

UNIVERSIDADE FEDERAL DE ALAGOAS – UFAL
CURSO DE GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

ISABELA SOARES GOMES ALVES

**TRABALHO DE PARTO PREMATURO: FATORES DE RISCO MATERNOS E
CONDIÇÕES CLÍNICAS ASSOCIADAS.**

MACEIÓ/AL

2019

ISABELA SOARES GOMES ALVES

**TRABALHO DE PARTO PREMATURO: FATORES DE RISCO MATERNOS E
CONDIÇÕES CLÍNICAS ASSOCIADAS.**

Trabalho de conclusão de curso apresentado ao Curso de graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Alagoas, como requisito para obtenção do grau de Bacharel em Enfermagem.

Orientadora: Prof.^a MSc. Maria Elisângela Torres de Lima Sanches;

Co-orientadora: Enf. Esp. Maraysa Jéssyca de Oliveira Vieira.

MACEIÓ/AL

2019

Catálogo na fonte
Universidade Federal de Alagoas
Biblioteca Central

Bibliotecário: Marcelino de Carvalho

A474t Alves, Isabela Soares Gomes.

Trabalho de parto prematuro : fatores de risco maternos e condições clínicas associadas / Isabela Soares Gomes Alves. – 2019.
57 f.

Orientadora: Maria Elisângela Torres de Lima Sanches.

Co-orientadora: Maraysa Jéssyca de Oliveira Vieira.

Monografia (Trabalho de Conclusão de Curso em Enfermagem) – Universidade Federal de Alagoas. Escola de Enfermagem e Farmácia.
Maceió, 2019.

Bibliografia: f. 43-46.

Apêndices: f. 47-52.

Anexos: f. 53-57.

1. Trabalho de parto prematuro. 2. Enfermagem. 3. Enfermagem obstétrica. 4. Gestantes. 5. Cuidado pré-natal. I. Título.

CDU: 616-083:618.39

FOLHA DE APROVAÇÃO

ISABELA SOARES GOMES ALVES

**TRABALHO DE PARTO PREMATURO: FATORES DE RISCO MATERNOS E
CONDIÇÕES CLÍNICAS ASSOCIADAS.**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à Escola de
Enfermagem e Farmácia, da Universidade Federal de
Alagoas, como requisito parcial para obtenção do grau de
Bacharel em Enfermagem.

Maria Elisângela Torres de Lima Sanches

Prof.^a Msc. Maria Elisângela Torres de Lima Sanches

Orientadora

Banca Examinadora:

Jovânia Marques de Oliveira e Silva

Prof.^a Dr.^a Jovânia Marques de Oliveira e Silva

Amuzza Aylla Pereira dos Santos

Prof.^a Dr.^a Amuzza Aylla Pereira dos Santos

Maraysa Jéssyca de Oliveira Vieira

Enf.^a Obstetra Maraysa Jéssyca de Oliveira Vieira

Aprovado em: 13 de Março de 2019

Dedico este trabalho a Deus que me deu forças para seguir firme até aqui e me deu condições de correr atrás daquilo que acredito, aos meus pais que me apoiaram do início ao fim, mesmo diante das circunstâncias, ao meu esposo e ao meu filho amado, sua alegria me dão forças para continuar.

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente a Deus por ser uma presença real em minha vida, por ter me concedido a graça de iniciar este curso e ter me guiado até a sua conclusão.

Também destino minha gratidão aos meus pais Edeilda e José Maria, pelo amor e dedicação, obrigada por me apoiarem sempre, obrigada pelo aprendizado e por todas as vezes que caminharam junto comigo em busca dos meus sonhos.

Agradeço aos meus irmãos João Felipe e João Vitor, por estarem sempre me alegrando, me incentivando e tornando os meus dias mais leves.

Agradeço a meu querido esposo Hiago, obrigada pelo amor, amizade e cumplicidade.

E agradeço ao meu filho amado, Benjamim, por ser a luz que ilumina os meus passos e a minha motivação para procurar sempre o melhor de mim.

