

Características maternas de partos prematuros

Maternal features of premature births

Gracimary Alves Teixeira¹ • Jovanka Bittencourt Leite de Carvalho² • Alessandra Vasconcelos de Sena³ • Pamela Cândido de Moraes⁴ • Tassia Regine de Moraes Alves⁵

RESUMO

Objetiva-se identificar o perfil das condições de saúde de mães de partos prematuros. Trata-se de um estudo transversal, desenvolvido em uma maternidade pública da região nordeste, do Brasil. A coleta de dados se deu no período de abril a setembro de 2015, com 109 mães de partos prematuros. Os resultados apontam que 62,96% referem eventos estressantes na gestação; gravidez não planejada em 59,63% e indesejada em 21,10%. Quanto ao estilo de vida apenas 43,12% praticavam alguma atividade física antes de engravidar; durante a gestação 8,26% utilizaram drogas ilícitas, 9,17% fizeram uso do tabaco e 11,01% de bebidas alcoólicas. Com isso, 42,20% das mães apresentavam-se obesas no final da gestação e 32,11% com pressão arterial elevada. Conclui-se que as gestações dos bebês prematuros estão ocorrendo em situações de vida desfavoráveis à saúde materno-infantil, pois há carência de gestação planejada, com eventos estressantes, sedentarismo desde antes da gestação, obesidade e consumo de drogas lícitas e ilícitas.

Palavras-chave: Gravidez; Prematuro; Enfermagem Materno-Infantil; Cuidado Pré-natal; Estilo de vida.

ABSTRACT

The aim is to identify the profile of premature birth mothers. This is a cross-sectional study, developed in a public hospital in the northeast region of Brazil. Data collection occurred from April to September 2015 with 109 mothers of premature births. The results showed that 62.96% reported stressful events during pregnancy; unplanned pregnancy in 59.63% and 21.10% in unwanted. Regarding the lifestyle only 43.12% practiced some physical activity before pregnancy; 8.26% during pregnancy used illegal drugs, 9.17% used tobacco and 11.01% of alcohol. Thus, 42.20% of mothers presented themselves obese in late pregnancy and 32.11% with high blood pressure. It concludes that pregnancies whose outcomes are premature babies are taking place in unfavorable life situations to maternal and child health, because there is a lack of planned pregnancy, stressful events, physical inactivity since before pregnancy, obesity and consumption of licit and illicit drugs.

Keywords: Pregnancy; Premature; Maternal-Child Nursing; Prenatal Care; Life Style.

NOTA

¹ Enfermeira. Doutoranda pelo Programa de Pós-graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Norte. Professora Substituta da Escola de Saúde da Universidade Federal do Rio Grande do Norte.

² Enfermeira. Doutoranda pelo Programa de Pós-graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Norte. Professora Substituta da Escola de Saúde da Universidade Federal do Rio Grande do Norte.

³ Enfermeiranda da Universidade Federal do Rio Grande do Norte, bolsista de iniciação científica.

⁴ Enfermeiranda da Universidade Potiguar.

⁵ Enfermeira. Mestranda pelo Programa de Pós-graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Norte.

INTRODUÇÃO

O nascimento de um bebê prematuro (antes das 37 semanas de gestação) é um momento que causa sofrimento, quebra de expectativas do filho idealizado, e, por vezes, os pais não estão preparados psicologicamente, ou mesmo financeiramente para receber um recém-nascido abaixo do peso ideal (menor que 2500 g), que necessitam de cuidados de maior complexidade.¹

Mundialmente 11,1% dos bebês nascem prematuros.² No Brasil chega ao percentual de 12,3%. Entre esses partos, 64,6% foram espontâneos e 35,4% terapêuticos.³ No município de Parnamirim, localizado no estado do Rio Grande do Norte, esse valor ainda se agrava chegando ao percentual de 13,9%.⁴

Alguns fatores genéticos e comportamentais da mãe podem interferir em um parto prematuro, tais como: a obesidade, pressão alta, diabetes, infecções, extremos de idade, tabaco, etilismo ou uso de drogas ilícitas.^{5,6} Essas condições trazem riscos de prematuridade e intercorrências tanto para a mãe quanto para o bebê (principalmente à imaturidade pulmonar).

