

UNIVERSIDADE DO VALE DO RIO DOS SINOS - UNISINOS
UNIDADE ACADÊMICA DE EDUCAÇÃO CONTINUADA
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM OBSTETRÍCIA

RAFFAELA SOUZA DE ANDRADE

TRABALHO DE PARTO PREMATURO:
Revisão Integrativa da Literatura

Porto Alegre

2016

RAFFAELA SOUZA DE ANDRADE

**TRABALHO DE PARTO PREMATURO:
Revisão Integrativa da Literatura**

Artigo apresentado como requisito parcial para obtenção do título de Especialista em Enfermagem Obstétrica, pelo Curso de Enfermagem Obstétrica da Universidade do Vale do Rio dos Sinos - UNISINOS

Orientadora: Prof.^a MS. Marcia Rejane Srapasson

Porto Alegre

2016

TRABALHO DE PARTO PREMATURO: REVISÃO INTEGRATIVA DA LITERATURA

Raffaella Souza de Andrade*

Márcia Rejane Strapasson**

Resumo: O parto prematuro representa um dos grandes problemas que acometem a saúde pública e a principal causa de morbidade e de mortalidade neonatal. Objetivos: Analisar as produções científicas que se referem ao Trabalho de Parto Prematuro (TPP). Método: Trata-se de uma revisão integrativa da literatura. Optou-se pela consulta às bases de dados Scientific Eletronic Library Online (SciELO) e Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciência e Saúde (LILACS), no período entre 2005 e 2015, atentando-se apenas para a produção científica nacional. Utilizou-se um quadro sinóptico como instrumento para a coleta de dados e a posterior análise, o qual contemplou os seguintes aspectos: nome do artigo, autores, local de origem da produção científica, objetivos do estudo, resultados e considerações/conclusões. Resultados: Constatou-se que os períodos de maior produção científica acerca da temática foram os anos de 2009 e de 2015, e as regiões de maior incidência de achados foram o Nordeste e o Sudeste do Brasil. O periódico com maior número de publicações foi a Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia, com 54,5% dos registros. As condutas obstétricas no TPP revelaram-se de grande importância, pois visam às estratégias para a prevenção da prematuridade e de suas consequências. Conclusão: Confirmou-se a necessidade de prever e de considerar os riscos e os prognósticos do TPP para que se promovam medidas preventivas e se implementem condutas obstétricas necessárias, no intuito de minimizar as consequências dos partos prematuros e de reduzir a morbimortalidade materna e neonatal.

Palavras-chave: Trabalho de Parto Prematuro. Prematuro. Nascimento Prematuro. Diagnóstico. Cuidados de Enfermagem.

1 INTRODUÇÃO

Define-se como Parto Prematuro a ocorrência do nascimento antes do tempo previsto, ou seja, antes do amadurecimento fetal ou da trigésima sétima de gestação - característica mais utilizada para classificar esse tipo de parto em ordem cronológica, contando-se a partir do primeiro dia do último período menstrual. (MONTENEGRO; REZENDE FILHO, 2008). Nessa perspectiva, a prematuridade configura um grande desafio para os serviços de saúde pública, por tratar-se de um determinante de morbimortalidade neonatal importante. Atualmente, a prematuridade - com o percentual de 75% - sintetiza a principal causa de

* Enfermeira Graduada na Universidade do Vale do Rio dos Sinos (UNISINOS), Campus São Leopoldo/RS. E-mail: raffaelaso@hotmail.com

** Enfermeira. Mestre em Enfermagem pela Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS). Docente do Curso de Graduação em Enfermagem e do Curso de Pós-Graduação Lato Sensu em Enfermagem Obstétrica. Universidade do Vale do Rio dos Sinos (UNISINOS). Orientadora. E-mail: marciastra@unisinis.br.

mortalidade neonatal no mundo. (CASCAES *et al.*, 2008). Respectivamente, as prevalências de prematuridade no mundo e no Brasil são de 9,2% e de 7,1%. (MARTINS *et al.*, 2011).

A prematuridade decorre de fatores diversos e imprevisíveis, em diferentes classes sociais. Ocasiona às famílias e à sociedade um custo financeiro e social de difícil mensuração, comprometendo diretamente a estrutura familiar e modificando expectativas e emoções que permeiam a perinatalidade, o que torna difícil avaliar os fatores que influenciam (e que são influenciados) pelo complicado processo do nascimento prematuro. (RAMOS; CUMAN, 2009).

O parto pré-termo compreende uma fisiopatologia ainda não esclarecida cientificamente e desinente de causas multifatoriais, o que torna a prevenção e o diagnóstico mais complexos e difíceis para os profissionais envolvidos no cuidado obstétrico e neonatal. (FREITAS *et al.*, 2008). Ademais, além das consequências clínicas, existem ainda as repercussões econômicas associadas à prematuridade, em razão dos cuidados que as famílias devem adotar mesmo depois do período neonatal pelas sequelas causadas. (ALMEIDA, 2007).

Assim, as consequências do nascimento prematuro envolvem sequelas imediatas e tardias, como agravos físicos e mentais permanentes. Estima-se que aproximadamente 50% das sequelas neurológicas possam ser atribuídas a esse fator. (GOLDENBERG *et al.*, 2008). Convém salientar que a importância clínica e obstétrica do diagnóstico precoce do parto prematuro reside na possibilidade de aumento dos dias de gestação mediante a intervenção em tempo hábil, a qual permitiria a melhora no peso fetal ao nascer associada à diminuição na morbidade e na mortalidade neonatal. (BAQUIÃO, 2011).

Há ainda as causas potencialmente preveníveis para o Trabalho de Parto Prematuro (TPP), que dependem da educação em saúde, dos cuidados de higiene, da alimentação adequada, da evitação dos esforços físicos durante a gestação, dentre outras medidas. Torna-se potente a assistência de enfermagem em cuidar e em educar a gestante, atuando de forma significativa para a redução das complicações relacionadas com a função reprodutiva, através da assistência adequada ao ciclo gravídico puerperal. (BRAGA; OKASAKI *et al.*, 2004).