Agradeço as minhas amigas da graduação Ancila, Bárbara, Diana e Diolyne. Obrigada por toda ajuda, conselho e apoio que foi me dado durante o curso, sem vocês não teria sido tão divertido como foi.

Agradeço ainda aos professores que me ajudaram direta ou indiretamente na minha formação acadêmica, em especial a minha orientadora Maria Elisângela Torres de Lima Sanches e as professoras que fizeram parte da banca examinadora Amuzza Aylla Pereira dos Santos e Jovânia Marques de Oliveira e Silva.

E agradeço a minha co-orientadora Maraysa Jéssyca de Oliveira Vieira pelas contribuições no Trabalho de Conclusão de Curso.

“Até aqui nos ajudou o Senhor!”

I Samuel 7.12

RESUMO

O Trabalho de Parto Prematuro (TPP) é uma importante intercorrência obstétrica que acomete de 5 a 10% das gestações e, apesar de novos tratamentos e estratégias de prevenção, sua incidência não tem diminuído nos últimos anos. Este estudo objetivou relacionar os fatores de riscos e os agravos/intercorrências que desencadeiam o trabalho de parto prematuro. Trata-se de estudo descritivo de abordagem quantitativa, realizado através de análise documental (prontuário e cartão de gestante) e entrevista guiada por questionário semiestruturado. A população estudada compreendeu as gestantes com diagnóstico de TPP internadas na maternidade do Hospital Universitário Professor Alberto Antunes no período de Junho a Setembro de 2018. No total, foram entrevistadas 40 mulheres nesse período. A pesquisa identificou que das 40 (100%), 21 (52,5%) tinham de 20 a 34 anos. Quando questionadas sobre a paridade, 24 (60%) eram multigestas. A prematuridade anterior é um fator de risco muito relevante, 16 (40%) tinham histórico obstétrico de prematuridade. Em relação à idade gestacional, 10 (25%) mulheres estavam entre 22 a 27 semanas de gestação. Dos casos que apresentaram alguma condição clínica associada ao diagnóstico de TPP, a ITU foi a intercorrência mais incidente, correspondendo a 27 (65%) dos casos. Através desse estudo, foi possível constatar os fatores de risco mais incidentes, que são: paridade, prematuridade prévia em multigestas e idade materna, sendo esta com a segunda maior incidência em gestantes com idade inferior a 19 anos. Associado a esses fatores, a intercorrência destacada foi a Infecção do Trato Urinário. A evidência do papel do enfermeiro na consulta de enfermagem no pré-natal foi o destaque dessa importância, pois são eles que aborda e orienta sobre questões de cuidados, a realização de exames, dentre outros procedimentos necessários pra um bom pré-natal.

Descritores: Trabalho de parto prematuro, enfermagem, enfermagem obstétrica, gestante, pre-natal.

ABSTRACT

Preterm labor is an important obstetric complication that affects 5 to 10% of pregnancies and, despite new treatments and prevention strategies, its incidence has not diminished in recent years. Brazil occupies one of the highest rates of prematurity in the world, being among the 10 countries with the highest number of registered cases. This study aimed to relate the risk factors and the complications / complications that trigger premature labor. This is a descriptive study of a quantitative approach, performed through documentary analysis (card and pregnant card) and guided interview by semi-structured questionnaire. The study population comprised pregnant women diagnosed with preterm labor hospitalized at the maternity hospital of Professor Alberto Antunes University Hospital from June to September 2018. A total of 40 women were interviewed during this period. The research identified that of the 40 (100%), 21 (52.5%) were between 20 and 34 years old. When questioned about parity, 24 (60%) were multigested. Previous prematurity is a very relevant risk factor, 16 (40%) had obstetric history of prematurity. Regarding gestational age, 10 (25%) women were between 22 and 27 weeks of gestation, a significant injury due to the low survival rate of the neonates. Of the cases that presented some clinical condition associated with the diagnosis of PPT, UTI was the most incident intercurrent, corresponding to 27 (65%) of the cases. Through this study, it was possible to verify the most incident risk factors, which are: maternal age, previous prematurity, smoking. Associated with these factors, the outstanding intercurrent was Urinary Tract Infection, which occurred in a large part of the pregnant women. The evidence of the role of the nurse in the prenatal nursing consultation was the highlight of this importance, since it is they who attend the antenatal care during the prenatal care, and guide the issues of care with the newborn, the performance of examinations, among other procedures necessary for a good prenatal care.

