
FATORES OBSTÉTRICOS RELACIONADOS À PREMATURIDADE

OBSTETRIC FACTORS WITH PREMATURITY

Fabiane Machado^a

Maria Noemia Birck Nedel^b

RESUMO

A prematuridade representa a causa mais freqüente de morbimortalidade neonatal. **Objetivos:** realizar um levantamento comparativo entre os nascimentos a termo e os pré-termos para identificar os fatores obstétricos relacionados à prematuridade. **Métodos:** estudo com abordagem quantitativa, descritiva, com delineamento documental retrospectivo, desenvolvido no Hospital Mãe de Deus, na cidade de Porto Alegre/RS. A amostra foi composta por 222 nascimentos pré-termo e 1467 nascimentos a termo. Foram coletados dados da história clínica materna e do neonato. **Resultados:** A prevalência de nascimentos pré-termo encontrada foi de 13,1%. As variáveis que mostraram associação significativa com a prematuridade foram: idade materna entre 20-34 anos 70,7% ($\chi^2=0,914$), paridade com 51,8% de mulheres primigestas ($\chi^2=2,531$), parto cesárea 86,9% ($\chi^2=0,098$), sexo masculino do RN 55,9% ($\chi^2= 0,808$), baixo peso ao nascer 52,7% ($\chi^2=388,124$), número de consultas pré-natal ≥ 6 consultas 76,6% ($\chi^2=234,289$) e os fatores obstétricos (pré-eclâmpsia 32,4%, trabalho de parto prematuro 15,3%, rupreme 14%, restrição do crescimento intra-uterino 10,4%, oligodrâmnio 9,5%, descolamento prematuro de placenta 5,4% e sofrimento fetal 4,5%). **Conclusões:** O estudo dos fatores obstétricos envolvidos no nascimento pré-termo é de fundamental importância para o conhecimento e planejamento de ações para a saúde materno infantil.

Descritores: Prematuridade. Recém-nascido pré-termo. Fatores obstétricos.

ABSTRACT

The prematurity is the most frequent cause of neonatal morbidity and mortality. **Objectives:** to make a comparative survey among term and pre-term births to identify the obstetric factors related to prematurity. **Methods:** study with a quantitative, descriptive design with a retrospective documentary, developed in the Mãe de Deus Hospital, in Porto Alegre/RS. The sample consisted of 222 pre-term births and 1467 term births. Information were collected from the clinical history of maternal and newborn. **Results:** The prevalence of pre-term births was found to be 13,1%. The variables that show significant association with pre-term were: maternal age 20-34 years 70,7% ($\chi^2=0,914$), parity with 51,8% of women were giving birth for the first time ($\chi^2=2,531$), cesarean section 86,9% ($\chi^2=0,098$), the male NB 55,9% ($\chi^2= 0,808$), low birth weight 52,7% ($\chi^2=388,124$), number of prenatal check ups ≥ 6 check-ups 76,6% ($\chi^2=234,289$) and the obstetric factors (pre-eclampsia 32,4%, premature obstetric labor 15,3%, rupreme 14%, intra uterine growth restriction 10,4%, oligohydramnios 9,5%, placenta previa 5,4% and fetal distress 4,5%). **Conclusions:** the study of obstetric factors involved in pre-term birth is of fundamental importance to the understand and planning action for maternal and child health.

Descriptors: Prematurity. Infant pre-term .Obstetric factors.

^a Enfermeira. Aluna da Especialização de Enfermagem Obstétrica da Unisinos.

^b Enfermeira. Mestre em Saúde Coletiva. Professora adjunta da Unisinos.

INTRODUÇÃO

Apesar de a sobrevida ter melhorado nos últimos anos a prematuridade ainda está associada a 75% da mortalidade infantil neonatal. No Brasil existe um alto índice de prematuridade tanto nos hospitais particulares como nas instituições públicas. De acordo com os indicadores nacionais de natalidade do Sistema de Informações de Nascidos Vivos (SINASC) a incidência de nascimentos prematuros, aumentou no Brasil, de 6,2%, em 1999, para 6,7%, no ano de 2007⁽¹⁾.

