



Universidade Federal
de Campina Grande

UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE – UFCG
CENTRO DE FORMAÇÃO DE PROFESSORES – CFP
UNIDADE ACADÊMICA DE ENFERMAGEM – UAENF
CURSO DE GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

LAYANNE TAVARES BARBOSA

PREMATURIDADE: CARACTERÍSTICAS MATERNAS E NEONATAIS

CAJAZEIRAS – PB

2014

LAYANNE TAVARES BARBOSA

PREMATURIDADE: CARACTERÍSTICAS MATERNAS E NEONATAIS

Trabalho de conclusão de curso apresentado à banca examinadora da Universidade Federal de Campina Grande, como requisito parcial à obtenção do título de Bacharel em Enfermagem sob a orientação da professora Mestre Cecília Danielle Bezerra Oliveira.

CAJAZEIRAS – PB

2014

LAYANNE TAVARES BARBOSA

PREMATURIDADE: CARACTERÍSTICAS MATERNAS E NEONATAIS

Trabalho de conclusão de curso apresentado à banca examinadora da Universidade Federal de Campina Grande, como requisito parcial à obtenção do título de Bacharel em Enfermagem sob a orientação da professora Mestra Cecília Danielle Bezerra Oliveira.

Aprovada em 04 de setembro de 2014.

BANCA EXAMINADORA

Orientadora: Prof^ª. Ms. Cecília Danielle Bezerra Oliveira, ETSC

Examinador: Prof^ª. Ms. Edineide Nunes da Silva, UAENF, UFCG, FSM

Examinador: Prof^ª. Ms. Rosimery Cruz de Oliveira Dantas, UAENF, UFCG.

Dados Internacionais de Catalogação-na-Publicação - (CIP)
Denize Santos Saraiva Lourenço - Bibliotecária CRB/15-1096
Cajazeiras - Paraíba

B238p Barbosa, Layanne Tavares

Prematuridade: características maternas e neonatais. / Layanne Tavares Barbosa. Cajazeiras, 2014.

32f : il.

Bibliografia.

Orientador(a): Cecília Danielle Bezerra Oliveira.

Monografia (Graduação) - UFCG/CFP

1. Prematuridade. 2. Condições maternas. 3. Condições neonatais. 4. SINASC. I. Oliveira, Cecília Danielle Bezerra. II. Título.

“A todos os que sofrem e estão sós, dai sempre um sorriso de alegria. Não lhes proporcionas apenas os vossos cuidados, mas também o vosso coração.”

(Beata Madre Teresa de Calcutá)

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus, meu amor maior que é digno de toda gratidão, por ser meu maior incentivador, por ser quem mais torce e faz possível todas as minhas vitórias, a Ele que me sustentou durante essa caminhada com sua misericórdia, seu amor, sua paciência. É para Ele meu louvor pois, foi Ele quem sonhou comigo e tantas vezes por mim, quando pensei em desistir. Senhor, TUDO é para Ti.

À toda minha família, que sempre caminhou e desejou junto comigo essa conquista, em especial aos meus pais, meus grandes amores, Marilene e Lucas (constante em meu coração) que com o suor de seus esforços sempre se dispuseram do melhor para mim, para contribuir com tudo em meu aprendizado (nada me faltou), a minha Vó Maria, minha Maria da terra, que sempre me cobrou as notas, que me estimulava: “Eita neguinha! Ta terminando”.

À Comunidade Católica Shalom, também minha família, minha casa, por permitir que eu pudesse conhecer o verdadeiro amor, e me tornar uma pessoa diferente e agora profissional diferente, nunca mais serei a mesma. Agradeço a todos os irmãos que junto a mim, choraram, se alegraram, caíram, levantaram.

À minha orientadora, Cecília o nome que pensei um dia colocar em uma filha, foi para mim neste tempo mãe, que correu por mim, junto de mim, e mesmo se recuperando de um acidente, lutou comigo. Obrigada professora mãezona, pelas cobranças, sem elas este sonho não teria se concretizado, pelas correções, dicas, palavras, obrigada por ter dedicado um pouco do seu tempo para mim, por abrir as portas de sua casa. Este trabalho também é seu.

Aos meus amigos, meus refúgios, aqueles instrumentos de Deus, que como Ele sempre tem a melhor solução para o maior problema, que enxergam o melhor em nós, mas que sabem a hora da verdade. Valeu a torcida, e sei que foi até aqui e agora será maior ainda, se é isso é possível. Amo vocês!!!

RESUMO

Prematuro é todo recém-nascido (RN) que nasce no período compreendido entre 22 e 36 semanas e 6 dias de gestação a partir do primeiro dia da última menstruação. Apesar de não saber qual a sua etiologia, estudos apontam alguns fatores maternos e neonatais que contribuem com o nascimento pré-termo. Assim, este estudo teve como objetivo: Identificar o perfil de mães e de prematuros no estado da Paraíba. Trata-se um estudo descritivo, transversal com abordagem quantitativa que utiliza o departamento de informática do SUS, DATASUS como fonte de dados, avaliando o número de nascidos vivos prematuros no período de 2010 a 2012. A incidência da prematuridade no estado foi de 10,35%. Analisando as variáveis maternas destacou-se que nas faixas etárias de 10 a 19 anos, de 30 a 39 ocorreram 50% destes partos prematuros, verificou-se ainda, que as mães solteiras colaboraram com 45,76% de prematuros, e 44,66% delas tem de 8 a 11 anos de instrução. Nas variáveis gestacionais constatou-se que 42,2% das mulheres aderiram ao pré-natal, atingindo o número de consultas preconizadas, e com o parto ocorrendo entre a 32^a a 36^a semanas (88,57%). Dentre as variáveis neonatais avaliadas, 98,3% não apresentam anomalia congênita. Deste modo, o estudo mostrou que apesar da adesão ao pré-natal, e o maior número de mães instruídas, os fatores maternos são grandes colaboradores para o nascimento pré-termo, fazendo necessária a qualificação da assistência no período gestacional e intrapartal.

Palavras-chave: Prematuridade. Condições maternas. Condições neonatais.

ABSTRACT

Is all premature newborn (NB) arising during the period between 22 and 36 weeks and 6 days of gestation from the first day of your last period. Despite not knowing what its etiology, some studies indicate maternal and neonatal factors that contribute to preterm birth. Thus, this study aimed to: identify the profile of mothers and premature infants in the state of Paraíba. This is a descriptive, cross-sectional study with a quantitative approach that uses the computer department of the SUS, Datasus as a source of data, evaluating the number of premature births in the period 2010 to 2012 the incidence of prematurity in the state was 10, 35%. Analyzing maternal variables was highlighted that in the age groups 10-19 years 30-39 50% of these premature births occurred, yet it was found that single mothers collaborated with 45.76% of premature infants, and 44.66 % of them have 8-11 years of education. In gestational variables it was found that 42.2% of women have joined the prenatal, reaching the recommended number of queries, and with delivery taking place between 32 to 36 weeks (88.57%). Among the neonatal variables, 98.3% have congenital anomaly. Thus, the study showed that despite adherence to prenatal care, and the most educated mothers, maternal factors are major contributors to preterm birth, making the necessary qualification of care in pregnancy and intrapartal period.