Keywords: Preterm labor, nursing, obstetric nursing, pregnant, pre-natal.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Gráfico 1 - Natureza do diagnóstico de Trabalho de Parto Prematuro em gestantes internadas no setor de pré-parto na maternidade do HUPAA com diagnóstico de TPP, no período de junho a setembro de 2018.....	27
Gráfico 2 - Quantidade de consultas pré-natais realizadas pelas entrevistadas.....	29
Gráfico 3 - Distribuição realização das consultas de pré-natal por categoria profissional.....	29
Gráfico 4 - Número de gestantes com diagnóstico de TPP que realizaram EAS e/ou UROCULTURA durante o acompanhamento do pré-natal e internamento no setor de pré-parto na maternidade do HUPAA.....	30

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Caracterização das gestantes internadas no setor de pré-parto da maternidade do HUPAA com diagnóstico de TPP, no período de Junho a Setembro de 2018.....	26
Tabela 2 – Agravos/Intercorrências associadas ao TPP observados entre as gestantes entrevistadas.....	28
Tabela 3 - Dados sobre o conhecimento das gestantes a respeito da importância dos exames de urina, a forma correta da coleta e sobre os resultados.....	31

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

BA – Bacteriúria Assintomática

CEP - Comitê de Ética em Pesquisa

DM – Diabete mellito

HUPAA – Hospital Universitário Prof. Alberto Antunes

IIC – Incompetência – Istimo Cervical

ITU – Infecção do Trato Urinário

MS - Ministério da saúde

RPMO – Ruptura Prematura de Membranas Ovulares

STV – Sangramento Trans Vaginal

SUS - Sistema Único de saúde

TCLE - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

TPP – Trabalho de Parto Prematuro

UFAL - Universidade Federal de Alagoas

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO.....	13
2. REVISÃO DE LITERATURA	15
3. OBJETIVOS	23
4. MATERIAIS E MÉTODOS.....	24
4.1. Tipo de estudo	24
4.2. Local do estudo	24
4.3. Participantes dos estudo.....	24
4.4. Critérios de inclusão e exclusão.....	24
4.5. Amostra.....	25
4.6. Coleta de dados.....	25
4.7. Tratamento dos dados	26
4.8. Variáveis.....	26
4.9. Aspectos éticos	27
5. RESULTADOS.....	28
6. DISCUSSÃO	34
7. CONCLUSÃO	43
REFERÊNCIAS.....	44
APÊNDICE A – Formulário para coleta de dados.....	47
APÊNDICE B – T.C.L.E	49
APENDICE C – Declaração de cumprimento das normas da resolução 466/12.....	52
ANEXO A – Autorização institucional para realização da pesquisa.....	53
ANEXO B – Parecer consubstanciado do Comitê de Ética em Pesquisa.....	54

1. INTRODUÇÃO

Toda mulher que está em período gestacional necessita e tem direito a uma assistência pré-natal de qualidade, importante tanto para a saúde materna quanto para a saúde do feto. Essa assistência de qualidade e diferenciada, de acordo com o risco gestacional, promove uma melhoria na saúde de ambos e mostra-se como uma prevenção para possíveis agravos. Um deste, que tem grande relevância para que a gestação saudável não se torne de alto risco, é o Trabalho de Parto Prematuro (TPP), que pode desencadear inúmeras complicações (PEREIRA, 2018).

O TPP é uma das principais complicações gestacionais e importante causa de morbimortalidade neonatal, caracterizando-se pela deflagração do trabalho de parto espontâneo entre 22 e 36 semanas e 6 dias de gestação evidenciadas pela presença de contrações uterinas eficazes e persistentes, esvaecimento cervical igual ou superior a 80% e dilatação cervical igual ou superior a um centímetro. Contudo, seu diagnóstico muitas vezes é complexo devido à grande quantidade de fatores relacionados ao mesmo (THOMAZINI, 2016).