De acordo com a idade gestacional (IG) os recém-nascidos são classificados em: *pré-termo* - nascido antes de completar 37 semanas de gestação, *a termo* - nascido entre o começo da 38ª semana e o final da 42ª semana de gestação e *pós-termo* - gestação que se estende além das 42 semanas. Gestações interrompidas antes da 20ª semana são consideradas abortamentos⁽²⁾.

As medidas de obtenção da idade gestacional mais conhecida são: a data da última menstruação (DUM), a avaliação do tamanho do feto por exame de ultra-sonografia (USG) e os métodos de avaliação do recém-nascido através do exame físico e neurológico baseados nos escores de Dubowitz, Capurro ou Ballard^(3,4).

A idade gestacional baseada na data da última menstruação, apesar de estar sujeita a variações, ainda é o parâmetro mais utilizado em pesquisas populacionais no mundo todo. Em termos de validade da informação, a estimativa da idade gestacional por meio do

exame de ultra-sonografia, quando realizada até a 20ª semana de gestação, é reconhecida como sendo a mais acurada^(4,5,6).

A predição do parto pré-termo é associada a vários fatores de risco maternos e fetais, tais como: *epidemiológicos* (baixo nível socioeconômico, condições ambientais, nutrição inadequada, idade materna - extremos etários, baixa estatura materna, estresse físico e psicológico, tabagismo, alcoolismo, drogas ilícitas), *obstétricos* (rotura prematura das membranas ovulares, antecedentes de parto prematuro, gemelaridade, incompetência cervical, sangramentos de primeiro e segundo trimestre, alterações hormonais, doença hipertensiva específica da gestação - DHEG, descolamento prematuro de placenta, placenta prévia, restrição do crescimento fetal, polidrâmnio, oligodrâmnio, malformações fetais), *ginecológicos* (alterações anatômicas do colo uterino, história de amputação do colo uterino, malformações uterinas, miomatose), *clínico-cirúrgicos* (infecções do trato urinário, corioamnionite, infecções vaginais, doenças maternas, procedimentos cirúrgicos na gestação), *genéticos* (alterações maternas e/ou fetais) e *iatrogênicos*⁽⁷⁾.

Muitas vezes é necessário interromper a gestação antes do tempo previsto devido a um meio intrauterino desfavorável ou ocorrência de doença materna. O avanço científico e tecnológico do último século impulsionou o desenvolvimento da neonatologia com

reflexos no aumento das taxas de sobrevivência do recém-nascido cada vez mais imaturo e de muito baixo peso ao nascer, estes avanços fazem com que prematuros cada vez mais extremos sobrevivam à infância e alcancem com sucesso, a vida adulta^(8,9).

A prematuridade é classificada em: *espontânea*, consequência do trabalho de parto espontâneo propriamente dito ou da rotura prematura de membranas e *eletiva*, quando ocorre por indicação médica, decorrente de intercorrências maternas e/ou fetais. A morbidade neonatal é maior entre os prematuros eletivos, pois está diretamente relacionada aos distúrbios respiratórios e as complicações infecciosas e neurológicas^(10,11).

Estudos referenciam um aumento na incidência de alterações patológicas maternas e fetais que se relacionam com a prematuridade. Essas alterações repercutem diretamente nas condições do RN e da mulher no puerpério, aumentando assim os índices de morte fetal, neonatal e materna^(11,12).

Diante do exposto, o presente estudo objetivou realizar um levantamento comparativo entre os nascimentos a termo e os pré-termos para identificar quais os fatores obstétricos relacionados à prematuridade.

METODOLOGIA

Estudo de abordagem quantitativa, descritiva, com delineamento documental retrospectivo desenvolvido no Hospital Mãe de Deus, localizado na cidade de Porto

Alegre/RS, o qual abrange atendimentos particulares e conveniados.

A amostra foi composta pela totalidade dos nascimentos (1769) ocorridos na instituição no período de 01/01/2009 a 31/12/2009. Dentre esta totalidade 222 eram nascimentos pré-termo e 1467 nascimentos a termo. Foram excluídos da amostra os fetos mortos (7), os natimortos (1) e os nascimentos de gestação múltipla (72), uma vez que neste tipo de gestação é comum o nascimento de bebês prematuros.