Keywords: Prematurity. Maternal conditions. Neonatal conditions.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

BP	BaixoPeso
BPN	Baixo Peso ao Nascer
CNES	Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
DATASUS	Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde
DNV	Declaração de Nascidos Vivos
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IMG	Interrupção Médica da Gestação
MBP	Muito Baixo Peso
RC	Retardo de Crescimento Intra Uterino
RN	Récem-Nascido
RNPT	Récem-Nascido Prematuro
RNPT-T	Récem-Nascido Prematuro Tardio
OMS	Organização Mundial de Saúde
SINASC	Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos
SUS	Sistema Único de Saúde

LISTA DE TABELAS

Tabela 1- Dados Sociodemográficos Relacionados A Prematuridade Avaliando A Mãe.....	22
Tabela 2- Dados Sociodemográfico Relacionados A Prematuridade Avaliando As Variáveis Gestacionais.....	24
Tabela 3- Dados Sociodemográfico Relacionados A Prematuridade Avaliando A Mãe.....	25

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	9
2 REVISÃO DE LITERATURA.....	12
2.1 PREMATURIDADE.....	12
2.2 A PREMATURIDADE E SUAS CAUSAS.....	14
2.3 SISTEMAS DE INFORMAÇÃO.....	15
2.4 DECLARAÇÃO DE NASCIDOS VIVOS.....	17
3 CONSIDERAÇÕES METODOLÓGICAS.....	19
3.1 TIPO DE PESQUISA.....	19
3.2 LOCAL DA PESQUISA.....	19
3.3 POPULAÇÃO E AMOSTRA.....	20
3.4 COLETA DOS DADOS.....	20
3.5 VARIÁVEIS.....	20
3.6 ANÁLISE DOS DADOS.....	21
5 RESULTADOS E DISCUSSÕES.....	22
6 CONCLUSÃO.....	29
REFERÊNCIAS.....	30

1 INTRODUÇÃO

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), prematuro é todo recém-nascido (RN) que nasce no período compreendido entre 22 e 36 semanas e 6 dias de gestação a partir do primeiro dia da última menstruação.

Vale ressaltar que a prematuridade já foi definida somente em relação ao peso do nascimento do RN. Contudo, o baixo peso ao nascer (BPN) pode estar associado ou não com a prematuridade, pois, só podem ser classificados como BPN o RN com o peso inferior a 2.500 gramas, sendo este prematuro ou não. Entretanto é comum que o prematuro apresente como uma de suas características o BPN (MAIA; SOUZA 2010).

Gravidez gemelar, polidrâmnio, anomalias fetais são as principais causas neonatais que induzem a prematuridade (CASCAES, 2008). Dentre as principais causas maternas para a prematuridade estão a: placenta prévia, deslocamento prematuro de placenta, útero bicorno, incompetência de colo (também conhecida como dilatação prematura), colo curto, pré-eclâmpsia, hipertensão arterial crônica, cardiopatia cianótica, infecções, uso de drogas (KLIEGMAN, 2009).

A prematuridade é um dos fatores que contribuem como uma das causas perinatais para as altas taxas de óbito neonatal, já que o RN prematuro não adquiriu a maturidade de seus órgãos e sistemas. Devido a imaturidade orgânica é necessário um conjunto de cuidados especiais, tais como: controle térmico, na eminência de um desequilíbrio hidroeletrolítico, monitorização da temperatura, uma vez que a do RN interage continuamente com a do ambiente, podendo encontrar-se conseqüentemente em constante mudança, incubadora Olidef para melhorar o acesso a eles, o que sugere uma contínua monitorização desde sua acolhida na unidade (BRASIL, 2011 a). Outro cuidado necessário ao RN prematuro é com a alimentação pela dificuldade de manter-se ativo devido a precocidade cerebral (SILVA et. al, 2012). Cuidados com os distúrbios respiratórios, hiperbilirrubinemia, infecções (RUGOLO, 2011).

Simões e França (2008) apontam que a mortalidade neonatal corresponde a cerca de 70% da mortalidade infantil, sendo a prematuridade a segunda causa destas mortes. Já no que diz respeito a mortalidade em neonatos os dados demonstram que a prematuridade vem contribuindo substancialmente como uma das principais causas para o evento.

Dentre os diversos fatores que ocasionam a mortalidade neonatal do RN pré-termo estão: a asfixia no nascimento, anomalias congênitas e infecções, e mais raramente, trauma no

nascimento, macrossomia, pneumonia por aspiração do mecônio e hipertensão pulmonar persistente (KLIEGMAN, 2006). Já no tocante ao RN atermo Brasil b, (2011) apresenta como as causas mais prevalentes as doenças do aparelho geniturinário, malformações congênitas e anomalias cromossômicas, doenças do aparelho respiratório, algumas doenças infecciosas e parasitárias.

Segundo Miranda (2010), nascem aproximadamente 13 milhões de prematuros no mundo, onde a Ásia e a África são responsáveis por quase 100% dessa estimativa com aproximadamente 11 milhões de recém natos prematuros, devido a impossibilidade de acesso aos cuidados de saúde. O Brasil está entre os dos dez países que apresentam os maiores índices respondendo por 11,8% de partos prematuros do mundo. A região nordeste como mostra o Sistema de Informação de Nascidos (SINASC), é a segunda região do País que apresenta o número mais elevado de gestações com duração de 22 a 36 semanas. Na Paraíba dos 56.770 nascidos vivos no ano de 2012, 11,26% são prematuros (BRASIL, 2012).

Vale ressaltar que estes números nem sempre refletem a realidade, haja vista que os sub-registros que o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) afirma como um conjunto de nascimentos não registrados no próprio ano de nascimento ou no 1º trimestre do ano subsequente, favorecia uma insegurança nos dados oferecidos pelo Registro Civil, tornando necessária a alternância pelo SINASC que tomou lugar com sua implantação no Brasil na década de 90, permitindo ainda a que fossem acrescentadas novas variáveis, para avaliação, que não trazia o sistema do Registro Civil.

Para Silva, (2013) os dados cadastrados referentes ao nascimento proporcionam informações importantes para a determinação de prioridades políticas e assistenciais. Portanto é importante conhecer o perfil da mãe e do RN, sabendo que a prematuridade pode ser responsável pela morte, e ocasionar danos e sequelas ao RN, e que a saúde deste está diretamente relacionada a qualidade da assistência pré natal de baixo risco que é oferecido a mãe pela assistência básica.

A informação é tida como um redutor de incertezas, e pode fazer dela uma ferramenta para identificar focos emergentes que pode levar a um planejamento de ações que condicionem a realidade aplicando as transformações necessárias, pode-se então dizer que assim se definem os sistemas de informação.

Assim, evidencia-se a importância de conhecer o número de nascidos vivos, bem como suas características, e as características maternas, em uma determinada área e período de tempo, como fundamental, pois além de servirem para dados estatísticos, eles irão apoiar o

planejamento de ações maternoinfantil, o que denota na necessidade de uma equipe multiprofissional capacitada para atuar com essa clientela, na vigência da prematuridade ser considerada um problema mundial de saúde pública, que desperta preocupação por causa da crescente incidência tanto em países desenvolvidos quanto nos que ainda estão em desenvolvimento, e traz anualmente um custo elevado social e econômico, uma vez que gera um impacto significativo na mortalidade infantil e na qualidade de vida dos que sobrevivem.

Durante as aulas práticas da disciplina de saúde da criança pode-se perceber a quantidade de crianças prematuras que faziam acompanhamento pediátrico, que foi onde surgiu o questionamento das causas que podiam levar aqueles números, e qual a ocorrência no estado da Paraíba. E ainda durante o estágio supervisionado I, nas consultas de pré natal se percebia a necessidade de encaminhar a gestante para um serviço mais complexo, pode-se perceber que a enfermagem é atuante na intervenção desse parto prematuro.