Além disso, quando o recém-nascido apresenta complicações, necessitando ser encaminhado para unidade de tratamento intensivo, por exemplo, ficam afastados da mãe devido às intervenções clínicas a que estão sujeitos, prejudicando a interação binômio mãe-filho.⁷

Neste sentido, para promover a saúde do binômio deve ocorrer o acompanhamento da gestação, por meio do pré-natal de qualidade realizado periodicamente juntamente com exames laboratoriais, sorológicos e ultrassonografias obstétricas preconizados para gestante, pois permite identificar previamente se a gestação é de alto risco, com intuito de que a atenção e assistência materno-infantil seja específica, no sentido de proporcionar um parto seguro. Desde 2000, o Programa Nacional de Humanização do Pré-natal e Nascimento (PNHPN), propõe marcadores de desempenho e qualidade da atenção pré-natal. Com isso, a saúde da gestante entra como política governamental estando expressa no conjunto de normas que regem a atuação do Sistema Único de Saúde (SUS) no Brasil.⁸

Como algumas mães possuem condições gestacionais de risco, implantou-se a Rede Cegonha, tendo como uma de suas diretrizes o acolhimento humanizado que classifica o risco de vulnerabilidade, visando prevenir futuras intercorrências que possam ocasionar o nascimento do recém-nascido antes do tempo, bem como intervir no estado grave do mesmo.⁹

Nesse sentido, a prematuridade causa a separação abrupta entre mãe e bebê. Esta interrupção precoce pode está associada a fatores durante o ciclo gravídico-puerperal, condições psíquicas, obstétricas, socioeconômicas e biológicas da mãe e bebê. Frente a essas considerações, o presente estudo objetivou identificar o perfil das condições de saúde de mães de partos prematuros.

MÉTODO

Estudo transversal, realizado com mães de bebês prematuros que pariram em uma maternidade pública do município de Parnamirim-RN, Brasil, no período de Abril a Setembro de 2015. Esse município, em população estimada, é a terceira maior cidade do estado.

O município dispõe de 26 Equipes de Estratégia de Saúde da Família que disponibilizam assistência pré-natal, 1 maternidade em que as gestantes de médio e alto risco são referenciadas para assistência pré-natal, além disso é a referência para o parto de gestantes de risco habitual, médio e alto risco. Portanto, a escolha do município e dessa maternidade se deu por apresentar estruturação em rede de atenção à saúde materno-infantil, com ações e serviços articulados em níveis de complexidade crescente.

Como critérios de inclusão foram selecionados os partos por via vaginal ou cesárea de mulheres com gestação inferior a 37 semanas e que residissem no município de Parnamirim/RN. As puérperas que apresentassem algum problema cognitivo que revelasse prejuízo a coleta de dados e, por incertezas ou registros incorretos da idade gestacional (IG) entraram como critérios de exclusão.

Em virtude dos critérios de inclusão, **das 155 mães de partos prematuros registrados no período em estudo, 35 foram excluídas por incompatibilidade e incertezas da IG, além disso, ocorreu perdas de 4 mães por transferência para outra maternidade e 7 por alta hospitalar antes de 48h de pós-parto o que impossibilitou o contato.** Portanto, a amostra resultou em 109 mães de partos prematuros. **Conforme apresenta a figura 1.**