Acometendo cerca de 10% das gestações e sendo responsável por 75% dos nascimentos antes da 37ª semana de gestação. Sua incidência tem se mantido nas últimas décadas, apesar das intervenções obstétricas. O TPP é classificado segundo sua evolução clínica, em eletivo e espontâneo. O primeiro ocorre, em sua maioria, por complicações maternas; e o segundo tende a ser multifatorial, além de incluir causas desconhecidas (PEREIRA, 2018).

Baseado nisso a prematuridade pode se categorizar a partir do número de semanas de gravidez do feto: a) prematuridade geral: menos de 37 semanas, b) trabalho de parto prematuro tardio: a partir da semana 34 com 0/7 dias por semana 36 com 6/7 dias, c) trabalho de parto muito prematuro: aqueles nascidos antes de 32 semanas, d) trabalho de parto prematuro extremo: com menos de 28 semanas (RÍOS-FLÓREZ, 2017).

Desencadeada por causas diversas, tendo como fatores de risco: história pregressa de parto prematuro espontâneo, gestação múltiplas, sangramento vaginal no segundo trimestre e infecções (do trato urinário, vaginais ou neonatais). Portanto, a paciente deve ser encaminhada para centro de referência. É importante lembrar, para o profissional que faz o acompanhamento pré-natal, que a história de parto

premature anterior é o fator de risco que, isoladamente, tem a maior capacidade de ajudar a se prever a prematuridade na atual gestação (VETTORE, 2013).

Adequadas intervenções no pré-natal colaboram para redução das complicações causadas pelo TPP. A assistência pré-natal tem importância fundamental no rastreamento e diagnóstico das pacientes que podem desenvolver o trabalho de parto prematuro para que haja possibilidade de se tomar medidas que tentem impedi-lo ou que ao menos garantam sobrevivência do conceito com a menor morbidade possível. Inicialmente, a anamnese realizada na primeira consulta deverá identificar os fatores de risco e agrupar as pacientes em duas categorias: as pacientes com alto risco e as de baixo risco (PEREIRA, 2018).

Tendo em vista o exposto, este estudo tem como objeto a identificação de condições clínicas e fatores de risco maternos frequentemente associados ao trabalho de parto prematuro. Dito isto, se tem por questão norteadora: Quais as condições clínicas e os fatores de risco maternos frequentemente associados ao trabalho de parto prematuro?

A importância desse estudo é identificar os fatores de risco maternos e as condições clínicas associadas ao trabalho de parto prematuro de modo a proporcionar elementos que direcionem as ações por parte dos serviços de saúde. Mostra-se relevante, pois o trabalho de parto prematuro tem relação direta com a morbidade materna e complicações fetais associados à prematuridade.

2. REVISÃO DE LITERATURA

A gestação é um fenômeno fisiológico e, por isso mesmo, sua evolução se dá na maior parte dos casos sem intercorrências. Apesar desse fato, há uma parcela pequena de gestantes que, por ser portadora de alguma doença, sofrerem algum agravo ou desenvolverem problemas, apresentam maiores probabilidades de evolução desfavorável, tanto para o feto como para a mãe (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2010).

É compromisso do Ministério da Saúde promover a maternidade segura, além de garantir o pré-natal e humanizar o atendimento, de todas as gestantes que apresentam risco habitual ou alto risco. O objetivo do acompanhamento pré-natal é assegurar o desenvolvimento da gestação, permitindo o parto de um recém-nascido saudável, sem impacto para a saúde materna, inclusive abordando aspectos psicossociais e as atividades educativas e preventivas (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2012).

O acompanhamento pré-natal periódico é necessário para que a gravidez evolua com segurança. Assim, na atenção básica à mulher no ciclo gravídico e puerperal compreende medidas de prevenção e promoção da saúde, além de detectar fatores de risco e tratar precocemente intercorrências que propiciem evolução desfavorável para a mãe e ou para o feto.