Assim, esta pesquisa teve como objetivo: Identificar o perfil epidemiológico materno e dos recém nascidos pré termo de 2010 a 2012 no estado da Paraíba. Para tanto utilizou-se, como base dados oferecidos pelo SINASC no DATASUS, na tentativa de levantar as características maternas e neonatias que levam ao parto pré maturo a fim de despertar na enfermagem um maior desejo de identificação das causas e intervenção durante as consultas de pré natal, bem como no cuidado prestado durante o trabalho de parto, e quando possível, nas causas maternas que contribuem para a prematuridade.

2 REVISÃO DE LITERATURA

2.1 PREMATURIDADE

Todo nascido vivo que o parto tenha ocorrido entre 22^a a 36^a semana e 6 dias, é considerado prematuro, já que ainda não atingiu a maturidade anatômica e fisiológica do organismo, esta classificação revoga a ideia de que a prematuridade está relacionada com o peso inferior a 2500g. Contudo Kligman (2009), ressalta que 2/3 dos RN que apresentam esse peso são prematuros, demonstrando a relação positiva entre a prematuridade e o BPN.

Para Kliegman et al. (2006) o nascimento do pré-termo pode estar relacionado a diversas causas e envolve uma influência mútua entre fatores fetais, placentários, uterinos e maternos. Os partos pré-termos podem ser caracterizados clinicamente como espontâneos e por indicação médica. Entre os de causa espontâneas podemos encontrar o de origem desconhecida, caracterizados por contrações uterinas que levam ou não a ruptura das membranas amnióticas, e outras causas relacionadas a ruptura das membranas como, apoptose na estrutura das membranas, infecções, amniocentese, macrosomia fetal, oligodrâmnio e polidrâmnio, cerclagem (GOLINO, 2006). Já o parto por indicação médica ocorre quando opta-se pela não continuação da gravidez, devido dificuldades apresentadas pela mãe, ou, pelo feto (SILVA, 2009).

No que concerne a ruptura prematura das membranas, esta geralmente ocorre devido uma incapacidade istmo cervical que resulta na exposição da bolsa, ou uma carência ou malformação de colágeno que poderá ocasionar uma falha na fabricação das membranas, ou ainda por uma destruição enzimáticas durante processos inflamatórios ou infecciosos que provocam debilidade nas membranas. (HACKENHAAR et. al, 2013).

Dentre os partos realizados por indicação médicas podemos encontrar como alguns fatores causadores o sangramento vaginal persistente, prematuridade anterior, infecção urinária, vaginose bacteriana, mioma uterino, cirurgia ginecológica prévia, hipertensão gestacional, maior emprego da tecnologia no acompanhamento da gestação (SILVA, 2009). Classificando essas gestantes com de alto risco, opta-se pela interrupção prematura da gestação, aumentando conseqüentemente o número de partos cesarianos (NOMURA, 2003).

O parto por indicação médica ou ainda chamado por interrupção médica da gestação (IMG), só ocorre a partir da 22^a semana de gestante e se o feto pesar mais de 500 gramas, caso contrário é considera-se um aborto. Os fatores maternos que podem levar a essa tomada de

decisão são: gestação de alto risco, pré eclâmpsia grave e rotura prematura ou pré termo de membrana ocorrendo antes da 24ª semana gestacional, gestante portadora de cardiopatia grave, acrestismo placentário, e algumas causas fetais, dentre elas, anormalidades da frequência cardíaca fetal, possível prolapso ou compressão de cordão (se for cesariano) quando se usa a rotura artificial das membranas, síndrome de hiperestimulação (BRASIL, 2010).

A prematuridade ainda pode ser classificada em limítrofe, moderada e extrema. Quando a duração da gestação é de 35 a 36 semanas é chamada limítrofe, com duração de 32 a 34 semanas é chamada prematuridade moderada e a gravidez inferior a 30 semanas é classificada como prematuridade extrema (VIEIRA, 2011). Os prematuros limítrofe, desde 2005 passou a serem classificados como RN prematuro tardio (RNPT-T), enfatizando assim que esses RN necessitam de cuidados diferenciados dos que recebem os RN a termo, sendo que estes são ainda classificados como prematuros. Em partos de RNPT-T encontra-se como principais fatores a gravidez gemelar que é 15 vezes maior nesse grupo já que as gestações gemelar ultimam-se durante essa idade gestacional. (SILVA; ARAÚJO, 2012). Como os prematuros limítrofes, assim também é com os moderados e extremos pois possuem os mesmos fatores etiológicos relacionados as causas maternas, e necessitam de cuidado redobrado e específico que difere do que é oferecido ao RN a termo, devido a imaturação dos órgãos (MAGGI, 2011).

A classificação do recém-nascido de parto-prematuro (RNPT) em decorrência do grau de imaturidade e das causas etiológicas, que são divididas também em três subcategorias que se unem a diferentes hipóteses de sobrevivência do RN e casos de complicações neonatais, sendo elas pré-termo moderado (33-36 semanas), muito pré-termo (<33semanas) e pré-termo extremo (<28 semanas) (ASSUNÇÃO, 2010).

Ao estar relacionado com a prematuridade como supracitado, este também pode definir a prematuridade pela avaliação do peso ao nascer, que pode ser compreendido em quatro categorias: os recém nascidos prematuros (RNPT) com peso inferior a 2500 grmas, classificado como baixo peso (BP), RNPT com peso inferior a 1500 gramas, denominados como muito baixo peso (MBP) e com peso inferior a 100 gramas são considerados extremos baixo peso, ou, muito baixo peso (MMBP) (REGA, 2012).

Por estar presente em mulheres de países desenvolvidos e países em desenvolvimento, como um dos mais graves problemas, ela também constitui um sério problema de saúde pública, por ser um determinante na estatística de morbi-mortalidade neonatal, pois as

crianças recém-nascidas prematuras apresentam maior risco em relação as crianças nascidas a termo (CASCAES, 2008).

2.2 A PREMATURIDADE E SUAS CAUSAS

Apesar do nascimento pré-termo ser de origem desconhecida, 50% deles podem estar relacionados a diferentes causas epidemiológicas como baixo nível econômico, falta de higiene, gravidez nos extremos etários (abaixo de 17 anos e acima de 35anos), desnutrição ou dieta desequilibrada, baixo peso pré-gestacional, tabagismo, consumo de drogas ilícitas, e estresse psicossocial. Associados aos fatores obstétricos e ginecológicos e fetais estão os partos prematuros anteriores, rotura prematura de membranas, infecção amniótica, alterações hormonais, infecção amniótica, alterações hormonais, incompetência cervical, sangramentos genitais de segundo e de terceiros trimestres, malformações fetais e placentárias, gemelaridade, polidrâmnio, amputações do colo do útero, malformações uterinas e miomas (BRAQUIÃO, 2011).

Do ponto de vista de Kliegman (2009) dentre os pontos relacionados a indicadores sociodemográficos estão o baixo nível econômico, más condições de alimentação e higiene, conflitos familiares, consumo de drogas, falta de, ou, má assistência pré-natal adequada e extremos de faixa etária (principalmente mulheres menores de 16 anos e maiores de 35 anos). Apesar do avanço científico na área da saúde, a prematuridade ainda constitui um grande desafio, devido as inúmeras etiologias relacionadas, que envolvem, muitas vezes, questões sociais, econômicas e regionais.