A coleta dos dados constituiu-se de duas etapas. Na primeira, foi realizado um levantamento da totalidade dos nascimentos ocorridos no ano de 2009 através do Livro de Registro de Nascimentos da instituição estudada. Deste livro foram coletadas as seguintes variáveis: idade gestacional, idade materna, paridade, tipo de parto, sexo e peso do RN ao nascer. Na segunda etapa, foi realizada a investigação de informações relativas à história clínica materna e ao número de consultas de pré-natal através dos prontuários eletrônicos arquivados no Serviço de Arquivo Médico e Estatística (SAME).

Para análise estatística os dados foram tabulados em uma planilha eletrônica (Excel) e analisados no software Statistical Package for Social Sciences (SPSS) 18.0 e o nível de significância adotado foi de 5% (0,05). Foi calculado a frequência e o percentual para as variáveis categóricas. Para avaliar a associação entre as variáveis foi aplicado o teste Qui-quadrado de Pearson e o teste exato

de Fisher. Foi utilizada a Regressão de Poisson para estimar o Risco Relativo (RR) com intervalo de confiança de 95% (IC 95%).

O presente estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Mãe de Deus, sob o número de protocolo 426/10, atendendo a Resolução n° 196/96 do Conselho Nacional de Saúde que rege sobre as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos⁽¹³⁾. (BRASIL, 1996).

RESULTADOS

Dos 1689 nascimentos analisados, a prevalência de nascimentos pré-termos encontrada foi de 13,1%. Dentre os RN prematuros 80,6% tiveram prematuridade leve (32 a 36 semanas), 13,1% prematuridade moderada (28 a 31 semanas) e 6,3% prematuridade severa (abaixo de 28 semanas de idade gestacional)⁽¹⁴⁾.

Entre as variáveis estudadas, as que mostraram relação significativa com o evento em estudo foram: idade materna, paridade, tipo de parto, sexo do RN, peso ao nascer, número de consultas de pré-natal e fatores obstétricos, conforme as Tabelas 1, 2, 3 e 4, descritas a seguir.

DISCUSSÃO

A amostra foi constituída de 222 recém-nascidos pré-termos e foi adequada para as inferências, pois em estudos similares as amostras variaram de 104 a 579 recém-nascidos avaliados^(11,15).

Os resultados mostraram maior prevalência de prematuridade em mães na faixa etária entre 20-34 anos (70,7%), considerada período reprodutivo. Observou-se risco relativo em mães com idade ≥ 35 anos (RR=1). Estudos demonstram associação entre a prematuridade e os extremos etários materno^(16,17,18). Alguns estudos associaram este evento a idade materna avançada (>35 anos)^(15,19,20,21) e outros a adolescência (<19anos)^(17,22,23). Os extremos etários da idade materna não foram significativos neste estudo (3,2% estavam na faixa etária <19 anos e 26,1% na faixa ≥ 35 anos).

A variável paridade mostrou maior prevalência em mães primigestas (51,8%) e risco relativo significativo (RR = 1,900; IC = 0,87- 4,13; p = 0,106) em primigestas quando comparadas as outras mães. Resultado semelhante foi encontrado em outro estudo, onde nulíparas apresentaram maior chance de ter filhos prematuros, mesmo após o tratamento de inibição do trabalho de parto prematuro⁽²⁴⁾.

Nas últimas décadas, as taxas de cesárea tem aumentado significativamente em todo o mundo, ficando cada vez mais distantes do parâmetro sugerido pela OMS de, no máximo, 15%⁽¹⁶⁾. O presente estudo demonstrou que dos 1689 nascimentos analisados 86,3% foram parto cesáreo e apenas 13,7% por via vaginal.

Foi observado uma maior prevalência (86,9%) e um risco relativo significativo (RR = 1,060; IC= 0,73 - 1,52; p= 0,755) de

Tabela 1 – Distribuição da idade materna, paridade, tipo de parto, sexo do recém-nascido, peso ao nascer e consultas pré-natal por nascimentos a termo e pré-termos.