Outrossim, a motivação para a confecção deste estudo surgiu a partir da experiência como enfermeira e como estudante de enfermagem obstétrica e da constatação de que, no cotidiano da assistência, o TPP abarca um dos motivos que elevam as taxas de internações nos centros obstétricos e nas unidades neonatais. É visto também como uma das dificuldades atinentes à área da obstetrícia, cabendo a avaliação clínica obstétrica criteriosa, em virtude de sua etiologia multifatorial.

Em se tratando da relevância da pesquisa, acredita-se que esteja na busca pela análise de condutas obstétricas no TPP, no intento de contribuir para prevenir e para minimizar as consequências do nascimento prematuro e de destacar a importância da assistência e dos cuidados de enfermagem ao parto pré-termo. Para norteá-la, estruturou-se então a seguinte questão: como as pesquisas científicas abordam a temática do TPP? Como objetivo geral, este trabalho concentra-se em analisar as produções científicas relacionadas ao TPP, e como objetivos específicos, em descrever as condutas recomendadas na assistência ao TPP e em identificar os cuidados de enfermagem ao TPP.

2 TRABALHO DE PARTO PREMATURO

O TPP ainda contempla um desafio na obstetrícia, por desconhecer-se a sua etiologia. Na maioria dos casos, o parto pré-termo está associado ao rompimento das membranas do saco amniótico e à gemelaridade com a presença de contrações uterinas ritmadas. Em grande parte das vezes, sua etiologia apresenta-se como multifatorial ou desconhecida, o que dificulta a implementação de ações de prevenção durante o pré-natal. (ANDRADE, 2012).

A incidência do TPP, segundo leciona a Organização Mundial da Saúde (OMS), totaliza quinze milhões de nascidos antes do tempo por ano no mundo. Nessa esteira, o Brasil e os Estados Unidos, por exemplo, encontram-se entre os dez países com os maiores números de partos prematuros, com o Brasil ocupando o décimo lugar da lista, com 279 mil partos prematuros por ano (antes da trigésima sétima semana de gestação) e taxa de 17,7% de bebês prematuros. (BRASIL, 2012).

Observa-se que a causa do parto prematuro espontâneo é desconhecida em cerca de 50% dos casos. No restante, pode estar interligada a fatores agregados em categorias epidemiológicas, obstétricas e ginecológicas. Nesse panorama, a categoria epidemiológica abrange o baixo nível socioeconômico, a ausência de higiene, a gravidez nos extremos etários - abaixo dos dezessete anos de idade e acima dos trinta e cinco anos de idade -, a desnutrição ou a dieta desequilibrada, o baixo peso pré-gestacional, o tabagismo, o consumo de drogas ilícitas, o estresse psicossocial, dentre outros aspectos. (BAQUIÃO, 2011).

Já os fatores de risco obstétricos estão relacionados à gemelaridade, aos partos prematuros anteriores, à rotura prematura de membranas, às infecções amnióticas, às alterações hormonais, à incompetência istmo-cervical, aos sangramentos genitais de segundo e terceiro trimestre, às malformações genéticas placentárias e ao polidrâmnio. Quanto aos fatores ginecológicos, elencam-se as amputações de colo de útero, a

malformação uterina e os miomas, e como fatores clínicos cirúrgicos, podem-se destacar as doenças maternas, as infecções geniturinárias e os procedimentos cirúrgicos realizados na gravidez. (FREITAS *et al.*, 2008).

O TPP ocorre após o aparecimento de contrações uterinas regulares de 2/10", com duração de 20" a 30", acompanhadas de dilatação cervical a partir de três centímetros. Além do mais, podem se evidenciar como fatores de risco associados à gestação múltipla, o polidrâmnio, a anomalia uterina, a infecção urinária, a cirurgia abdominal durante a gestação, o abortamento de repetição, a rotura prematura de membranas, a corioamnionite, o sangramento uterino, a pielonefrite, o tabagismo e o uso de drogas. (PERAÇOLI; PARPINELLI, 2008).

Uma das principais razões para explicar a dificuldade na prevenção do parto prematuro é o desconhecimento de sua fisiopatologia. Evidências clínicas e laboratoriais reforçam que muitos desses partos resultam da ativação de células no colo, na decídua e nas membranas fetais decorrentes de infecção ascendente do trato genital e/ou de hemorragias decíduais. A patogenia do parto prematuro espontâneo é complexa, e o sucesso do seu manejo depende da pesquisa cuidadosa dos riscos maternos e fetais para dar continuidade - ou não - à gestação. (BRASIL, 2000).

À vista disso, as dificuldades detectadas para o diagnóstico inicial do TPP impõem obstáculos à implementação de protocolos, com base em evidências sobre quais alterações de contratilidade uterina e do colo uterino fundamentam a realização do tratamento. Desse modo, os critérios para o seu diagnóstico variam, de acordo com a literatura. (BRASIL, 2000). No entanto, configuram sinais de TPP a ocorrência de mais de cinco contrações por hora, a dilatação do colo, o vazamento repentino de líquido amniótico, a sensação de dor durante a micção devido à provável infecção do trato urinário, da bexiga e dos rins, ou ainda, o sangramento vaginal vermelho brilhante, a dor lombar persistente e a pressão pélvica intensa. (GOUVEIA; LOPES, 2004).

Contudo, salientam-se significativas contraindicações obstétricas - que podem ser absolutas ou relativas - sobre as quais importa considerar que nem todo o parto pré-termo deve ser inibido. As contraindicações absolutas compreendem a infecção intrauterina, a rotura das membranas amnióticas (as quais podem estar infectadas), a insuficiência placentária com sofrimento fetal crônico (que pode ser pelo crescimento intra uterino restrito (CIUR) ou oligodrâmnio), as malformações múltiplas, as doenças maternas e o óbito fetal. No que tange às contraindicações relativas, envolvem principalmente a rotura prematura das membranas amnióticas. Nesses casos, o parto pode ser prolongado por setenta e duas horas - período avaliado como suficiente para que ocorra a maturação dos pulmões fetais após a rotura das

membranas. (MERCER, 2007). Nesse contexto, o cuidado integral e humanizado em enfermagem torna-se indispensável para viabilizar melhores desfechos maternos e neonatais.