Sendo ainda desconhecida a ação de auxílio das condições patogênicas na mãe e/ou no feto, apesar de serem comprovadas muitas condições sociodemográficas que levam ao parto pré-termo. A idade gestacional tem grande relação com os partos prematuros, afirmando que mães mais jovens com idade inferior a 18 e 16 e idade superior a 35 anos apresentam maior risco. O risco diminui com o aumento da idade em relação as mães jovens, porém em mães a partir dos 26 os riscos podem ser elevar. Tomando como base as mães primíparas, com nível educacional reduzido esse risco é de três vezes maior. As medidas antropométricas: peso pré-gestacional, ganho de peso gestacional baixos, estatura materna, como mais um fator que contribui para o nascimento do pré-termo (ASSUNÇÃO, 2010).

Se pode associar como fatores maternos que contribuem para parto prematuro, história prévia de parto prematuro, morte fetal intrauterina, gestação múltipla, Retardo de Crescimento

Intrauterino (RCIU), malformação congênita, morte neonatal, explicada ou inexplicada, tocotraumatismos, pré-eclâmpsia, diabetes gestacional, grande multiparidade, e cesariana que está associada aos riscos para a próxima gravidez. Se tratando da gestação múltipla, um grande cooperador para o parto de pré-termo de gemelares é o parto induzido (KLIEGMAN, 2006).

2.3 SISTEMAS DE INFORMAÇÃO

Devido a necessidade do fornecimento de informações que pudessem ser utilizadas para melhor análise e compreensão de importantes problemas de saúde da população, e que estes pudessem ainda, subsidiar a tomada de decisões nos níveis municipais, estaduais e federal, foram criados instrumentos padronizados de monitoramento e coleta de dados, foi criado um meio de informação que é conhecido como sistema de informação em saúde (BRASIL, 2008 a).

Sabendo da grande importância que as informações trazem para a democratização da Saúde e o aperfeiçoamento de sua gestão, a criação do DATASUS tem como objetivo alcançar as seguintes metas “A informatização das atividades do Sistema Único de Saúde (SUS), dentro de diretrizes tecnológicas adequadas, é essencial para a descentralização das atividades de saúde e viabilização do Controle Social sobre a utilização dos recursos disponíveis.” (BRASIL, 2008 b).

Com base no Art. 35 do Decreto Nº 7.530 compete ao DATASUS: fomentar, regulamentar e avaliar as ações de informatização do SUS, direcionadas à manutenção e ao desenvolvimento do sistema de informações em saúde e dos sistemas internos de gestão do Ministério da Saúde; desenvolver, pesquisar e incorporar produtos e serviços de tecnologia da informação que possibilitem a implementação de sistemas e a disseminação de informações necessárias às ações de saúde, em consonância com as diretrizes da Política Nacional de Saúde; manter o acervo das bases de dados necessários ao sistema de informações em saúde e aos sistemas internos de gestão institucional; assegurar aos gestores do SUS e aos órgãos congêneres o acesso aos serviços de tecnologia da informação e bases de dados mantidos pelo Ministério da Saúde; definir programas de cooperação tecnológica com entidades de pesquisa e ensino para prospecção e transferência de tecnologia e metodologia no segmento de tecnologia da informação em saúde; apoiar os Estados, os Municípios e o Distrito Federal na informatização das atividades do SUS.

O Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (SINASC) foi implantado ano de 1990 com a finalidade de conhecer o perfil epidemiológico de todos os nascidos vivos, observando informações dos RN e de suas mães, dentre elas peso ao nascer, duração da gestação, tipo de parto, idade da mãe e número de partos. O novo modo de notificação dos nascimentos vivos que antes era realizado apenas no Sistema de Registro Civil, foi implantado paulatinamente no Brasil permitindo que os dados só viessem a ser divulgados em 1994. (PEDRAZA, 2012)

“O DATASUS desenvolveu o Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos visando reunir informações epidemiológicas referentes aos nascimentos informados em todo território nacional. Sua implantação ocorreu de forma lenta e gradual em todas as Unidades da Federação.” Ele aponta como benefícios do surgimento desse sistema: Subsidiar as intervenções relacionadas à saúde da mulher e da criança para todos os níveis do Sistema Único de Saúde ; como ações de atenção à gestante e ao recém-nascido;O acompanhamento da evolução das séries históricas do SINASC permite a identificação de prioridades de intervenção, o que contribui para efetiva melhoria do sistema. (BRASIL, 2008 c)

O DATASUS assegura uma declaração de nascimento informatizada; geração de arquivos de dados em varias extensões para analises em outros aplicativos; retroalimentação das informações ocorridas em municípios diferentes da residência do paciente; controle de distribuição das declarações de nascimento (Municipal, Regional, Estadual e Federal); transmissão de dados automatizada utilizando a ferramenta sisnet gerando a tramitação dos dados de forma ágil e segura entre os níveis municipal > estadual > federal; (BRASIL C, 2008)

O SINASC coleta aproximadamente 30 variáveis das Declarações de Nascidos vivos, que disponibilizadas pelo DATASUS, onde as principais informações para tabulação e que serão analisadas são: nascimento por residência de mãe, que é o número de nascidos vivos, contados segundo o local de residência da mãe; nascimento por ocorrência que é o número de nascidos vivos, contados segundo o local de ocorrência do nascimento; local, (município, região metropolitana, microrregião, aglomerado urbano, regional de saúde, UF ou região), de residência da mãe (se estiver tabulado nascidos vivos por residência) ou decorrência do nascimento (se estiver tabulado nascidos vivos por ocorrência); ano do nascimento que se avalia o ano de ocorrência do nascimento, encontram-se disponíveis dados a partir de 1994, porém algumas unidades da federação já tinha iniciado a coleta antes desta data; local de ocorrência do parto conforme as seguintes categorias: hospital, outro estabelecimento de

saúde, domicílio, outros, ignorado; idade da mãe, sua faixa etária nas seguintes categorias: menor de 10 anos, de 10 a 64 anos e de idade ignorada; instrução da mãe, escolaridade/grau da mãe, nas seguintes categorias: nenhuma, de 1 a 12 anos ou mais, 1º incompleto, 9 a 11 anos, 2º grau, superior e ignorado; estado civil nas categorias: solteira, casada, viúva, separada judicialmente, união consensual, ignorado, mas estas informações estão disponíveis somente a partir de 1999; duração da gestação menos de 22 semanas, de 21 a 42 semanas ou mais, ignorado; tipo de gravidez: única, dupla, tripla ou mais, ignorada; tipo de parto: vaginal, cesáreo, fórceps/outro (até 1999), ignorada; consulta pré-natal: nenhuma, de 1 a 7 consultas ou mais, ignorado (informações disponíveis a partir de 1995); sexo: masculino, feminino, ignorado; cor/raça do nascido: branca, preta, amarela, parda, indígena, ignorado; apgar no 1º e 5º minuto: de 0 a 10, ignorado; peso ao nascer: menor que 500g, de 500g a 4000g ou mais, ignorado; anomalia congênita: sim, não, ignorado; e o tipo de anomalia.