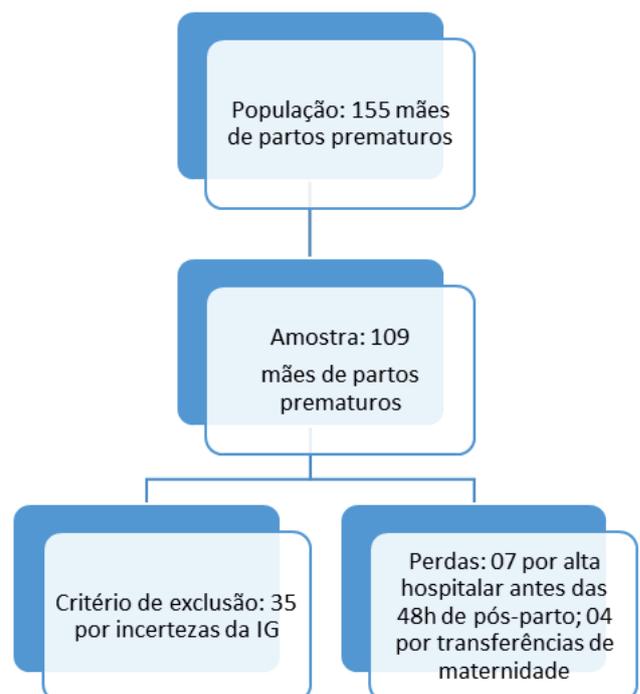


Figura 1: População e amostra de mães de bebês prematuros, abril a setembro de 2015, Parnamirim-RN, Brasil.

Fonte: Elaboração à partir dos dados da pesquisa.

O processo de coleta de dados ocorreu no puerpério imediato ainda na maternidade. Como roteiro de entrevista foram utilizados: livro de registros de parto vaginal e cesárea, livro de ocorrência de enfermagem, acesso aos prontuários das mães participantes e instrumento de coleta de dados. A análise estatística se deu através do *Statistica 10* e apresentados em forma de frequências e proporções.

O índice de massa corporal (IMC) foi calculado a partir do peso e da altura sendo obtido por meio da seguinte fórmula: peso (kg) dividido pelo quadrado da altura (cm) ($IMC = \text{peso [kg]} / \text{altura}^2 [\text{m}^2]$). As mulheres foram classificadas segundo o IMC para gestantes conforme sua idade gestacional, utilizando-se os pontos de corte recomendados pelo ministério da saúde brasileiro, como também os padrões considerados antes da gestação. Os parâmetros para considerar hipertensão foram para os valores absolutos iguais ou maiores do que 140mmHg de pressão sistólica e iguais ou maiores do que 90mmHg de pressão diastólica, mantidos em medidas repetidas, em condições ideais, em pelo menos três ocasiões.¹⁰

Previamente ao início da entrevista foi realizada uma explanação para as mães acerca dos objetivos e relevância do estudo solicitada a autorização por meio da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). O presente estudo provém com o parecer favorável do Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade Federal do Rio Grande do Norte, nº 1.047.431/2015.

RESULTADOS

No presente estudo foram entrevistadas 109 mães de partos prematuros que pariram na série histórica de seis meses.

As mães de partos prematuros apresentaram estado nutricional adequado antes da gestação em apenas 46,79%, agravando-se ao longo da gestação, chegando ao final com prevalência adequada de apenas 20,18%, enquanto 42,20% com índice de massa corporal na faixa de obesidade. Além disso, observa-se prevalência de 32,11% com pressão arterial elevada na gestação.

Em relação aos hábitos de vida, as mães revelaram-se sedentárias, 43,12% praticavam alguma atividade física antes de engravidar, reduzindo esse percentual para 7,34% durante a gestação. Durante a gravidez, 8,26% das participantes do estudo utilizaram drogas ilícitas, enquanto 9,17% fez uso do tabaco e em relação a bebidas alcoólicas, 11,01% fez o consumo.

A seguir apresentam-se as características e condições gestacional dessas mães, na tabela 1.

Além disso, 62,96% referem-se a eventos estressantes na gestação. Outrossim, 59,63% gravidez não planejada e indesejada em 21,10%. Ao saber da gestação apenas 65,13% das mães relataram que sentiram-se felizes, enquanto que 80,56% dos pais e 76,15% da família demonstravam felicidades para a mãe.

Tabela 3 - Características motivacionais para adesão à prática da automedicação dos professores do Campus Universitário de Sinop/MT, Brasil, 2013-2014