3 MATERIAIS E MÉTODOS

Trata-se de uma revisão integrativa da literatura que permite a incorporação das evidências na prática clínica, com a finalidade de reunir e de sintetizar resultados de pesquisas sobre determinado tema ou questão, de maneira sistemática e ordenada. (MENDES; SILVEIRA; GALVÃO, 2008). Portanto, para oportunizar respostas ao objetivo do estudo, foram atendidas as seis fases de processo de elaboração da revisão integrativa, assim descritas:

- a) *estabelecimento da hipótese e objetivo da revisão integrativa*: incluem a definição dos participantes, as intervenções a serem analisadas e os resultados a serem mensurados;
- b) *estabelecimento de critérios de inclusão e exclusão de artigos e busca na literatura*: compreendem a busca em base de dados de forma extensa e variada, cujos critérios de amostragem precisam certificar-se da representatividade da amostra;
- c) *definição das informações a serem extraídas dos artigos selecionados*: requer a utilização de um instrumento previamente elaborado, organizando as informações e reduzindo o risco de erros na transcrição;
- d) *avaliação crítica dos estudos incluídos na revisão integrativa*: efetua a abordagem organizada para avaliar o rigor e as características de cada estudo;
- e) *interpretação dos resultados*: dá-se a partir da compreensão e da síntese dos resultados;
- f) *apresentação da revisão/síntese do conhecimento*: congloba informações claras e completas para possibilitar ao leitor avaliar criticamente os resultados. (SOUZA; SILVA; CARVALHO, 2010).

Com o fito de nortear a pesquisa, elaborou-se a seguinte questão: como as pesquisas científicas abordam a temática do TPP? Definiram-se como fonte de busca as bases de dados eletrônicas Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciência e Saúde (LILACS) e Scientific Electronic Library Online (SciELO), por serem amplas e expressarem elevado rigor

científico de seus estudos. Neste trabalho, utilizaram-se os seguintes descritores: trabalho de parto prematuro; prematuro; nascimento prematuro; diagnóstico e cuidados de enfermagem.

Para as buscas, realizaram-se cruzamentos com os descritores definidos previamente: trabalho de parto prematuro OR prematuro AND nascimento prematuro; trabalho de parto prematuro AND prematuro AND diagnóstico; trabalho de parto prematuro OR nascimento prematuro OR cuidados de enfermagem; trabalho de parto prematuro OR prematuro AND diagnóstico; trabalho de parto prematuro OR nascimento prematuro AND diagnóstico, na base de dados SCIELO. Trabalho de parto prematuro AND prematuro AND diagnóstico; trabalho de parto prematuro AND prematuro AND nascimento prematuro; trabalho de parto prematuro OR prematuro AND diagnóstico; trabalho de parto prematuro OR prematuro AND nascimento prematuro, na base de dados LILACS.

Na seleção dos estudos desta revisão integrativa, incluíram-se somente artigos originais e completos, oriundos de estudos nacionais, com o ano de publicação entre 2005 e 2015, em idioma português, que apresentassem informações sobre TPP. Assim, excluíram-se os estudos internacionais, os artigos com o ano de publicação inferior a 2005, os artigos incompletos, as teses, as dissertações, as monografias, as revisões de literatura e as duplicidades. A busca pelas produções foi conduzida no período entre Novembro e Dezembro de 2015. As informações dos artigos selecionados foram ordenadas por meio de um quadro sinóptico, visando garantir que a totalidade de informações relevantes fosse extraída, minimizando o risco de erros na transcrição. (SOUZA; SILVA; CARVALHO, 2010).

4 RESULTADOS

Através da união dos descritores - trabalho de parto prematuro, prematuro, nascimento prematuro, diagnóstico, cuidados de enfermagem - localizaram-se 250 estudos na base de dados SciELO, dos quais, após a análise minuciosa, nove se adequaram aos critérios de inclusão. Na base de dados LILACS, identificaram-se 452 estudos, e após o exame detalhado, dez se encaixaram aos critérios de inclusão, dos quais quatro apresentavam-se indexados na base de dados SciELO e quatro revelaram duplicidade, sendo incluídos, dessa forma, dois artigos. A Quadro 1 evidencia a amostra dos onze artigos capturados.

Quadro 1 – Descrição dos estudos incluídos na revisão integrativa, segundo autor (es), base de dados, periódicos e ano de publicação

Cód.	Autores	Base de Dados	Periódicos	Ano de Publicação
S1	Porto <i>et al.</i>	SciELO	Rev. Bras. Saúde Matern. Infant.	2013
S2	Melo, Oliveira e Mathias	SciELO	Rev. Esc. Enferm. USP	2015
S3	Rolnik <i>et al.</i>	SciELO	Rev. Bras. Ginecol. Obstet.	2013
S4	Rios <i>et al.</i>	SciELO	Rev. Bras. Ginecol. Obstet.	2006
S5	Amorim <i>et al.</i>	SciELO	Rev. Bras. Ginecol. Obstet.	2009
S6	Cabar <i>et al.</i>	SciELO	Rev. Bras. Ginecol. Obstet.	2008
S7	Oliveira <i>et al.</i>	SciELO	Rev. Bras. Ginecol. Obstet.	2011
S8	Brandão <i>et al.</i>	SciELO	Rev. Bras. Ginecol. Obstet.	2015
S9	Duarte, Freire e Oliveira	SciELO	Rev. Interfaces: Saúde, Humanas e Tecnologia.	2015
L1	Novaes <i>et al.</i>	LILACS	Radio. Bras.	2009
L2	Carvalho <i>et al.</i>	LILACS	Cienc. Cuid. Saude	2009

Fonte: Elaborado pela autora.

Os estudos foram promovidos entre os anos de 2006 e 2015, sendo três no ano de 2009 (27,25%), três em 2015 (27,25%), dois em 2013 (18,2%), e um estudo nos anos de 2006, de 2008 e de 2011 (9,1%), respectivamente.