2.4 DECLARAÇÃO DE NASCIDOS VIVOS (DNU)

A declaração de nascidos vivos é o instrumento de base utilizado pelo SINASC, para coletar dados sobre a mãe, o pré-natal, o parto e o recém-nascido. (BRASIL, 2011)

Com base no parágrafo primeiro do artigo 3º da lei 12.662/12 “A Declaração de Nascido Vivo deverá ser emitida por profissional de saúde responsável pelo acompanhamento da gestação, do parto ou do recém-nascido, inscrito no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde - CNES ou no respectivo Conselho profissional.” E no artigo 4º A Declaração de Nascido Vivo deverá conter número de identificação nacionalmente unificado, a ser gerado exclusivamente pelo Ministério da Saúde, além dos seguintes dados: nome e prenome do indivíduo; dia, mês, ano, hora e Município de nascimento; sexo do indivíduo; informação sobre gestação múltipla, quando for o caso; nome e prenome, naturalidade, profissão, endereço de residência da mãe e sua idade na ocasião do parto; nome e prenome do pai; e outros dados a serem definidos em regulamento.

É de grande importância o conhecimento e a minuciosidade por parte dos profissionais que são responsáveis pelo preenchimento da declaração, já que esta é de grande destaque pois, serve como base de dados para o registro civil, fonte do sistema de informação, e pode importunar em correções na certidão de nascimento da criança. (São Paulo, 2010)

Segundo os dados oferecidos por Brasil (2011), houve uma queda do número nas notificações de nascidos vivos do ano de 2000 a 2011, porém fazendo uma comparação dos anos de 2010 e 2011 ocorreu um aumento em 25 unidade da federação exceto os estados do Ceara e Distrito Federal.

3 CONSIDERAÇÕES METODOLÓGICAS

Para Silveira et al. (2010) a pesquisa científica é vista como um recurso para a resolução de problemas científicos. Já que a mesma é realizada através de estudo minucioso a partir de cada tema que opte pelo uso.

3.1 TIPO DE PESQUISA

O presente estudo é de abordagem quantitativa, de caráter descritivo e transversal evidenciando as principais causas da prematuridade relacionada as condições maternas. Segundo Silveira (2006) “A pesquisa quantitativa recorre à linguagem matemática para descrever as causas de um fenômeno, as relações entre variáveis”. Sendo assim, a pesquisa quantitativa tem melhor compreensão quando os dados são obtidos em sua origem, sem sofrer modificações. (SILVEIRA, 2006)

A pesquisa quantitativa como mostra Terence e Escrivão Filho, (2006) é procedente do paradigma clássico ou positivismo lógico, que necessitam da existência de uma causa externa, que pode ser entendida como objeto de utilidade pela relação entre a causa e o seu feito, sob esse olhar os resultados da pesquisa são reproduzíveis e generalizáveis, tornando possível obter verdades universais utilizando métodos quantitativos de investigação.

Serapioni, (2000) traz como métodos quantitativos positivistas a busca da magnitude e da origem dos fenômenos sociais, utilizando procedimentos controlados porém, não busca interesse pela dimensão subjetiva. São de finalidade direta, distante dos dados, conduzidos à comprovação e hipotético-dedutivos, acolhem prática inerte.

A finalidade do estudo descritivo é apontar a distribuição de doenças ou condições relacionadas à saúde, a partir do tempo, lugar e as características do indivíduo. Na epidemiologia descritiva se pode fazer uso de dados primários que são dados que foram coletados para o progresso do estudo e os secundários, que aqueles que já existem, como exemplo dados de nascimento, hospitalizações. Ela investiga a qualidade daquilo que acontece (prevalência) e quantidade de ocorrência de um determinado evento (incidência/casos novos) de uma doença ou condição relacionada a saúde, que varia de acordo com as características estabelecidas sendo elas as variáveis. (LIMA-COSTA E BARRETO, 2003).

3.2 LOCAL DA PESQUISA

Em um estudo transversal temos dois tipos de análise, a analítica que avalia hipóteses, observando o fator de exposição e a doença em cada indivíduo. E quando ele é realizado com objetivo descritivo sem análise de hipóteses. Deste modo, este estudo podendo avaliar o evento e suas características é considerado de grande contribuição na descoberta de causadores de doenças, ao serem confrontados com relatos ou séries de casos (LIMA-COSTA, 2003).

A pesquisa foi realizada no setor de vigilância epidemiológica do departamento de informática do Sistema Único de Saúde (SUS), DATASUS. Utilizando a Declaração de Nascido Vivo do SINASC. Onde será avaliado o estado da Paraíba, localizado na região nordeste do País, constituído por 223 municípios e com uma população de 3.914.421 habitantes estimada em 2013 pelo Instituto de Geografia e Estatística (IBGE).

3.3 POPULAÇÃO E AMOSTRA

A população de estudo constituiu-se de todos os nascidos vivos prematuros de mães residentes no estado investigado, as quais tiveram seus partos assistidos no período de 2010 a 2012.

3.4 COLETA DOS DADOS

A coleta de dados será realizada no estado da Paraíba no período de 2010 a 2012, no setor de vigilância epidemiológica do departamento de informática do Sistema Único de Saúde (SUS), DATASUS. Utilizando os dados obtidos a partir da Declaração de Nascido Vivo do SINASC. Buscou-se informações sobre cada variável por ano, analisando a idade gestacional entre 22 e 36 semanas.

3.5 VARIÁVEIS

Toda característica que pode variar de um indivíduo para o outro, é chamada de variável (ASSUNÇÃO, 2011).

As variáveis utilizadas neste estudo foram do tipo: variável desfecho (nascimento pré-maturo) e variável explicativa (perfil sociodemográfico da mãe e informações sobre a gestação, o parto e o recém-nascido).

No tocante ao perfil sociodemográfico materno foram pesquisadas as seguintes variáveis: idade, grau de instrução, estado civil.

Já no que diz respeito as informações sobre gestação e parto, as variáveis foram as seguintes: número de consultas de pré-natal, idade gestacional, tipo de gestação, tipo de parto.

Informações sobre o RN, buscamos indentificar : sexo, peso ao nascer, índice de apgar no 1º e 5º minuto, e raça/cor.

3.6 ANÁLISES DOS DADOS

Após coletados os dados, estes foram apresentados em tabelas. Para realização de análise inferencial as variáveis foram As variáveis foram categorizadas em três (perfil sociodemográfico, informações sobre a gestação e o parto) partes para que fosse possível uma análise inferencial.

4 RESULTADOS E DISCUSSÕES

Os resultados obtidos foram reunidos em três blocos, constituindo três tabelas, a primeira trazendo as variáveis maternas traçando o seu perfil, a segunda o perfil da gestação apresentando suas condições, por fim a terceira composta pelas características do neonato.

Com base nos dados presente no DATASUS, observou-se no período de 2010 a 2012 nasceram no Brasil 8.680.817, destes 829.705 eram prematuros, vale destacar que houve uma queda do número de nascidos vivos de 2010 a 2012, contudo, porém o número de prematuros aumentou. A região Nordeste a qual pertence o estado da Paraíba é a segunda região com maior número de prematuridade do País, com 28% de RN prematuros nos três anos analisados, ficando atrás por 12,7% da região Sudeste que é responsável por 40,7% dos índices de prematuridade. O percentual médio nacional de nascidos vivos prematuros, de 2010 a 2012, foi de 9,86%. Em relação ao estado analisado observamos que 10,35% dos RN são prematuros, o que demonstra que o Estado supera a estatística nacional no que diz respeito a prematuridade. Vale destacar que no período de 2010 a 2012 apesar do declínio de 1.971 nascidos vivos, o número de prematuros aumentou nos três anos.