Variáveis	Total		Pré-termo		A termo		x ²	p
	n	%	n	%	n	%		
	1689	100	222	100	1467	100		
Idade materna							0,914	p=0,633
15-19 anos	52	3,1%	7	3,2%	45	3,1%		
20-34 anos	1238	73,3%	157	70,7%	1081	73,7%		
≥ 35 anos	399	23,6%	58	26,1%	341	23,2%		
Paridade							2,531	p=0,282
0	874	51,7%	115	51,8%	759	51,7%		
1-3 filhos	795	47,1%	102	45,9%	693	47,2%		
≥ 4 filhos	20	1,2%	5	2,3%	15	1,0%		
Tipo de parto							0,098	p=0,755
Vaginal	232	13,7%	29	13,1%	203	13,8%		
Cesárea	1457	86,3%	193	86,9%	1264	86,2%		
Sexo RN							0,808	p=0,369
Masculino	896	53,0%	124	55,9%	772	52,6%		
Feminino	793	47%	98	44,1%	695	47,4%		
Peso ao nascer							388,124*	p<0,001
Extremo baixo peso < 1000g	14	0,8%	14	6,3%	0			
Muito baixo peso 1000 a 1499g	19	1,1%	19	8,6%	0			
Baixo peso 1500 a 2499g	124	7,3%	84	37,8%	40	2,7%		
≥ 2500g	1532	90,7%	105	47,3%	1427	97,3%		
Consultas pré-natal							234,289	p<0,001
Até 5 consultas	71	4,2%	52	23,4%	19	1,3%		
6 ou + consultas	1618	95,8%	170	76,6%	1448	98,7%		

X² teste qui-quadrado de Pearson

* teste exato Fisher

Tabela 2 – Regressão de Poisson para estimar o risco Risco Relativo (RR) entre as variáveis idade materna, paridade, tipo de parto, sexo do recém-nascido e consultas pré-natal.

Variáveis	Total		RR	IC (95%)	p
	n	%			
	1689	100			
Idade materna					
15-19 anos	52	3,1%	0,926	0,44 - 1,92	0,836
20-34 anos	1238	73,3%	0,872	0,66 - 1,15	0,338
≥ 35 anos	399	23,6%	1		
Paridade					
0	874	51,7%	1,900	0,87 - 4,13	0,106
1-3 filhos	795	47,1%	0,975	0,76 - 1,25	0,842
≥ 4 filhos	20	1,2%	1		
Tipo de parto					
Vaginal	232	13,7%	1		
Cesárea	1457	86,3%	1,060	0,73 - 1,52	0,755
Sexo RN					
Masculino	896	53,0%	1		
Feminino	793	47%	0,893	0,69 - 1,14	0,369
Consultas pré-natal					
Até 5 consultas	71	4,2%	1		
6 ou + consultas	1618	95,8%	6,966	5,7 – 8,5	0,001

RR= risco relativo

IC = intervalo de confiança

Tabela 3 – Distribuição dos fatores obstétricos por nascimentos a termo e pré-termos.

Variáveis	Total		Pré-termo n=222	A termo n=1467
	n	%		
	1689	100		
Fatores obstétricos				
Cesárea eletiva	957	56,7%	2	955
Trabalho parto espontâneo	213	12,6%	10	203
Pré-Eclâmpsia*	121	7,2%	72	49
Desproporção céfalo-pélvica	101	6,0%	0	101
Rupreme*	62	3,7%	31	31
Apresentação anômala	56	3,3%	0	56
Restrição crescimento intra-uterino*	43	2,5%	23	20
Trabalho de parto prematuro*	36	2,1%	34	2
Oligodrâmnio*	34	2,0%	21	13
Sofrimento fetal*	15	0,9%	10	5
Diabetes Mellitus Gestacional	14	0,8%	5	9
Descolamento prematuro de placenta*	13	0,8%	12	1
Falha indução do trabalho de parto	9	0,5%	0	9
Carcinoma vaginal	3	0,2%	0	3
Herpes vaginal	3	0,2%	0	3
Gestação abdominal	20	0,1%	2	0
Placenta prévia	2	0,1%	0	2
Polidrâmnio	2	0,1%	0	2
Infecção trato urinário	1	0,1%	0	1
Isoimunização Rh	1	0,1%	0	1
Anormalidade pélvica	1	0,1%	0	1

* maior incidência nos nascimentos pré-termo

Tabela 4- Descrição das variáveis significativas ao nascimento pré-termo e fatores de risco relativo.