O Trabalho de Parto Prematuro (TPP) é uma importante intercorrência obstétrica que acomete de 5 a 10% das gestações e, apesar de novos tratamentos e estratégias de prevenção, sua incidência não tem diminuído nos últimos anos (SOUZA, 2017). O Brasil ocupa um dos mais altos índices de prematuridade no mundo, estando entre os 10 países com maior número de casos registrados. Cerca de 280 mil partos prematuros são realizados ao ano em solo brasileiro. Esse número é mais relevante ainda quando sabe-se que mais de 70 % dos bebês que nascem antes do período morrem nos primeiros 28 dias de vida (PEREIRA, 2018).

Embora não se consiga identificar uma causa do TPP, podemos observar, na anamnese, exame tocoginecológico ou durante a gravidez fatores de risco, que, quando presentes, determinam maior possibilidade de ocorrência de prematuridade espontânea. São eles:

- Fatores epidemiológicos e sociais (Baixo nível socioeconômico; estresse; desnutrição; tabagismo, drogas, alcoolismo; falta de higiene; promiscuidade e baixa idade materna);
- Fatores ocupacionais (trabalhos estafantes, com muitas horas de trabalho sem repouso);
- Fatores ginecológicos (Amputação do colo uterino; malformações uterinas; miomas);
- Fatores obstétricos (Prematuridade prévia; perdas de segundo trimestre; primiparidade jovem e idosa; intervalo interpartal curto - menos de 2 anos entre um e outro parto; multiparidade);
- Fatores intercorrentes na gravidez (Rotura prematura de membranas; infecções sistêmicas e locais; episódios de sangramento na gravidez; placenta de inserção baixa; insuficiência istmocervical; malformações fetais e anexiais; gravidez múltipla; polidrâmnio; gravidez concomitante à presença de dispositivo intrauterino; doenças maternas (FEBRASGO, 2011).

O TPP apresenta fisiologia heterogênea e pode ter etiologias diferentes. A avaliação do início do TPP é difícil, pois essa patologia tem etiologia multifatorial, sendo o diagnóstico realizado com base na dilatação cervical progressiva e, nesses casos, é muito tarde para tentar iniciar o tratamento preventivo. Esse diagnóstico não é preciso na maioria das vezes, sendo que apenas um terço irá evoluir para parto em 24 a 48 horas e quase 50% das pacientes com contrações uterinas, antes de 37 semanas, acabam tendo um parto a termo (BEZERRA, 2006).

Em países em desenvolvimento, como o Brasil, predominam, ainda, os partos prematuros e de crianças com baixo peso ao nascer, desencadeados por más condições sociais e econômicas, infecções e um deficiente atendimento pré-natal. Além do baixo peso de nascimento e da prematuridade, são fatores importantes de óbito, nesses países, as causas preveníveis e relacionadas com a qualidade de atenção perinatal (SANTOS, 2016).

Em relação às condições sociais, o Instituto Brasileiro de Biologia e Estatística (IBGE), identificou as causas que levaram aos óbitos infantis, e observou-se que, dentre os 38.966 óbitos infantis (menores de um ano de idade) ocorridos em 2013,

20.712 decorreram de complicações secundárias à prematuridade (53%) e, desses, 23% ocorreram em casos de gestação na adolescência (IBGE, 2013).

De acordo com Patriota et al., (2014), a ruptura prematura das membranas (RPM) amnióticas é definida como a perda de líquido amniótico (LA) antes do início do trabalho de parto (TP), independentemente da idade gestacional (IG). Quando ocorre antes da 37ª semana de gestação, é denominada ruptura prematura das membranas pré-termo (RPMPT).

Santana (2016) trás que a RPMO tem como marcador bioquímico a fibronectina fetal é o que tem mostrado os melhores resultados em predizer o parto prematuro. A fibronectina é uma glicoproteína produzida pelo trofoblasto e está presente no conteúdo vaginal na primeira metade da gestação e após a 35ª semana. Entre 22 e 35 semanas, só estará presente no conteúdo vaginal caso haja ruptura das membranas, trauma, infecção ou isquemia na interface materno-fetal.