Como já é sabido os fatores maternos podem contribuir para a prematuridade, a tabela 01 demonstra o perfil materno no tocante a idade, instrução e estado civil.

Tabela 1: Dados Sociodemográficos Relacionados A Prematuridade Avaliando A Mãe

DADOS SOCIODEMOGRÁFICOS	2010	2011	2012	N	%
IDADE					
10 a 19 anos	1.278	1.534	1.556	4.368	24,12
20 a 29 anos	2.707	2.927	2.944	8.578	47,37
30 a 39 anos	1.351	1.554	1.770	4.675	25,82
40 a 49 anos	145	154	184	483	2,66
50 a 59 anos	1	-	-	1	0,005
60 a 69 anos	-	-	-	-	-
INSTRUÇÃO					

Nenhuma	66	118	86	270	1,58
1 a 3 anos	584	619	567	1.170	6,87
4 a 7 anos	1.749	2.089	2.175	6.013	35,31
8 a 11 anos	2.335	2.547	2.723	7.605	44,66
12 anos e mais	671	616	681	1.968	11,55
ESTADO CIVIL					
Solteira	3.208	2.642	2.400	8.250	45,76
Casada	1.844	1.893	1.908	5.645	36,30
Viúva	14	11	14	39	0,21
Separada judicialmente	23	30	34	87	0,48
União consensual.	341	1.699	1.965	4.005	22,21

Fonte: SINASC. Nota: Proporções calculadas com exclusão de ignorados e não informados.

Constata-se que o número de partos prematuros cresceu desde de 2010 em todas as idades analisadas, e sua maior ocorrência se dá nas gestantes de 20 a 29 anos. Analisando ainda os dados, nota-se que 51,68% dos nascimentos prematuros ocorrem em mulheres de 10 a 19 e 30 a 69 anos, tornando possível afirmar que a idade é pode ser considerada como um fator de risco para o parto prematuro. Comparando com estudo realizado por Silva, (2009) em Santa Catarina, a média de idade das gestantes foi de 25 anos, variando de 16 a 41, verificou-se que os extremos da vida reprodutiva apresentou maior prevalência no grupo de prematuro. A gravidez nas adolescência apresenta maior risco para prematuridade devido as complicações que essas mães podem apresentar (RAMOS, 2009).

No que diz respeito ao nível de instrução das mães, observou-se 44,66% que tinham entre 8 a 11 anos são responsáveis por 44,66% dos prematuros, já as mulheres que tinham um grau de instrução mais elevado foram responsáveis por 55,3% dos partos prematuros na Paraíba. Comprovando que hoje devido o maior número de mulheres adiam esta fase em suas vidas, em vista de maior capacitação para o mercado de trabalho como mostra a pesquisa realizada por Silva, (2013). Porém no estudo realizado por Assunção, (2010) o número de neonatos prematuros prevaleceu em mães com número de instrução por ano.

Já no que diz respeito a prematuridade e o estado civil das mães, podemos verificar que as mães solteiras contribuem com 45,76% dos partos prematuros nos três anos analisados,

apesar do decréscimo desde 2010, esta condição ainda contribui com quase metade dos partos prematuros dentre os 5 estado civis avaliados. Corroborando com Nader, (2010) em sua pesquisa o número de RNPT teve maior índice em mães solteiras, sendo 73,22% de prematuros.

Tabela 2: Dados Sociodemográfico Relacionados A Prematuridade Avaliando As Variáveis Gestacionais

DADOS SOCIODEMOGRÁFICOS	2010	2011	2012	N	%
DURAÇÃO DA GESTAÇÃO					
22 a 27 semanas	180	216	185	581	3,21
28 a 31 semanas	468	501	511	1480	8,20
32 a 36 semanas	4.834	5.452	5.698	15.984	88,57
TIPO DE GRAVIDEZ					
Única	4.943	5.650	5.928	16.521	91,47
Dupla	505	496	481	1.482	8,20
Tripla e mais	29	14	15	58	0,32
TIPO DE PARTO					
Vaginal	2.674	3.091	3.029	8.794	49
Cesáreo	2.802	3.063	3.360	9.225	51
PRÉ-NATAL					
Nenhuma	148	155	177	480	2,72
1 a 3 consultas	631	781	767	2.179	12,35
4 a 6 consultas	2.151	2.622	2.669	7.442	42,20
7 ou mais consultas	2.498	2.396	2.636	7.530	42,70

Fonte: SINASC. Nota: Proporções calculadas com exclusão de ignorados e não informados.

A maioria dos prematuros ocorrem entre a 32^o e a 36^o semana de gestação, representando 88,57%, tais RN são considerados prematuros limítrofes e moderados, fato que indica que apesar de nascerem precocemente, estavam próximos do termo. Ratificando esse dado Ramos, Assunção, (2010) apontam em seus estudos que essa idade gestacional determina 74%, 65,10% respectivamente, dos nascidos vivos prematuros. Em relação ao tipo de gravidez, 91,47% foram partos prematuros de gestação única, e conseqüente 8,53% de gestação múltipla, não havendo relação do tipo de gestação com a duração da gestação. Esse dado é de grande importância, visto que vários estudiosos apontam que a gemelaridade é um fator de risco para a prematuridade (BRAQUIÃO, 2011). Apesar de não haver diferença percentual relevante, o parto cesáreo foi o mais utilizado, correspondendo a 51,23% enquanto o vaginal a 48,77%, que pode ser explicado pelo risco inerente à prematuridade. Observando os resultados analisados por Cascaes, (2005), no estado de Santa Catarina os números de partos cesáreos são de maior frequência, relacionados a prematuridade, e de maior incidência do que quando comparado com o parto vaginal. Podendo ser ele por indicação de interrupção da gestação, como os partos programados, que segundo Nomura, (2004) esse é mais um fator que coopera com o nascimento prematuro.

É claramente perceptível o número significativo de mães que aderiram ao pré-natal tenha aumentado durante os três anos, uma vez que apenas 2,72% não realizaram nenhuma consulta. Mesmo ocorrendo uma diminuição do número de mães com 7 ou mais consultas entre 2010 e 2011. De acordo com preconizado que as mães devem ter no mínimo seis consultas temos 42,20% das mães tendo esse acompanhamento.

Tabela 3: Dados Sociodemográfico Relacionados A Prematuridade Avaliando Neonatais

DADOS SOCIODEMOGRÁFICOS	2010	2011	2012	N	%
SEXO					
Feminino	5.582	2.927	3.013	11.522	55,31
Masculino	2.687	3.241	3.379	9.307	44,69
COR/RAÇA					
Branca	1.388	972	873	3.233	18,33
Preta	30	103	102	235	1,33

Amarela	6	5	9	20	0,11
Parda	3983	4.899	5.216	14.098	79,94
Indígena	6	17	25	48	0,27
APGAR 1°					
0 a 2	173	161	129	463	
3 a 5	3010	297	324	4.094	
6 a 7	830	813	835	2.748	
8 a 10	4111	4.783	4.983	13.877	
APGAR 5°					
0 a 2	57	62	26	145	
3 a 5	125	104	99	328	
6 a 7	281	281	281	843	
8 a 10	5.541	5.592	5.832	16.965	
ANOMALIA CONGÊNITA					
Sim	96	106	95	297	1,68
Não	5.319	5.897	6.067	17.283	98,32

Fonte: SINASC. Nota: Proporções calculadas com exclusão de ignorados e não informados.