Variáveis	Pré-termo	
	N	f
Estado nutricional pré-gestacional (IMC)		
Baixo peso	4,59%	5
Adequado	46,79%	51
Sobrepeso	33,94%	37
Obesidade	14,68%	16
Estado nutricional final da gestação (IMC)		
Baixo peso	0,91%	01
Adequado	20,18%	22
Sobrepeso	36,69%	40
Obesidade	42,20%	46
Pressão alta na gestação	32,11%	35
Esporte antes da gestação	43,12%	47
Esporte durante a gestação	7,34%	8
Atividade vigorosa	43,52%	47
Fumo durante gestação	9,17%	10
Drogas ilícitas antes da gestação	9,70%	19
Drogas ilícitas durante gestação	8,26%	9
Bebida alcoólica antes da gestação	29,36%	32
Bebida alcoólica durante gestação	11,01%	12
Mães nascidas com baixo peso	13,41%	15
Sentimento da gestante ao saber da gestação		
Feliz	65,13%	71
Indiferente	15,59%	17
Triste	6,42%	7
Outros	9,17%	10
Sentimento do pai ao saber da gestação		
Feliz	80,56%	87
Triste	2,78%	3
Indiferente	12,04%	13
Outros		
Sentimento da família ao saber da gestação		
Feliz	76,15%	83
Triste	3,67%	4
Indiferente	12,84%	14
Outros	7,34%	8
Gravidez não planejada	59,63%	44
Gravidez indesejada	21,10%	23
Estresse na gravidez	62,96%	69

Fonte: Elaboração à partir dos dados da pesquisa.

DISCUSSÃO

A prematuridade é decorrente de diversos fatores e ocasiona às famílias e à sociedade alto custo social e financeiro, afetando diretamente a estrutura familiar. Os achados do presente estudo revelaram que 62,96% das mães de partos prematuros vivenciaram eventos estressantes no curso da gestação. Esse dado corrobora-se com um estudo desenvolvido em uma maternidade no município de Imperatriz, no estado do Maranhão, em que a associação entre estresse materno pré-natal e prematuridade obteve diferenças estatisticamente significantes nos grupos avaliados, as participantes em mais de 70% referiram um ou mais eventos estressantes na gestação.¹¹ Além disso, outro estudo aponta o fator estresse mais prevalente em mulheres com gestação de alto risco, com outros filhos para cuidar e quando se encontra no último trimestre, aproximando-se ao parto.¹²

No que concerne ao planejamento da gravidez, 59,63% não planejaram a gravidez, enquanto no estado de São Paulo 80,5% das mulheres relataram planejar previamente a concepção. Um contraste evidente levando em consideração as regiões brasileiras. O planejamento reprodutivo interfere em vários fatores principalmente socioeconômicos e no psicológico da mulher.¹³ Assim, a elevada prevalência do estresse na gestação, observada na tabela 1, pode estar interligada ao planejamento e ao desejo da gravidez. Com isso, ao saber da gestação apenas 65,13% das mães relataram sentir-se felizes com o diagnóstico de gravidez e 21,10% referiram que a gravidez foi indesejada. No entanto, os pais dos bebês e os familiares demonstravam-se felizes para as gestantes.

Quanto ao estado nutricional, a obesidade materna associa-se a maior risco para diabetes gestacional, macrosomia, distúrbios hipertensivos, pré-eclâmpsia, morte fetal, prematuridade e mortalidade perinatal. Em um Centro de Saúde de São Paulo apontou que 40,8% das mulheres finalizaram a gestação com sobrepeso/obesidade.¹⁴

Na tabela 1, aponta que 42,20% das mães em estudo apresentaram sobrepeso e 32,11% obesidade no final da gestação. Por conseguinte, 32,11% pressão alta. Estudo realizado em uma maternidade de Portugal evidenciou que as gestantes com a pressão arterial elevada estavam fortemente influenciadas pelo aumento do IMC a partir do primeiro trimestre e com duração até o parto.¹⁵

Nesse contexto, as gestantes com sobrepeso e obesidade podem apresentar menor ingestão diária de ferro quando comparadas às eutróficas, e as obesas, menor consumo de folatos. A importância de orientações nutricionais adequadas torna-se essenciais para fortalecer o planejamento e desenvolvimento saudável da gravidez, minimizando riscos de comprometimento materno e fetal.¹⁶

Aprática da atividade física durante a gestação vem sendo recentemente foco de debates na comunidade científica. Estudo no estado do Rio de Janeiro constatou-se que entre

os grupos de mulheres que não praticaram atividades físicas durante a gestação engordaram em média 4,7 quilos a mais que as mulheres que praticaram, e esse sobrepeso pode estar relacionado a riscos tanto para mãe quanto para o bebê. Além de que as gestantes que praticaram algum tipo de atividade física demonstraram maior autoestima e sentimentos positivos durante a gestação.¹⁷ No presente estudo foi claramente evidenciado que as mães possuem caráter sedentário, mesmo antes da concepção.