No que diz respeito ao local de origem das produções científicas, as regiões Sudeste e Nordeste contaram cada uma com quatro estudos (36,3%), realizados nas cidades de São Paulo/SP e Rio de Janeiro/RJ, e no Nordeste, nas cidades de Recife/PE, Juazeiro do Norte/CE e São Luís/MA. A região Sul totalizou dois estudos (18,2%), nas cidades de Maringá/PR e Florianópolis/SC. Um estudo (9,2%) foi efetuado na cidade de Coimbra, em Portugal.

Dos onze artigos analisados, sete (63,6%) empregaram a metodologia descritiva quantitativa, dois (18,2%) adotaram a metodologia qualitativa descritiva, e dois (18,2%) não informaram o tipo de metodologia aplicada.

As revistas dos onze estudos que publicaram acerca da temática e seus respectivos Qualis foram: Rev. Bras. Saúde Matern. Infantil (9,1%) Qualis - B2, Rev. Esc. Enferm. USP

(9,1%) - A2, Rev. Bras. Ginecol. Obstet. (54,5%) - B1, Rev. Interfaces: Saúde, Humanas e Tecnologia (9,1%) - B4, Radiol. Bras. (9,1%) - B2, Cienc. Cuid. Saude (9,1%) - B1.

Os autores envolvidos nos artigos examinados foram Enfermeiros (doze) e Médicos (trinta e nove).

Dentre os estudos colhidos para esta revisão, averiguou-se que o parto prematuro tornou-se um grande problema de saúde pública, e a maior causa de mortalidade perinatal mundial. (MONTENEGRO; REZENDE FILHO, 2008). Diversos estudos ressaltaram a importância das condutas obstétricas no trabalho de parto prematuro, visando às estratégias para a prevenção da prematuridade e suas consequências.

Em um dos artigos (S1), o achado mais significativo apurou que as condições clínicas mais frequentes associadas à prematuridade tardia seriam, em primeiro lugar, o TPP espontâneo, e após, a ruptura prematura das membranas e as síndromes hipertensivas. O estudo - que trata de prematuridade tardia - relata que muitos profissionais não estão adotando condutas obstétricas para a inibição do TPP depois de trinta e quatro semanas, o que contribui para o aumento na frequência de nascimentos prematuros tardios.

Em concordância, Fuchs e Gyamfi (2008) preconizam que, para evitar o aumento da morbidade neonatal, postergar o parto pode ser a principal medida para prolongar a gravidez e para aumentar o peso e a idade gestacional. O mesmo estudo (S1) registra também que deveria ser estabelecido o uso dos tocolíticos para retardar o parto na urgência do TPP depois de trinta e quatro semanas, propondo estratégias para a prevenção da prematuridade tardia e suas consequências.

Em três estudos (S3, S4, L1) reitera-se a importância do comprimento cervical para a prevenção do TPP. O artigo (S3) postula que a medida do comprimento do colo uterino tem sido descrita como o melhor método preventivo disponível. Já o artigo (S4) tencionou avaliar a vantagem do comprimento cervical ultrassonográfico para a prevenção do parto em gestantes com contrações uterinas persistentes, e concluiu que um colo cujo comprimento é inferior a vinte milímetros expressa maior probabilidade de parto prematuro. Além do mais, o procedimento se mostra eficaz após a administração da tocolise inicial, pois reduz as contrações uterinas e propicia a avaliação de um colo menos propenso a modificações.

Em outro trabalho (L1), com o objetivo de alcançar a correta e precisa administração de corticoides para a promoção da maturidade pulmonar fetal, verificou-se ser possível prever o parto pré-termo em pacientes com o colo uterino menor que quinze milímetros. Percebeu-se ainda a preocupação em tentar saber a ocasião certa para a

administração da medicação, já que, de fato, são necessárias quarenta e oito horas para se obter o benefício esperado sobre o feto.

Ao examinar as condutas obstétricas recomendadas na assistência ao TPP, alguns artigos estudados (S3, S4, S5, S6, S8, L1) citam como principal objetivo a utilização de determinadas terapias - como a administração de corticoides para a maturidade fetal, o uso de tocolise, a antibioticoterapia materna e a medida do comprimento do colo uterino - a fim de retardar o parto e de minimizar as consequências do nascimento prematuro.

Dois estudos (S5 e S6) compararam a efetividade de tocolíticos na inibição do TPP. Especialmente em (S5), descreve-se que, na atualidade, a principal finalidade para o emprego da terapia tocolítica é postergar o nascimento, de modo a possibilitar a utilização do corticoide para a maturidade pulmonar fetal, o qual diminui a morbidade e a mortalidade neonatal. (ROBERTS; DALZIEL, 2006).

Algumas drogas são aplicadas como tocolíticos nas condutas obstétricas para a inibição das contrações uterinas, porém oferecem efeitos colaterais potencialmente graves, como taquicardia, cefaleia, êmese e febre. No artigo (S5), sugere-se que a efetividade tocolítica da medicação nitroglicerina seja semelhante à da nifedipina, visto que ambas as drogas apresentam vantagens na forma de administração, no custo e na segurança materno-fetal, devido à adesão ao tratamento e à intolerância aos efeitos colaterais.

O estudo (S6) aponta o tocolítico atosibano como eficaz para inibir as contrações uterinas, utilizado em esquema terapêutico com menor tempo de infusão da droga e com baixa incidência de efeitos colaterais maternos, fetais e neonatais. No artigo (S8), assevera-se que a prática da terapia com corticoterapia no pré-natal para a maturação pulmonar fetal e a antibioticoterapia materna têm como objetivo a tentativa de melhora no desfecho neonatal.

Por sua vez, o estudo (S2) mensura a qualidade do cuidado pré-natal que se associa ao nascimento prematuro. Pesquisas indicam o cuidado pré-natal adequado como fator determinante para a prevenção da morbimortalidade materna e infantil. (ASUNDEP *et al.*, 2014; DOMINGUES *et al.*, 2012). Nessa perspectiva, o parto pré-termo envolve vários fatores que podem variar entre diferentes regiões, incluindo a incidência de induções de partos sem recomendação clínica, de partos cesáreos e do uso de tecnologias de reprodução assistida. (CHANG *et al.*, 2013).