Variáveis	Maior prevalência n= 222		Fator de risco relativo n=1689
Idade materna	20-34 anos	70,7%	Idade \geq 35 anos RR = 1
Paridade	Primigesta	51,8%	Primigesta RR = 1,900; IC = 0,87 - 4,13; p =0,106
Tipo de parto	Cesáreo	86,9%	Cesárea RR = 1,060; IC= 0,73 - 1,52; p= 0,755
Sexo do RN	Masculino	55,9%	Masculino RR =1
Peso ao nascer	Baixo peso (<2500g)	52,7%	
Número de consultas de pré-natal	6 ou mais	76,6%	6 ou mais RR = 6,966; IC= 5,7 – 8,5; p<0,001
Fatores obstétricos	Pré-Eclâmpsia	32,4%	
	Trabalho de parto prematuro	15,3%	
	Rupreme	14,0%	
	Restrição do crescimento intra-uterino	10,4%	
	Oligodrâmnio	9,5%	
	Descolamento prematuro de placenta	5,4%	
	Sofrimento fetal	4,5%	

RR= risco relativo

IC = intervalo de confiança

parto cesáreo. Estes resultados indicam um percentual elevado de cesáreas, talvez porque os partos prematuros por si só, já incidem em fator de risco, somados as questões maternas e fetais envolvidas, aumentando a indicação de intervenção cirúrgica.

Os pré-termos são muito vulneráveis ao trauma do parto vaginal, por esta razão deve-se conduzir o trabalho de parto com as membranas íntegras e durante o parto o uso de episiotomia é estimulado e o fórceps de alívio é útil para encurtar o período expulsivo.

A conduta é indicar o parto cesáreo para todos os casos de pré-termo em apresentação pélvica^(14,25).

A cesárea realizada por razões médicas tem um grande potencial de reduzir a morbimortalidade materna e perinatal, porém, hoje vem sendo realizada de forma indiscriminada com grande número de cirurgias eletivas. A cesárea, como qualquer outro procedimento cirúrgico, põe em risco a vida da paciente, seja pelo procedimento e suas possíveis complicações ou pela anestesia

utilizada para a sua realização⁽²⁶⁾. O parto cesáreo implica no aumento do uso de analgésicos e o maior desconforto ao lidar com o bebê, podendo afetar a taxa de duração da amamentação. Frente à importância do aleitamento materno, esse é um forte argumento contra a cesariana eletiva⁽¹⁶⁾.

Algumas hipóteses podem ser levantadas para explicar a preferência pela cesárea tanto entre as mulheres como entre os médicos. As razões entre as mulheres podem estar relacionadas ao medo de dor no parto vaginal, ao conceito de que a cesárea permite manter intacta a anatomia e fisiologia do períneo e ao fator cultural, correspondente ao conceito popular de que o parto vaginal é mais arriscado para o feto do que o cesáreo. A preferência dos médicos pela cesariana, no entanto, pode ser explicada pela conveniência de uma intervenção cirúrgica programada^(16,26).

Apesar de este estudo ter demonstrado maior risco relativo e maior prevalência para a prematuridade em RNs masculinos (RR=1 / 55,9%), a questão de gênero não é significativa. Por outro lado, estudo que avaliou fatores associados à asfixia perinatal teve o sexo masculino fortemente associado ao aumento do risco de sofrimento fetal, enquanto foi observado efeito protetor do sexo feminino⁽²⁷⁾.

No presente estudo, associado a prevalência de nascimentos prematuros do sexo masculino também foi observado um elevado índice de parto cesáreo. Neste

contexto, os RN de sexo masculino parecem ser mais influenciados sobre a via de parto do que os do sexo feminino, pois apresentaram um menor escore de Apgar no primeiro minuto de vida, quando nascidos por parto cesáreo⁽²⁶⁾.