Ao se tratar das características do RNPT, a diferença entre os dois sexos foi de 7,68%, não houve uma discrepância entre o sexo masculino e feminino, evidenciando que o gênero, em relação à duração da gestação, neste estudo, não foi relevante. Levando em consideração a raça, aproximadamente 80% dos prematuros são de raça parda. No estudo executado no município de Minas Gerais prevaleceu RN prematuros de raça branca, devido a etnia branca ser predominante na população do município (SILVA, 2013).

Notando que o índice de apgar de 34,50% dos prematuros apresentaram pontuação menor ou igual a sete no primeiro minuto de vida, sendo que no quinto minuto esse percentual

caiu para 7%, indicando uma recuperação rápida entre a maioria deles. O índice de apagar é de grande importância na identificação dos RN que necessitam de cuidados diferenciados, Ramos, (2010) avaliando o apgar no estado do Paraná, mostra que os RN tiveram uma recuperação no 5º, aumentam a probabilidade de sobrevivência. A anomalia congênita estava presente em 1,68% dos prematuros, que está de acordo com resultados observados em outros estudos, como Assunção, (2010); Ramos, (2010); Silva, (2013)

Este estudo comprovou discretas variações na ocorrência da prematuridade entre 2010 e 2012, mantendo índices elevados. A análise da prematuridade no estado avaliado tem João Pessoa, Campina Grande como os maiores contribuintes para estes dados. Mostrando que a prematuridade tende a ser maior nas cidades mais desenvolvidas do estado paraibano. Relacionando tal afirmação com o fato de que os serviços de saúde com maiores recursos tendem a realizar mais cesáreas, contudo, há necessidade de desenvolver essa discussão.

Considerando o elevado número de mães solteiras evidenciado na pesquisa, pode-se inferir que a falta do item “união consensual” que só foi inserido na DN em 2011, pode ter levado a uma mensuração errada do estado civil das mães, uma vez que é uma situação conjugal muito comum na sociedade atual.

Acerca do nível de escolaridade das mães 43,77% apresentaram escolaridade baixa, representada pelo ensino fundamental incompleto, com tempo de estudo igual ou inferior a sete anos. As consultas de pré-natal foram compatíveis com o preconizado pelo Ministério de Saúde, não determinando assim nenhuma relação entre essas variáveis. Esse acontecimento pode ser esclarecido pela rede de serviços de saúde do estado, que esteja permitindo uma captação precoce das gestantes.

O acompanhamento realizado no pré-natal é essencial, para constatar antecipadamente variações e realizar ações de que previnam as doenças que podem acometer o feto e a mãe durante a gestação, as quais podem resultar na prematuridade. Ressaltando que em cada consulta, deve-se avaliar o risco gestacional e se necessário encaminhar a gestante ao pré-natal de alto risco, sabendo que a prematuridade está relacionada a ausência de cuidados nesse período. (SILVA, 2013)

Apesar dos índices de prematuridade, os resultados apresentados apontam que, uma quantidade satisfatória de gestantes consente ao acompanhamento de pré-natal, já que 85% realizaram quatro ou mais consultas. Porém, esse número faz surgir um questionamento sobre

a qualidade da assistência oferecida as gestantes, e para prevenir falhas no sistema e maiores agravos, torna-se necessária uma investigação diligente desse evento. Porém, deve-se considerar os números em que as mulheres apresentam menor adesão as consultas de pré-natal, já que o adiantamento do parto devido faz com que ele aconteça antes do período desejado. (BEZERRA, 2006)

5 CONCLUSÃO

Conclui-se que o estado da Paraíba contribui com 10,35% dos nascidos vivos prematuros no país, tornando-se o quinto estado da região nordeste com maior índice de partos pré-termos.

A faixa etária pode ser considerada um fator que contribui para o parto pré-termo, pois, mais de 50% desses partos ocorreram em mães nos extremos etários de 10 a 19 e 30 a 39 anos. O grau de instrução materna pode ser considerada um fator de risco no estado analisado, visto que apenas 8,45% das mães não tem nenhuma instrução ou, até 3 anos, este dado pode apontar que um maior número de mulheres buscam sua qualificação. Observou-se também que um maior número de prematuros em mães solteiras. Com RNPT mais prevalentes entre 32^a a 36^a semanas considerando como limítrofes.

Apesar da gemelaridade ser um fator de risco para a prematuridade, o estudo evidenciou que o estado e limite de tempo esta variável não foi considerada como um fator determinante, contudo não podemos deixar de considerar fato sem antes pensar na relação que existe entre número de gravidez gemelar em relação a gravidez de feto único.

O número de partos cesáreos apesar da pouca diferença em relação ao vaginal, é de maior incidência nos prematuros, e também de maior número nas gestações únicas, podendo ser considerado um fator etiológico para prematuridade, levando em consideração se é um parto por cesáreas programada, ou indicação médica.

Contudo, apesar de uma diminuição de nascidos vivos no estado durante o período analisado, ao identificar o perfil dos RNPT e de suas mães, e assim caracterizar a prematuridade no período de 2010 a 2012, percebeu-se que seu índice se manteve elevado ao longo dos anos. Compreendendo os dados analisados, surge a necessidade da qualificação da assistência no período gestacional e intrapartal, e não obstante de profissionais comprometidos com este campo, em especial os enfermeiros, de caracterizar as ferramentas de informação como fonte de análise da situação da saúde local. Sabendo que os cuidados constantes são essenciais na prevenção de partos pré-termos.

Um ponto de destaque durante a realização do estudo, é que apesar do número de RN prematuros ser um único valor na Paraíba, durante a análise das variáveis os resultados oscilavam, não obtendo uma precisão nos dados coletados.

REFERÊNCIAS

ASSUNÇÃO, Paula Lisiane de. **Fatores associados ao nascimento pré-termo em Campina Grande/PB, Brasil: um estudo de caso-controle.** 2010. 141 f. Tese (Doutorado) - Curso de Medicina, Departamento de Medicina Preventiva, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2010.

BITTAR, R. E.; FRANCISCO, R. P.V.; ZUGAIB, M. Prematuridade: quando é possível evitar?. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, vol.35, n.10, p. 433-435, 2013.

BRASIL. **Informações estratégicas:** Sistemas de Informação. 2008. Disponível em: <bvsms.saude.gov.br/bvs/svs/inf_sist_informacao.php>. Acesso em: 28 maio 2013.

———. **Informações estratégicas:** Sistemas de Informação. 2008. Disponível em: <bvsms.saude.gov.br/bvs/svs/inf_sist_informacao.php>. Acesso em: 28 maio 2013.

———. **Manual de Instruções para o preenchimento da Declaração de Nascido Vivo.** Brasília: Ministério da Saúde, 2011.

———. **Número de partos prematuros, aponta OMS.** Disponível em: <<http://www.brasil.gov.br/saude/2012/05/brasil-esta-entre-os-dez-paises-com-o-maior-numero-de-partos-prematuros-aponta-oms>>. Acesso em: 15 abril 2014.

——— Ministério da Saúde. **Atenção à Saúde do Recém-Nascido:** Cuidados com o Recém-NascidoPré-Termo. 4. ed. Brasília: Brasil, 2011.

——— Ministério da Saúde. **DATASUS - Departamento de Informática do SUS.** 2008 a. Disponível em: <<http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=01>>. Acesso em: 13 jul. 2014.