Todavia, o mesmo artigo (S2) demonstra a importância do apoio dos gestores, dos enfermeiros e dos membros das equipes de saúde no planejamento de ações com base nas características da população e nas limitações do cuidado do pré-natal, tendo em vista a redução da prematuridade. Nesse contexto, (S2) comprova que um indicador importante na

prevenção do nascimento prematuro é a qualidade do cuidado pré-natal, o qual assegura a realização de todos os procedimentos e condutas em tempo hábil, durante a gestação. (BRASIL, 2006).

Fica evidente, portanto, a relevância do diagnóstico correto do TPP e das condutas obstétricas, como a assistência e os cuidados de enfermagem ao parto pré-termo. Outro estudo (L2) enfatiza também que um dos fatores decisivos na prematuridade abrange o fator emocional e que, atualmente, a ansiedade vem sendo considerada como possível aspecto determinante para a prematuridade. (ARAÚJO; PEREIRA; KAC, 2007).

A hospitalização gera ansiedade para a gestante e mudanças na rotina de toda a família, posto que caracteriza um momento confuso, desconhecido e acompanhado de diversos obstáculos. (ARRUDA; MARCON, 2007). As mulheres, em (L2), elencaram a atenção, a orientação recebida, o carinho, o respeito, a paciência e as medidas de conforto físico como essenciais para o cuidado, assim como as ações que são próprias do acompanhante do TPP. (BRASIL, 2003).

No artigo (S9), ganha prestígio o papel do enfermeiro no cuidado obstétrico e neonatal como o profissional que deve atentar aos sinais de alerta do TPP e estar preparado para orientar e para conduzir situações adversas ao risco habitual da gestante e de sua família. Menciona também que uma das funções do enfermeiro é desenvolver um plano de cuidados que envolva o bem-estar do binômio e que prolongue a gestação para a maturação do feto. O estudo (L2), finalmente, arremata e reafirma a magnitude da enfermagem em cuidar e em confortar para que a experiência gravídico-puerperal se torne mais saudável e prazerosa. (CARRARO et al., 2006).

5 DISCUSSÃO

Baseando-se nos dados que se redigiram, é inquestionável que o parto pré-termo simboliza uma das maiores dificuldades encontradas na área obstétrica. Apesar da melhora das estratégias de prevenção durante o pré-natal e da assistência neonatal ocorrida atualmente, a morbidade e a mortalidade neonatal continuam elevadas. (BITTAR; CARVALHO; ZUGAIB, 2005).

Os artigos explorados no presente estudo se realizaram com maior frequência entre os anos de 2009 e de 2015 (27,25%). Acredita-se que tais achados se justifiquem pelo lançamento do Dia Internacional da Sensibilização para a Prematuridade, em dezessete de Novembro de 2009, com o propósito de lembrar a sociedade sobre a questão e de formular

estratégias para reduzir o número de nascimentos prematuros no Brasil. Outra possível razão que pode elucidar a ocorrência da maior incidência de estudos nesse período foi a Meta do Milênio, instituída em 2000 pela Organização das Nações Unidas (ONU), no intuito de reduzir a morbimortalidade materna e neonatal até o ano de 2015.

No tocante às regiões de maior produção de estudos sobre a temática, registraram-se a Nordeste e a Sudeste, com destaque para o fato de que a região Nordeste apresenta a maior média de óbitos neonatais no Brasil. Do ponto de vista geográfico, as taxas de óbitos neonatais mais expoentes são da região Nordeste (14,5%) e Norte (22,3%), e as menores detectam-se nas regiões Sul (6,2%), Sudeste (8,0%) e Centro-Oeste (8,4%) do Brasil (LANSKY *et al.*, 2014), o que comprova a desigualdade entre referidas localidades.

A prematuridade, por representar risco de morte ao neonato pelos diversos fatores envolvidos no processo, configura-se como um problema de saúde pública. Nesse sentido, os profissionais devem identificar os fatores de risco de forma precoce, para que o desfecho de cada caso possa ser satisfatório, e a morbidade materna e fetal reduzida. (ALMEIDA *et al.*, 2012). De mais a mais, o nascimento prematuro congrega muitos efeitos - imediatos e tardios - e pode acarretar sequelas neurológicas ao neonato.

Portanto, recebem ênfase as condutas obstétricas recomendadas no TPP (GOMEZ *et al.*, 2005), as quais compreendem a hospitalização da gestante e a inibição do processo parturitivo. Aconselha-se então a hidratação intravenosa, desde que a hipovolemia se associe ao aumento da atividade uterina. (HEARNE; NAGEY, 2000). Já os agentes tocolíticos podem prorrogar a gestação por dois a sete dias, o que possibilita a administração de esteroides para melhorar a maturidade pulmonar fetal. (RICCI, 2008). A principal finalidade da tocolise é ganhar o tempo necessário para a ação da corticoterapia e/ou o transporte materno-fetal com segurança. (BRASIL, 2012).

A antibioticoterapia na ruptura prematura de membranas deve ser utilizada nas situações em que o prolongamento da gestação apresente possibilidade de diminuir a morbidade e a mortalidade neonatal - relacionadas à prematuridade - devendo incluir agentes de amplo espectro e ser administrada primeiramente por via endovenosa, com continuidade por até sete dias, caso o parto não ocorra. (MERCER, 2012).

O tratamento com corticoterapia é aconselhado diante da ruptura prematura de membranas anterior a trinta e duas semanas de idade gestacional, a fim de diminuir o risco de desconforto respiratório agudo e de morbimortalidade perinatal. No entanto, a eficácia dessa intervenção na ruptura prematura de membranas entre trinta e duas e trinta e quatro semanas

de idade gestacional é controversa, podendo ser benéfica, principalmente em relação à imaturidade pulmonar fetal. (MERCER, 2012).