Com relação ao peso ao nascer 52,7% dos nascidos vivos prematuros apresentaram baixo peso (<2500g). Segundo a literatura, as crianças prematuras, geralmente tem baixo peso ao nascer e, com a diminuição deste, há uma maior propensão as doenças sistêmicas^(11,28). Crianças prematuras e com baixo peso ao nascer apresentam risco de mortalidade significativamente superior a crianças nascidas com peso \geq a 2500g e duração da gestação \geq a 37 semanas⁽¹⁶⁾.

Em relação ao número de consultas pré-natal, dentre os nascimentos pré-termos observou-se que 76,6% realizam 6 ou mais consultas. Pelo estudo ter sido realizado em uma instituição privada, a qual abrange somente atendimentos particulares e conveniados, esse resultado é adequado com o preconizado pelo Ministério da Saúde, que determina que gestantes com idade gestacional de 26-29 semanas, devem realizar, no mínimo, cinco consultas de pré-natal e gestantes a termo, mínimo, seis consultas⁽²⁹⁾.

É importante destacar que a associação entre número de consultas pré-natais e a prematuridade pode ser afetada por viés, uma vez que muitas mulheres que tiveram filhos pré-termos possivelmente fizeram menos consultas porque o parto foi precoce.

A prevenção da prematuridade e a identificação da gestante suscetível devem ser um dos principais objetivos do cuidado pré-natal. A ausência de cuidados pré-natais está associada a um aumento do risco de baixo peso ao nascer, partos prematuros e aumento da mortalidade materna e infantil⁽³⁰⁾.

A gestação é um fenômeno fisiológico para a maioria das mulheres, no entanto, podem ocorrer agravos em sua evolução, colocando em risco a saúde da mãe e do concepto. Neste estudo diversos fatores obstétricos foram significativos ao nascimento pré-termo, são eles: pré-eclâmpsia 32,4%, trabalho de parto prematuro 15,3%, rupreme 14%, restrição do crescimento intrauterino 10,4%, oligodrâmnio 9,5%, descolamento prematuro de placenta 5,4% e sofrimento fetal 4,5%. Ao comparar estes resultados, os mesmos foram semelhantes aos grupos de doenças de base maternas e fetais associados à prematuridade descritos em outros estudos^(7,10,11,14).

A pré-eclâmpsia (pressão arterial \geq 140x90 mmHg, diagnosticada após 20^a semanas de gestação e associada a proteinúria \geq 300mg/24 horas)⁽³¹⁾ de início lento e insidioso na segunda metade da gestação, representou o fator obstétrico mais significativo à prematuridade no presente estudo.

Segundo o Ministério da Saúde, a hipertensão arterial na gravidez, de acordo com o grau de severidade, é considerada como fator de risco que somado às

características individuais, condições socioeconômicas desfavoráveis, determinados antecedentes obstétricos e intercorrências clínicas podem desencadear danos ao binômio materno-fetal^(31,32).

O aumento na incidência de alterações patológicas maternas e fetais que se relacionam com a prematuridade, repercutem diretamente nas condições do recém nascido e da mulher, elevando os índices de mortalidade materna, fetal e neonatal⁽¹¹⁾.

CONCLUSÕES

A prematuridade constitui-se em um grande problema de Saúde Pública, por tratar-se de um determinante de morbimortalidade neonatal, tanto em países desenvolvidos como em desenvolvimento. É decorrente de circunstâncias diversas e imprevisíveis. Acarreta às famílias e à sociedade um custo social e financeiro de difícil mensuração. Afeta diretamente a estrutura familiar, alterando as expectativas e anseios que permeiam a perinatalidade.

No presente estudo foi possível identificar que diversas variáveis se relacionaram com o nascimento pré-termo, dentre eles a idade materna entre 20-34 anos (70,7%), paridade com maior prevalência em primigestas (51,8%), parto cesáreo (86,9%), sexo masculino do RN (55,9%), baixo peso ao nascer (52,7%) e número de consultas de pré-natal (76,6%). Os fatores obstétricos que mostraram associação significativa com a prematuridade foram: pré-eclâmpsia 32,4%,

trabalho de parto prematuro 15,3%, rupreme 14%, restrição do crescimento intrauterino 10,4%, oligodrâmnio 9,5%, descolamento prematuro de placenta 5,4% e sofrimento fetal 4,5%.