Santos (2016) trás que a gemelaridade corresponde a 2 a 3% de todos os nascimentos, mas está presente em 17% dos nascimentos antes da 37ª semana e em 23% dos nascimentos antes da 32ª semana. A maior disponibilidade de técnicas de reprodução assistida tem sido responsável pela maior incidência de gestações múltiplas e, conseqüentemente, maior risco de nascimentos prematuros.

O sangramento decidual persistente manifestado pelo sangramento vaginal do segundo trimestre é fator de risco para rotura prematura de membranas ovulares e parto prematuro (risco relativo de 3). A placenta prévia ou precedente, de acordo com a FEBRASGO (2011), é aquela que está implantada no segmento inferior do útero, dificultando, em maior ou menor grau, a passagem do feto pelo canal de parto. A placenta prévia está implantada em um lugar anômalo, isto é, na parte inferior do corpo uterino, de modo que uma parte dela esteja recobrando parcial ou totalmente o orifício cervical interno, ou até esteja próxima a ele.

Considerando as gestantes portadoras de comorbidades como: diabetes *mellitus* (DM), hipertensão arterial sistêmica, cardiopatias, pneumopatias, entre outras, o risco de parto prematuro pode aumentar, tendo em vista maior chance de intercorrências, uso de medicações e possíveis efeitos colaterais. A amostra obtida nesse trabalho não mostrou diferenças entre os grupos (AMARAL, et al., 2012).

Na literatura internacional, as pacientes com DM gestacional ou pré-existente geralmente estão expostas a um risco mais elevado de parto prematuro. Uma possível explicação é que as pacientes com DM que não atingiram o nível de controle glicêmico desejado refletem um subgrupo de pacientes com menor aderência e maior risco de parto prematuro (GRANDI, 2015).

As Síndromes Hipertensivas representam uma das alterações que ocorrem com maior frequência na gravidez, a intercorrência que acomete mais mulher no período gestacional, sua incidência varia de 2 a 8% das gestações nos países desenvolvidos, e no Brasil, podendo chegar a 10% ou mais. Esta síndrome é considerada a primeira causa de mortalidade materna no Brasil e a terceira causa no mundo, repercutindo ainda em uma alta taxa de morbimortalidade perinatal (PEREIRA, 2018).

Gomes et al. (2012) descrevem que a insuficiência istmo-cervical (IIC) caracteriza-se por fraqueza congênita ou adquirida na junção do orifício interno cervical e o do segmento inferior. Associa-se a esvaecimento e à cérvico-dilatação indolor durante o segundo trimestre, culminando com protrusão ou rotura das membranas fetais, e parto pré-termo, abortamento ou perda fetal, muitas vezes preveníveis.

Pode ser primária ou secundária, respectivamente associada a: distúrbio congênito relacionado a anormalidades uterinas, além de exposição ao dietilestilbestrol durante a vida intrauterina materna; ou decorrer de sequela de trauma na região istmo-cervical, principalmente causado por dilatações intempestivas do colo, aplicação de fórceps alto em colos não completamente dilatados e por cirurgias do tipo amputação de colo (GOMES, 2012).

Existem evidências de que o parto prematuro é mais frequente entre gestantes com alterações da microflora vaginal. Vulvovaginite é o processo infeccioso e/ou inflamatório do trato geniturinário inferior feminino, conhecida como importante manifestação de distúrbios potencialmente graves para a saúde genital e sistêmica das mulheres. As vulvovaginites infecciosas são causadas, principalmente, por bactérias, fungos leveduriformes e protozoários, sendo a candidíase vulvovaginal, a vaginose bacteriana e a tricomoníase as mais prevalentes (NUNES, 2018).

A infecção materna, qualquer que seja sua origem ou localização, contribui decisivamente para o parto pré-termo, principalmente aquelas que se instalam nos órgãos genitais, mais da metade dos partos pré-termo pode estar associado à infecção, a bacteriúria assintomática está associada com um risco aumentado de parto pré-termo. (REZENDE, 2005).