Como se referiu, as sequelas neurológicas são as mais temidas complicações da prematuridade. O tratamento com sulfato de magnésio possui ação neuroprotetora para o feto e diminui a incidência de lesões relacionadas à hipóxia, especialmente em gestações abaixo de vinte e oito semanas, haja vista que estabiliza a membrana dos vasos cerebrais e sua utilização para a inibição do parto prematuro associa-se às baixas taxas de paralisia cerebral em recém-nascidos. (ROUSE *et al.*, 2008).

Nesse cenário, o atendimento da mulher em TPP pretende prestar a assistência adequada para legitimar o nascimento saudável, diminuindo riscos maternos e incluindo ações de prevenção e de promoção da saúde, de diagnóstico e de tratamento adequado dos problemas que possam surgir nesse período. (SANTOS *et al.*, 2010). Para tanto, a assistência realizada no pré-natal possibilita identificar os fatores de risco e dar início ao tratamento de complicações que ocorrem durante a gestação. (KILSZTAJN *et al.*, 2003).

Por conseguinte, frente às dúvidas, às inseguranças e aos medos que rondam o TPP, o cuidado obstétrico e de enfermagem busca esclarecer, orientar e conduzir de forma humanizada e segura o processo de parto e de nascimento. Por sua vez, cabe ao profissional de enfermagem desenvolver competências e responsabilidades pertinentes ao cuidado da gestante e de sua família de modo integral e ético, minimizando fatores estressores e possíveis traumas dessa experiência. (KAVANAUGH *et al.*, 2009).

6 CONCLUSÃO

Esta revisão integrativa oportunizou reconhecer as produções científicas acerca do TPP, com ênfase nas condutas obstétricas e na importância da prevenção e do diagnóstico precoce para minimizar as consequências maternas e neonatais e reduzir a morbimortalidade dessa população.

Evidenciou-se que, dentro do período temporal estabelecido para o estudo, os anos de 2009 e 2015 sinalizaram as maiores produções científicas sobre a temática, as regiões Nordeste e Sudeste foram as maiores produtoras de pesquisas, com 36,3% dos registros, e a revista Brasileira Ginecologia Obstétrica teve a maior incidência de publicações.

A fragilidade dos recém-nascidos prematuros coopera para a possibilidade iminente de riscos, de agravos e de sequelas de diversos tipos, com diferentes consequências e interveniências no processo de desenvolvimento e de crescimento infantil. Logo, importa

prever e considerar riscos e prognósticos para que eventualmente se instaurem e se promovam medidas preventivas e intervenções para minimizar as consequências dos partos prematuros.

Em suma, presume-se que esta revisão integrativa possa sensibilizar a equipe multidisciplinar para as questões que tratam do cuidado integral, humanizado e seguro para a gestante em TPP e sua família, na perspectiva do nascimento saudável. A prematuridade e as intervenções do TPP abrangem um assunto extremamente relevante e que precisa ser estudado, debatido e trabalhado amplamente, em virtude de sua etiologia multifatorial. Por fim, novos estudos sobre a área em questão podem ser desenvolvidos com intensidade cada vez maior, a fim de melhorar a assistência e de viabilizar a redução dos índices de morbimortalidade materna e perinatal.

PREMATURE BIRTH OF WORK: INTEGRATIVE LITERATURE

Abstract: Premature birth is one of the major problems that affect public health and the major cause of morbidity and neonatal mortality. Objectives: To analyze the scientific publications that refer to the Working Premature Birth (TPP). Method: This is an integrative literature review. We opted for the query to databases Scientific Electronic Library Online (SciELO) and Latin American and Caribbean Science and Health (LILACS) in the period between 2005 and 2015, paying attention only to the national scientific production. We used a summary table as a tool for data collection and subsequent analysis, which included the following: product name, authors, place of origin of the scientific production, the study objectives, results and considerations / conclusions. Results: It was found that the periods of greatest scientific production on the theme were the years of 2009 and 2015, and the regions with the highest incidence of findings were the Northeast and Southeast of Brazil. The newspaper with the highest number of publications was the Journal of Obstetrics and Gynecology, with 54.5% of the records. Obstetric conduct in TPP proved to be of great importance, since they aim to strategies for the prevention of prematurity and its consequences. Conclusion: This study confirmed the need to provide for and to consider the risks and forecasts of TPP to be promoted preventive measures and implement necessary obstetrics in order to minimize the consequences of premature births and reducing maternal mortality and neonatal.

Keywords: Working Premature Birth. Premature. Premature birth. Diagnosis. Nursing care.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, A. C. et al. Fatores de risco maternos para prematuridade em uma maternidade pública de Imperatriz-MA. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v. 33, n. 2, p. 86-94, jun. 2012. Disponível em: <<http://www.seer.ufrgs.br/RevistaGauchadeEnfermagem/article/viewFile/21656/19497>>. Acesso em: 10 nov. 2015.

ALMEIDA, M. V. L. Prematuridade. In: CHAVES NETO, H.; MOREIRA DE SÁ, R. A. **Obstetrícia básica**. 2. ed. São Paulo: Atheneu; 2007.

AMORIM, M. M. R. et al. Nitroglicerina transdérmica versus nifedipina oral para inibição do trabalho de parto prematuro: ensaio clínico randomizado. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, Rio de Janeiro, v. 31, n. 11, p. 552-558, nov. 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbgo/v31n11/v31n11a05.pdf>>. Acesso em: 05 dez. 2015.

ANDRADE, S. W. **Intercorrências gestacionais**: trabalho de parto prematuro. Santa Maria: Centro Universitário Franciscano, 2012. Disponível em <<http://www.unifra.br/professores/14261/Trabalho%20de%20Parto%20Prematuro.pdf>>. Acesso em: 05 nov. 2015

ARAÚJO, D. M. R.; PEREIRA, N. L.; KAC, G. Ansiedade na gestação, prematuridade e baixo peso ao nascer: uma revisão sistemática de literatura. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 4, p. 747-756, 2007. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v23n4/01.pdf>>. Acesso em: 11 nov. 2015

ARRUDA, D. C.; MARCON, S. S. A família em expansão: experienciando intercorrências na gestação e no parto do bebê prematuro com muito baixo peso. **Texto & Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 16, n. 1, p. 120-128, jan./mar. 2007. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/tce/v16n1/a15v16n1.pdf>>. Acesso em: 12 nov. 2015.