Diante destes resultados é importante que haja uma conscientização de que não bastam os avanços tecnológicos relacionados à assistência ao recém-nascido prematuro, pois prevalece a necessidade de medidas profiláticas que minimizem a ocorrência do evento. Para que as mesmas possam ser tomadas deve-se procurar reconhecer os fatores que se associam de forma significativa com o nascimento pré-termo e sobre eles atuar, de forma efetiva. Cabe a enfermeira obstétrica, como membro integrante da equipe multidisciplinar de saúde, prestar assistência à mulher no ciclo gravídico, utilizando medidas de promoção da saúde, visando detectar precocemente as intercorrências que propiciem uma evolução desfavorável para a mãe e para o feto, bem como o planejamento de ações que minimizem este evento.

REFERÊNCIAS

1. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva do Ministério da Saúde. **Caderno de Informações de Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2009. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/tabdata/cadernos/> Acesso em: 8 abril 2011.
 2. RAMOS, José Geraldo Lopes et al. Nascimento pré-termo. In: FREITAS, Fernando; COSTA, Sérgio H. Martins; RAMOS, José Geraldo Lopes; MAGALHÃES, José Antônio. **Rotinas em obstetrícia**. 5. ed. Porto Alegre: Artmed, 2006. cap. 6, p. 78 - 90.
 3. FONSECA, SC; COUTINHO, ESF. **Pesquisa sobre mortalidade perinatal no Brasil: revisão da metodologia e dos resultados**. Cad. Saúde Pública, v. 20, n.1 (supl.), p. 7-19, 2004.
 4. MORAES, Cláudia Leite; REICHENHEIN, Michael E. **Validade do exame clínico do recém-nascido para estimação da idade gestacional: uma comparação do escore New Ballard com a data da última menstruação e ultra-sonografia**. Cad. Saúde Pública, v.16, n.1, p.83-94, 2000.
 5. MORIN, I et al. **Determinants and consequences of discrepancies in menstrual and ultrasonographic gestational age estimates**. BJOG, Feb. 112, p. 145-152, 2005.
 6. ANANTH, CV. **Menstrual versus clinical estimate of gestational age dating in the United States: temporal trends and variability of perinatal outcomes**. Paediatr. Perinat. Epidemiol., v. 21 (suppl.2), p. 22-30, 2007.
 7. BITTAR, Roberto Eduardo; FONSECA, Eduardo Borges da; ZUGAIB, Marcelo. **Predição e prevenção do parto pré-termo**. Femina, v.38, n.1, p. 13-22, 2010.
 8. FRIEDRICH, Luciana; CORSO, Andréa L.; JONES, Marcus H. **Prognóstico pulmonar em prematuros**. Jornal de Pediatria, v.81, n.1 (supl.), 2005.
 9. TRONCHIN, Daisy Maria Rizatto; TSUNECIRO, Maria Alice. **Prematuros de muito baixo peso: do nascimento ao primeiro ano de vida**. Revista Gaúcha de Enfermagem, v. 28, n.1, p.79-88, 2007.
 10. RADES, Érica; BITTAR, Roberto Eduardo; ZUGAIB, Marcelo. **Determinantes Diretos do Parto Prematuro Eletivo e os Resultados Neonatais**. RBGO, v. 26, n. 8, p. 655-662, 2004.
-