Normalmente a urina é estéril, ou seja, totalmente livre de germes, logo a presença de bactérias na urina poderá levar a infecção urinária. (JACOCIUNAS e PICOLI, 2007). Os microrganismos mais frequentes são aqueles da flora perineal normal, existem fortes evidências que a *Escherichia coli* tem fatores que aumentam a sua virulência, esses fatores são chamados de adesinas e fímbrias P e aumentam a aderência bacteriana aos receptores de glicoproteínas nas células do epitélio do trato urinário (GUBERT, 2015).

Segundo Gubert (2015), as anormalidades do trato urinário são fatores predisponentes de ITU, mulheres com antecedentes de infecções urinárias prévias são mais frequentemente acometidas por ITU durante a gestação. Os fatores socioeconômicos e gestantes com diabetes *mellito* têm maior incidência de ITU, já as mulheres que frequentam os serviços de saúde gratuitos apresentam risco três vezes maior de ter ITU quando comparadas às que são atendidas em clínicas particulares.

A ITU na gravidez ocorre devido à dilatação pélvica e hidroureter, aumento do tamanho renal, aumento da produção de urina, mudança na posição da bexiga que de pélvica passa a abdominal, redução do tônus vesical e relaxamento da musculatura lisa da bexiga e do ureter causado pela impregnação de progesterona, glicosúria e aminoacidúria (VETTORE, 2013).

A estase urinária parece estimular esses fatores o que durante a gestação facilita a ITU, principalmente do trato urinário superior, as bactérias com adesinas tem maior capacidade de colonizar o entróito vaginal e ascender para o trato urinário (CARVALHO, 2018). Já está bem estabelecido pela literatura que o tratamento de gestantes com bacteriúria assintomática reduz a incidência de parto prematuro. Portanto, o exame de cultura da urina deve ser realizado no primeiro trimestre para as gestantes (DÓRIA, 2011).

Cerca de 50% das gestantes com bacteriúria não manifestam os sintomas, a ITU não complicada (cistite), apresenta-se pela disúria (sensação de queimação ao urinar), polaciúria (ato de urina mais frequente com espaçamento menor que 3 horas), nictúria (despertar do sono durante a noite para urinar), incontinência e dor em região suprapúbica ou pélvica, dor lombar, podendo ainda ocorrer hematúria (presença de sangue na urina). (CARVALHO, 2018.)

Adequadas intervenções no pré-natal colaboram para redução das complicações causadas pela ITU na gravidez. A realização de exames de urina de rotina durante o pré-natal, em gestantes assintomáticas, para identificação e tratamento das gestantes com bacteriúria assintomática, traz benefícios às gestantes e aos recém-nascidos (VETTORE, 2013).

O exame mais utilizado para o diagnóstico de bacteriúria e infecção urinária é o exame simples de urina, também conhecido como sumário de urina e urinálise. Este analisa a urina quanto à cor, densidade, aspecto, presença de leucócitos, bactérias, sangue, glicose, urobilinogênio, bilirrubina, nitrito e sedimentos urinários. Para a confirmação de infecção urinária exige-se a cultura de urina, na qual o patógeno em crescimento é isolado e quantificado (FERNANDES, 2015).

Essas infecções podem ser agrupadas em quatro entidades clínicas diferentes, de acordo com a localização anatômica do agravo, mantendo, todavia, relações entre elas: bacteriúria assintomática, uretrite, cistite e pielonefrite. Por sua vez, a ITU é considerada complicada quando ocorre em indivíduos com anormalidades funcionais ou estruturais do trato gênito-urinário (DUARTE, 2008).

A bacteriúria assintomática é definida como a condição clínica assintomática que apresenta urocultura positiva, com mais de 100 mil colônias por ml. O rastreamento da bacteriúria assintomática deve ser feito obrigatoriamente pela urocultura, já que, em grande parte das vezes, o sedimento urinário é normal. Este exame deve ser oferecido de rotina durante o pré-natal no primeiro e no terceiro trimestres da gravidez. O tratamento deve ser guiado, sempre que possível, pelo teste de sensibilidade do agente observado no antibiograma (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2012).