ASUNDEP, N. N. et al. Antenatal care attendance, a surrogate for pregnancy outcome? The case of Kumasi, Ghana. **Maternal and Child Health Journal**, New York, v. 18, n. 5, p. 1085-1094, July 2014. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23948806>>. Acesso em: 10 nov. 2015.

BAQUIÃO, I. **Trabalho de parto prematuro**: fatores de risco e estratégia para sua predição e prevenção. 2011. 40 f. Trabalho de Conclusão de Curso de Especialização (Especialista em Atenção Básica em Saúde) -- Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG), Belo Horizonte, 2011. Disponível em: <<https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/2941.pdf>>. Acesso em: 01 nov. 2015.

BITTAR, R. E.; CARVALHO, M. H. B.; ZUGAIB, M. Condutas para o trabalho de parto prematuro. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 9, p. 561-566, set. 2005. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbgo/v27n9/27567.pdf>>. Acesso em: 02 nov. 2015.

BRAGA, A. F.; OKASAKI, E. L. F. J. Prevenção da prematuridade? Papel da enfermagem. **Revista de Enfermagem da UNISA**, São Paulo, n. 5, p. 52-56, 2004. Disponível em <<http://www.unisa.br/graduacao/biologicas/enfer/revista/arquivos/2004-11.pdf>>. Acesso em: 20 nov. 2015.

BRANDÃO, A. M. S. et al. Parto pré-termo com e sem rotura prematura de membranas: características maternas, obstétricas e neonatais. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, Rio de Janeiro, v. 37, n. 9, p. 428-433, 2015. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbgo/v37n9/0100-7203-rbgo-37-09-00428.pdf>>. Acesso em: 07 dez. 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Gestação de alto risco**: manual técnico. 3. ed. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2000. (Série A. Normas e Manuais Técnicos). Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/25gestacao_alto_risco.pdf>. Acesso em: 02 nov. 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Gestação de alto risco**: manual técnico. 5. ed. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2012. (Série A. Normas e Manuais Técnicos). Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_tecnico_gestacao_alto_risco.pdf>. Acesso em: 02 nov. 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas. Área Técnica da Saúde da Mulher. **Parto, aborto e puerpério**: assistência humanizada à mulher. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2003.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretária de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Área Técnica de Saúde da Mulher. **Pré-natal e puerpério**: atenção qualificada e humanizada: manual técnico. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2006. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/folder/departamento_acoes_programaticas_estrategicas_dapes.pdf>. Acesso em: 02 dez. 2015.

CABAR, F. R. et al. O atosibano como agente tocolítico: uma nova proposta de esquema terapêutico. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, Rio de Janeiro, v. 30, n. 2, p. 87-92, fev. 2008. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbgo/v30n2/07.pdf>>. Acesso em: 15 nov. 2015.

CARRARO, T. E. et al. Cuidado e conforto durante o trabalho de parto e parto: na busca pela opinião das mulheres. **Texto & Contexto Enfermagem**, Florianópolis, n. 15, p. 97-104, 2006. Especial. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/tce/v15nspe/v15nspea11>>. Acesso em: 10 nov. 2015.

CARVALHO, B. R. et al. Inibição do trabalho de parto pré-termo: vivência de mulheres. **Ciência, Cuidado e Saúde**, Maringá, v. 8, n. 4, p. 540-547, out./dez. 2009. Disponível em: <<http://periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/download/9668/5385>>. Acesso em: 06 dez. 2015.

CASCAES, A. M. 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. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 5, p. 1024-1032, maio 2008. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v24n5/09.pdf>>. Acesso em: 15 nov. 2015.

CHANG, H. et al. Preventing perterm births: analysis of trends and potential reductions with interventions in 39 countries with very high human development index. **Lancet**, London, v. 381, n. 9862, p. 223-234, Jan. 2013. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23158883>>. Acesso em: 20 nov. 2015.

DOMINGUES, R. M. S. et al. Avaliação da adequação da assistência pré-natal na rede SUS do Município do Rio de Janeiro, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 28, n. 3, p. 425-37, mar. 2012. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v28n3/03.pdf>>. Acesso em: 20 nov. 2015.

DUARTE, M. M. P.; FREIRE, E. E. G.; OLIVEIRA, J. F. B. Assistência de enfermagem à gestante em trabalho de parto prematuro. **Revista Interfaces: saúde, humanas e tecnologia**, Juazeiro do Norte, ano e, v. 3, n. 1, p. 1-8, 2015. Disponível em: <<http://interfaces.leao.sampaio.edu.br/index.php/revista-interfaces/article/download/259/154>>. Acesso em: 17 nov. 2015.

FREITAS, Fernando et al. **Rotinas ginecológicas**. 5. ed. Porto Alegre: Artmed, 2008.

FUCHS, K.; GYAMFI, C. The influence of obstetric practices on late prematurity. **Clinics in Perinatology**, Philadelphia, v. 35, n. 2, p. 343-60, June 2008. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18456073>>. Acesso em: 01 nov. 2015.

GOLDENBERG, R. L. et al. Epidemiology and causes of preterm birth. **Lancet**, London, v. 371, n. 9606, p. 75-84, Jan. 2008. Disponível em <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18177778>>. Acesso em: 01 dez. 2015.

GOMEZ, R. et al. Cervicovaginal fibronectin improves the prediction of preterm delivery based on sonographic cervical length in patients with preterm uterine contractions and intact membranes. **American Journal of Obstetrics and Gynecology**, New York, v. 192, n. 2, p. 350-359. Feb. 2005. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15695971>>. Acesso em: 06 nov. 2015.

GOUVEIA, H. G.; LOPES, M. H. B. Diagnósticos de enfermagem e problemas colaborativos mais comuns na gestação de risco. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 12, n. 2, mar./abr. 2004. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rlae/v12n2/v12n2a05.pdf>>. Acesso em: 05 nov. 2015.

