, Rio Grande do Sul, Brasil. *Cad Saúde Pública* 2010;26(1):185-94.
28. Beck S, Wojdyla D, Say L, Betran AP, Meriardi M, Requejo JH, Rubens C, Menon R, Look PFV. The worldwide incidence of preterm birth: a systematic review of maternal mortality and morbidity. *Bull World Health Organ* 2010;88:31-8.