Outrossim, observou-se consumo de álcool pelas mães em 11,01% e 9,17% do fumo. O uso materno dessas substâncias acentuam o risco de parto prematuro.¹⁸ Um estudo aponta que um terço das gestantes que fizeram uso de álcool e outras drogas resultaram em partos prematuros, além do nascimento de recém-nascidos em estado grave.¹⁹

Frente a essas considerações, faz-se imprescindível a necessidade de atividades que minimizem o hábito do etilismo, tabagismo e drogas ilícitas durante o ciclo gravídico-puerperal, uma vez que são nocivos à saúde da mãe-filho, como também incentivo a alimentação saudável e a prática de atividade física desde antes da gestação.

CONCLUSÃO

O presente estudo identificou que grande percentual das mães não planejou a gravidez e apresentou eventos estressantes em seu curso. Dessa forma, faz-se necessária, a realização do planejamento reprodutivo e de ações educativas com intuito de minimizar esses acontecimentos.

No tocante ao estado nutricional, houve expressivo percentual de ganho ponderal durante a gravidez, além disso, foi claramente evidenciado que as mães possuem caráter sedentário, mesmo antes da concepção. Além disso, as mães mencionaram o consumo de álcool, drogas ilícitas e fumo durante a gravidez.

Pode-se concluir que as gestações de bebês prematuros estão ocorrendo em situações de vida desfavoráveis à saúde materno-infantil. Logo, conhecer o perfil das mães torna-se relevante para a assistência mãe-família-bebê com a detecção e a intervenção precoce de situações de risco que possam comprometer o bem-estar materno e fetal. Contudo, torna-se imprescindível a atuação da Estratégia de Saúde da Família (ESF) e da equipe interdisciplinar como promoção e prevenção da saúde dessa clientela.

Em relação às limitações do estudo considera-se a dependência da memória do paciente e dos dados registrados nos prontuários da puérpera e cartões da gestante, com isso ressalta-se a importância dos registros da assistência prestada pelos profissionais de saúde, no cotidiano.

REFERÊNCIAS

1. Silva RMM, Silva CCM, Cardoso LL, França AFO. Vivências de famílias de neonatos prematuros hospitalizados em unidade de terapia intensiva neonatal: revisão integrativa. *Enferm. Cent. O. Min* [Internet]. 2016 [acesso em 15 de agosto de