-
11. SALGE, Ana Karina Marques et al. **Fatores maternos e neonatais associados à prematuridade.** Rev. Eletr. Enf. [Internet]. v.11, n. 3, p. 642-6, 2009. Disponível em: <<http://www.fen.ufg.br/revista/v11/n3/v11n3a23.htm>>. Acesso em: 10 abril 2011.
12. RUGOLO, Ligia Maria Suppo de Souza. **Crescimento e desenvolvimento a longo prazo do prematuro extremo.** Jornal de Pediatria, v.81, n.1 (supl.), 2005.
13. BRASIL. Ministério da Saúde. **Resolução Conselho Nacional de Saúde n.196/96.** Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa com seres humanos, 1996. Disponível em: <<http://conselho.saude.gov.br>>. Acesso em: 5 março 2011.
14. SILVA, Luísa Aguiar et al. **Fatores de risco associados ao parto pré-termo em hospital de referência de Santa Catarina.** Rev. AMRIGS, v. 53, n.4, p. 354-360, 2009.
15. TOMIC V; GRIZELJ B; ZADRO M. **Perinatal outcome in primiparous women ages 35 and older: a case control study.** Med Ach, v.62, n.1, p.18-9, 2008.
16. CASCAES; Andreia Morales et al. **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, v.24, n.5, p.1024-32, 2008.
17. SUZUKI; Cristina Mika et al. **Análise comparativa da frequência de prematuridade e baixo peso entre filhos de mães adolescentes e adultas.** Rev. Bras. Crescimento Desenvolvimento Humano v.17, n.3, p. 95-103, 2007.
18. AZEVEDO, George Dantas et al. **Efeito da idade materna sobre os resultados perinatais.** RBGO, v.24, n.3, p. 181-85, 2002.
19. ANDRADE, Priscila Chamelete et al. **Resultados perinatais em grávidas com mais de 35 anos: estudo controlado.** RBGO, v.26, n.9, p. 697-702, 2004.
20. SENESI, Lenira Gaede et al. **Morbidade e Morbidade e mortalidade neonatais relacionadas a idade materna igual ou superior a 35 anos, segundo paridade.** RBGO, v.26, n.6, p. 477-482, 2004.
21. SPALLICCI, Maria Delizete Bentivegna et al. **Estudo de algumas variáveis maternas relacionadas com a prematuridade no hospital universitário da universidade de São Paulo.** Rev Med HU-USP, v.10, n.1, 2000.
22. COSTA, Maria Conceição Oliveira et al. **Gravidez na adolescência: associação de variáveis sociodemográficas e biomédicas materna com resultado neonatal.** Feira de Santana-Bahia. Revista Baiana de Saúde Pública, v.29, n.2, p. 300-312, 2005.
23. RAMOS, Helena Ângela de Camargo; CUMAN, Roberto Kenji Nakamura. **Fatores de risco para prematuridade: Pesquisa documental.** Esc Anna Nery Rev Enferm, v.13, n.2, p.297-304, 2009.
24. BEZERRA, Lucia Coca; OLIVEIRA, Sonia M. Junqueira V; LATORRE, Maria do Rosário Dias de Oliveira. **Prevalência e fatores associados à prematuridade entre gestantes submetidas à inibição de trabalho de parto prematuro.** Rev Bras Saúde Materno Infantil, v.6, n.2, p. 223-229, 2006.
25. MONTENEGRO, Carlos Antonio Barbosa; REZENDE FILHO, Jorge de. **Obstetrícia fundamental.** 11. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2008.
26. FRANCESCHINI, Débora Thompson Biasoli; CUNHA, Maria Luzia Chollopetz. **Associação da vitalidade do recém-nascido com o tipo de parto.** Revista Gaúcha de Enfermagem, v.28, n.3, p. 324-30, 2007.
-

27. CUNHA, AL et al. **Fatores associados à asfixia perinatal.** Rev Bras Ginecologia e Obstetrícia, v.26, n.10, p. 799-805, 2004.

28. UCHIMURA, Taqueto Teruya; PELISSARI, Daniele Maria; UCHIMURA, Nelson Shozo. **Baixo peso ao nascer e fatores associados.** Revista Gaúcha de Enfermagem, v.29, n.1, p. 33-38, 2008.

29. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas. Área Técnica da Saúde da Mulher. **Pré-natal e puerpério atenção qualificada e humanizada a mulher.** Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

30. RAMOS, Helena Ângela de Camargo; CUMAN, Roberto Kenji Nakamura. **Fatores de risco para a prematuridade: pesquisa documental.** Esc Anna Nery, v.13, n.2, p. 297-304, 2009.

31. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas. Área Técnica da Saúde da Mulher. **Gestação de Alto Risco.** Brasília: Ministério da Saúde, 2000.

32. OLIVEIRA, Cristiane Alves et al. **Síndromes hipertensivas da gestação e repercussões perinatais.** Rev Bras Saúde Materno Infantil, v.6, n.1, p. 93-98, 2006.