HEARNE, A. E.; NAGEY, D. A. Therapeutic agents in preterm labor: tocolytic agents. **Clinical Obstetrics and Gynecology**, Hagerstown, v. 43, n. 4, p. 787-801, Dec. 2000. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11100296>>. Acesso em: 05 nov. 2015.

KAVANAUGH, K. et al. Supporting parents' decision making surrounding the anticipated birth of an extremely premature infant. **The Journal of Perinatal and Neonatal Nursing**, Hagerstown, v. 23, n. 2, p. 159-570, Apr./June 2009. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2879333/>>. Acesso em: 05 nov. 2015.

KILSZTAJN, S. et al. Assistência pré-natal, baixo peso e prematuridade no Estado de São Paulo, 2000. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 37, n. 3, p. 303-310, 2003. Disponível em: <www.scielo.br/pdf/rsp/v37n3/15857.pdf>. Acesso em: 10 dez. 2015.

LANSKY, S. et al. Pesquisa nascer no Brasil: perfil da mortalidade neonatal e avaliação da assistência à gestante e ao recém-nascido. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 30, p. s192-s207, 2014. Suplemento, 1. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v30s1/0102-311X-csp-30-s1-0192.pdf>>. Acesso em: 25 nov. 2015.

MARTINS, M. G. et al. Associação da gravidez na adolescência e prematuridade. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, Rio de Janeiro, v. 33, n. 11, p. 354-360, nov. 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbgo/v33n11/a06v33n11.pdf>>. Acesso em: 10 dez. 2015.

MELO, E. C.; OLIVEIRA, R. R.; MATHIAS, T. A. F. Fatores associados à qualidade do pré-natal: uma abordagem ao nascimento prematuro. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 49, n. 4, p. 540-549, 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v49n4/pt_0080-6234-reeusp-49-04-0540.pdf>. Acesso em: 27 nov. 2015.

MENDES, K. D. S; SILVEIRA, R. C. C. P.; GALVÃO, C. M. Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. **Texto Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 17, n. 4, p. 758-764, out./dez. 2008. Disponível em: <www.scielo.br/pdf/tce/v17n4/18.pdf>. Acesso em: 23 dez. 2015.

MERCER, B. Antibiotics in the management of PROM and preterm labor. **Obstetrics and Gynecology Clinics of North America**, Philadelphia, v. 39, n. 1, p. 65-76, Mar. 2012. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22370108>>. Acesso em: 15 dez. 2015.

MERCER, B. M. Is there a role for tocolytic therapy during conservative management of preterm premature rupture of the membranes. **Clinical Obstetrics and Gynecology**, Hagerstown, v. 50, n. 2, p. 487-496, June 2007. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17513934>>. Acesso em: 02 nov. 2015.

MONTENEGRO, C. A. B.; REZENDE FILHO, J. **Obstetrícia fundamental**. 11. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2008.

NOVAES, C. E. F. et al. Diagnóstico do parto pré-termo pela medida ultrassonográfica do comprimento do colo uterino. **Radiologia Brasileira**, São Paulo, v. 42, n. 5, p. 295-298, set./out. 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rb/v42n5/a07v42n5.pdf>>. Acesso em: 05 dez. 2015.

OLIVEIRA, Tenilson Amaral et al. Polimorfismo do receptor de progesterona como fator de risco para o parto prematuro. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, Rio de Janeiro, v. 33, n. 6, p. 271-275, jun. 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbgo/v33n6/a02v33n6.pdf>>. Acesso em: 19 nov. 2015.

PERAÇOLI, J. C.; PARPINELLI, M. A. Síndromes hipertensivas da gestação: identificação de casos graves. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 10, p. 627-634, ago. 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0100-72032005001000010&script=sci_abstract&tlng=pt>. Acesso em: 16 dez. 2015.

PORTO, A. M. F. et al. Características maternas em gestações com risco de prematuridade tardia. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, Recife, v. 13, n. 2, p. 161-166, abr./jun. 2013. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbsmi/v13n2/a09v13n2.pdf>>. Acesso em: 10 nov. 2015.

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./jun. 2009. Disponível em: <www.scielo.br/pdf/ean/v13n2/v13n2a09.pdf>. Acesso em: 18 nov. 2015.

RICCI, S. S. **Enfermagem materno-neonatal e saúde da mulher**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2008.

RIOS, L. T. M. et al. Ultra-sonografia transvaginal do colo para a predição do parto pré-termo em pacientes sintomáticas com bolsa íntegra. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, Rio de Janeiro, v. 28, n. 11, p. 664-670, 2006. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbgo/v28n11/a06v2811.pdf>>. Acesso em: 22 nov. 2015.

ROBERTS, D.; DALZIEL. S. Antenatal corticosteroids for accelerating fetal lung maturation for women at risk of preterm birth. **The Cochrane Database of Systematic Reviews**, Oxford, n. 3, July 2006. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16856047>>. Acesso em: 18 nov. 2015.

ROLNIK, D. L. et al. Predição do parto prematuro: avaliação sequencial do colo uterino e do teste para proteína-1 fosforilada ligada ao fator de crescimento insulina-símile. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, Rio de Janeiro, v. 35, n. 9, p. 394-400, 2013. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbgo/v35n9/v35n9a03.pdf>>. Acesso em: 03 dez. 2015.

ROUSE, D. J. et al. A randomized, controlled trial of magnesium sulfate for the prevention of cerebral palsy. **The New England Journal of Medicine**, Waltham, v. 359, n. 9, p. 895-905, Aug. 2008. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2803083/>>. Acesso em: 18 nov. 2015.

SANTOS, A. G. L. et al. **Enfermagem em ginecologia e obstetrícia**. Rio de Janeiro: Medbook, 2010.

SOUZA, M. T.; SILVA, M. D.; CARVALHO, R. Revisão integrativa: o que e é como fazer. **Einstein**, São Paulo, v. 8, pt. 1, p.102-106, 2010. Disponível em: <www.scielo.br/pdf/eins/v8n1/pt_1679-4508-eins-8-1-0102.pdf>. Acesso em: 15 dez. 2015.