——— Ministério da Saúde. **SINASC-Sistema de Informações de Nascidos Vivos.** 2008 b. Disponível em: <<http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=060702>>. Acesso em: 13 jul. 2014.

CASCAES, Andreia Morales; GAUCHE, Heide; BARAMARCHI, Fabiana Martin. 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. de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 5, n. 24, p.1024-1032, maio 2008

——— EPIDEMIOLOGICA, Coordenação Geral de Informações e Análise. **Consolidação do Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos - 2011.** 2011. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/sinasc/Consolida_Sinasc_2011>. Acesso em: 13 jul. 2014.

BRAQUIÃO, Ionara. **TRABALHO DE PARTO PREMATURO: FATORES DE RISCO E ESTRATÉGIAS PARA A SUA PREDIÇÃO E PREVENÇÃO.** 2011. 42 f. TCC (Graduação) - Curso de Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família, Universidade Federal de Minas Gerais, Campos Gerais, Mg, 2011.

GOLINO, Patrícia Silva; CHEIN, Maria Bethânia da Costa; BRITO, Luciane Maria Oliveira. Ruptura Prematura de Membranas: Fisiopatologia, Diagnóstico e Conduta. In: CONGRESSO

DE GINECOLOGIA E OBSTETRÍCIA DE BRASÍLIA, 40., 2006, Brasília, Df. **Anais Brasília**, Df. Sgob, 2012. v. 10, p. 711 - 717.

HACKENHAAR, Arnildo A.; ALBERNAZ, Elaine P.; FONSECA, Tânia M. V. da. Preterm premature rupture of the fetal membranes: association with sociodemographic factors and maternal genitourinary infections. **Jornal de Pediatria**. Rio de Janeiro, Rj, p. 197-202. jun. 2013.

IBGE. Senso demográfico 2013. Disponível em: <ibge.gov.br/estadosat/perfil.php?sigla=pb>. Acesso em: 28 maio 2014.

KLIEGMAN, Robert M. et al. **Nelson: Princípios de pediatria**. 5. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2006.

KLIEGMAN, R. M. *et al.* **Nelson: Tratado de Pediatria**. 18. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2009

LIMA-COSTA, Maria Fernanda; BARRETO, Sandhi Maria. Tipos de estudos epidemiológicos: conceitos básicos e aplicações na área do envelhecimento. [**epidemiologia e Serviços de Saúde**, Belo Horizonte, v. 4, n. 12, p.189-201, abr. 2003].

MAGGI, E. F. **Desenvolvimento Motor, Cognitivo e Funcional de Crianças Nascidas Pré-Termo e A Termo, de Níveis Sociais Diferentes, aos Quatro Anos de Idade**. 2012. 110 f. Dissertação (Mestrado) - Curso de Medicina, Departamento de Saúde da Criança e do Adolescente, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2012.

MAIA, R. R. P.; SOUZA, J. M. P. Factors associated with the low birth weight in municipality in northern Brazil. **Revista Brasileira Crescimento Desenvolvimento Humano**, p.735-744, 2010.

MARCONDES, E. *et al.* **Pediatria Básica: Pediatria Geral e Neonatal**. 9. ed. São Paulo: Sarvier, 2003.

MARCONI, M. A.; LAKATOS, E. M. **Metodologia Científica**. 5. ed. São Paulo: Atlas, 2008. p.284

MIRANDA, A. V. **OMS: 13 milhões de prematuros nascem todos os dias**, 2010, Disponível em: <<http://www.redebrasilatual.com.br/saude/2010/01/oms-13-milhoes-de-bebes-prematuros-nascem-todos-os-dias>>. Acesso em: 10 jul. 2014.

NOMURA, Roseli Mieko Yamamoto; ALVES, Eliane Aparecida; ALVES, Eliane Aparecida. Complicações maternas associadas ao tipo de parto em hospital universitário. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, Sp, v. 15, n. 9, p.9-15, ago. 2003.

PAULO, São. Manual de Preenchimento da Declaração de Nascidos Vivos. **Sinasc**, São Paulo, v. 02, n. 01, p.01-21, nov. 2010.

PREDRAZA, D. F. Qualidade do Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (Sinasc): análise crítica da literatura. **Ciência, Saúde Coletiva**. 2012, vol.17 , n.10, p. 2729-2737.

RAMOS, H. A. C.; CUMAN, R.K. N. Fatores de risco para prematuridade: pesquisa documental. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 2, p.297-304, abr. 2009.

REGA, A. I. A. **O Comportamento Alimentar e o Desenvolvimento da Linguagem em Crianças Nascidas Pré-Termo**: Estudo longitudinal com recém-nascidos pré-termo e recém-nascidos de termo ao longo dos primeiros 30 meses de vida. 2012. 303 f. Tese (Doutorado) - Curso de Psicologia, Departamento de Psicologia da Saúde, Universidade de Lisboa, Lisboa, 2012.

RUGOLO, Ligia Maria Suppo de Souza. **Manejo do Recém-nascido Pré-termo Tardio: Peculiaridades e cuidados especiais**. Disponível em: <<http://www.sbp.com.br/pdfs/Pre-termo-tardio-052011>>. Acesso em: 26 jun. 2014.

SALGE, Ana Karina Marques. Fatores maternos e neonatais associados à prematuridade. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, Goiás, v. 11, n. 3, p.642-646, set. 2009.

SERAPIONI, M. Métodos qualitativos e quantitativos na pesquisa social em saúde: algumas estratégias para a integração. **Ciência e Saúde Coletiva**, Fortaleza, v. 5, n. 1, p.187-192, jul. 2000.

SILVA, C. F. *et al.* Fatores de risco para mortalidade infantil em município do Nordeste do Brasil: linkage entre bancos de dados de nascidos vivos e óbitos infantis – 2000 a 2002. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, Fortaleza, v. 9, n. 1, p.69-80, mar. 2006.

SILVA, A. M. R.; ALMEIDA, M. F.; MATSUO, T.; SOARES, D. A. Fatores de risco para nascimentos pré-termo em Londrina, Paraná, Brasil. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 25, n.10, p. 2125-2138, out. 2009.

SILVA, Roberta de Paiva. Prematuridade: Características Maternas e Neonatais Segundo Dados do Sistema de Informações Sobre Nascidos Vivos. **Revista de Enfermagem**, Recife, v. 5, n. 7, p.1349-1355, maio 2013.

SILVA, Loiana Gomes; ARAÚJO, Rosália Teixeira de; TEIXEIRA, Marizete Argolo. O cuidado de enfermagem ao neonato pré-termo em unidade neonatal: perspectiva de profissionais de enfermagem. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, Jequié, Ba, v. 3, n. 14, p.634-643, mar. 2012. Disponível em: <http://www.fen.ufg.br/fen_revista/v14/n3/pdf/v14n3a21>. Acesso em: 16 jun. 2014.

SILVEIRA, Mariângela F.. Determinants of preterm birth: Pelotas, Rio Grande do Sul State, Brazil, 2004 birth cohort. **Rev. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, RJ, v. 26, n. 1, p.185-194, jan. 2010.

TERENCE, Ana Cláudia Fernandes; ESCRIVÃO FILHO, Edmundo. Abordagem quantitativa, qualitativa e a utilização da pesquisa-ação nos estudos organizacionais. In: ENEGEP, 26., 2006, Fortaleza. **Anais...** . Ceará: Abepro, 2006. p. 01 - 09.