- 2016]; 6(2):2258-70. Disponível em: <http://seer.ufsj.edu.br/index.php/recom/article/view/940>.
2. Black RE, et al. Global, regional, and national causes of child mortality in 2008: a systematic analysis. *Lancet* [Internet]. 2010, Jun [acesso em 15 de agosto de 2016]; 375(9730):1969-87. Disponível em: [http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(10\)60549-1/abstract](http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(10)60549-1/abstract).
 3. Passini R, Cecatti JG, Lajos GJ, Tedesco RP, Nomura ML, Dias TZ, et al. para o grupo estudo Nascimento Estudo Multicêntrico Brasileiro de parto prematuro. (2014). Estudo Multicêntrico Brasileiro de nascimento prematuro (EMIP):. Prevalência e fatores associados com parto prematuro espontâneo. *PLoS ONE* [Internet]. 2014 [acesso em 15 de agosto de 2016]. 9 (10). Disponível em: <http://www.biblioteca.digita.unicamp.br/document/?code=000927739>.
 4. Brasil. Ministério da Saúde. DATASUS [Internet]. Informações de Saúde. Estatísticas vitais. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2014 [acesso em 15 de agosto de 2016]. Disponível em: <http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=0205>.
 5. Assunção PL et al. Fatores associados ao nascimento pré-termo em Campina Grande, Paraíba, Brasil: um estudo caso-controle. *Cad. Saúde Pública* [Internet]. 2012, jun [acesso em 15 de agosto de 2016]; 28(6):1078-90. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2012000600007.
 6. Sampaio RMM, Pinto FJM, Sampaio JC. Fatores de risco associados à prematuridade em nascidos vivos no estado do Ceará. *Rev baiana de saúde pública* [Internet]. 2012, out/dez [acesso em 15 de agosto de 2016]; 36(4):969-78. Disponível em: <http://rbps.sesab.ba.gov.br/index.php/rbsp/article/view/791/0>.
 7. Sá RC, Costa LMFP, Sá FE. Vivência materna com filhos prematuros em uma unidade de tratamento intensivo neonatal. *Rev. Bras Promoç Saúde*. 2012, abr/jun; 25(2 Supl):83-89
 8. Brasil. Ministério da Saúde (MS). *Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento*. Brasília: MS; 2000.
 9. Brasil. Ministério da Saúde (MS). Rede Cegonha. Brasília: MS; 2012.
 10. Brasil. Ministério da Saúde (MS). Atenção ao pré-natal de baixo risco. Brasília: MS; 2012.
 11. Almeida AC et al. Fatores de risco maternos para prematuridade em uma maternidade pública de Imperatriz-MA. *Rev. Gaúcha Enfermagem* [Internet]. 2012, jun. [acesso em 18 de agosto de 2016]; 33(2):86-94. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rge/v33n2/13.pdf>.
 12. Cruz JA, Guarany NR. Occupational performance and stress: application of a manual for guidance and care of high-risk pregnant women *Rev Ter Ocup Univ São Paulo* [Internet]. 2015 maio/ago. [acesso em 19 de agosto de 2016]; 26(2):201-6. Disponível em: <http://www.revistas.usp.br/rto/article/view/86584>.
 13. Borges ALV, Santos OA, Nascimento NC, Chofakian CBN, Gomes-Sponholz FA. Preconception health behaviors associated with pregnancy planning status among Brazilian women. *Rev Esc Enferm USP* [Internet]. 2016 [acesso em 19 de agosto de 2016]; 50(2):208-15. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v50n2/0080-6234-reeusp-50-02-0208.pdf>.
 14. Sato APS, Fujimori E. Estado nutricional e ganho de peso de gestantes. *Rev. Latino-Am. Enfermagem* [Internet], maio-jun, 2012 [acesso em 20 de agosto de 2016]; 20(3):462-8. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v20n3/pt_a06v20n3.pdf.
 15. Guedes-Martins L; Carvalho M; Silva C; Cunha A; Saraiva J; Macedo F; Almeida H; Gaio AR. Relationship between body mass index and mean arterial pressure in normotensive and chronic hypertensive pregnant women: a prospective, longitudinal study. *BMC Pregnancy and Childbirth* [Internet]. 2015, out. [acesso em 20 de agosto de 2016]; 30(15):281. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26518235>.
 16. Fazio ES. et al. Consumo dietético de gestantes e ganho ponderal materno após aconselhamento nutricional. *Rev. Bras. Ginecol. Obstet* [Internet]. 2011 [acesso em 22 de agosto de 2016]; 33(2):87-92. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbgo/v33n2/v33n2a06.pdf>.
 17. Ferreira AFNF, Neto NTA, Morales AP, Calomeni MR. Atividade física e gestação: riscos e benefícios. *Persp. online: biol&saúde, Campos dos Goytacazes* [Internet]. 2014 [acesso em 22 de agosto de 2016]; 14(4):1-8. Disponível em: http://seer.perspectivasonline.com.br/index.php/biologicas_e_saude/article/view/551/481.
 18. Gauthier TW. Prenatal Alcohol Exposure and the Developing Immune System. *Alcohol Research : Current Reviews* [Internet]. 2015 [acesso em 23 de agosto de 2016]; 37(2):279-85. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4590623/>.
 19. Gauthier TW, Mohan SS, Gross TS, Harris FL, Guidot DM, Brown LAS. Placental Fatty Acid Ethyl Esters Are Elevated with Maternal Alcohol Use in Pregnancies Complicated by Prematurity. *Kanellopoulos-Langevin C, PLoS ONE* [Internet]. 2015 [acesso em 23 de agosto de 2016]; 10(5). Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25978403>.