Em 1962, Kass trouxe para a assistência pré-natal a preocupação com a BA, destacando que esta forma de infecção era um dos mais importantes fatores predisponentes de pielonefrite em gestantes. A partir deste paradigma, observou-se um grande avanço no reconhecimento da importância em diagnosticar precocemente esta forma de infecção no início da gravidez, evitando as complicações da pielonefrite (DE PAULA, 2015).

O acometimento uretral traduzido clinicamente por disúria e polaciúria caracteriza o quadro de uretrite. Aproximadamente 50% das mulheres acometidas por esta complicação apresentam bacteriúria não significativa são negativos. Deve ser lembrado que, do ponto de vista prático, apenas 20% das pacientes sintomáticas apresentam urocultivo com mais de 10⁵ colônias/mL de urina. Outro detalhe importante é que os principais agentes etiológicos envolvidos na gênese da uretrite são os germes habitualmente encontrados na cavidade vaginal e que provocam as infecções genitais (FERNANDES, 2015).

Cistite aguda se diferencia da bacteriúria assintomática pela presença de sintomas como disúria, polaciúria, urgência miccional, nictúria, estrangúria, dor retropúbica, suprapúbica ou abdominal. Normalmente, é afebril e sem evidência de sintomas sistêmicos. A análise do sedimento urinário pode evidenciar leucocitúria (acima de 10 leucócitos por campo) e hematúria. A urocultura apresenta mais de 100 mil colônias por ml (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2013).

Pielonefrite aguda durante a gravidez é uma doença grave que pode cursar com sepse e trabalho de parto prematuro. Caracteriza-se pelo comprometimento do ureter, da pelve e do parênquima renal. As vias de infecção são ascendentes, hematogênica ou linfática. Ocorre em 2% das grávidas e até 23% destas mulheres têm recorrência na mesma gravidez. O diagnóstico é feito por bacteriúria acompanhada de sintomas sistêmicos como febre, taquicardia, calafrios, náuseas, vômitos e dor lombar, com sinal de Giordano positivo. De forma geral, é precedido por sintomas de infecção do trato urinário inferior. É importante iniciar o tratamento precoce (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2013).

Observa-se que, em alguns casos, o diagnóstico da intercorrência clínica e/ou obstétrica no pré-natal é tardio, podendo culminar em condições materno-fetais desfavoráveis. As intercorrências poderiam ser evitáveis durante o pré-natal com

medidas como serviços de educação e esclarecimento e locais de referência bem equipados, de fácil acesso a essas mulheres, bem como acompanhamento adequado que favoreça o diagnóstico e tratamento precoce (CALEGARI, 2016).

A educação em saúde é uma importante ferramenta para o cuidado clínico de enfermagem à mulher no ciclo gravídico-puerperal. A enfermagem apresenta na ação educativa um de seus principais eixos norteadores nos vários espaços de realização de sua prática, especialmente nos serviços de atenção primária à saúde (APS). O profissional enfermeiro é habilitado e capacitado para cuidar do usuário e da sua família, levando em consideração as necessidades curativas, preventivas e educativas de cuidados em saúde (GUERREIRO, 2014).

Associar o cuidado com as ações educativas visa compartilhar práticas e saberes em uma relação horizontalizada, em que o enfermeiro exerça seu papel de cuidador e educador, agregando ao seu saber-fazer o saber-fazer popular. Nesta perspectiva, o cuidado de enfermagem no campo obstétrico abre espaço para a construção de saberes a partir das práticas educativas (MELO, 2016).

Minimizar as vulnerabilidades por meio da organização da rede assistencial, utilização das normatizações e recomendações do Ministério da Saúde e das evidências científicas atuais pode contribuir para o controle de fatores de risco e desvantagens maternas que predizem o pré-natal inadequado. Parte dos nascimentos prematuros poderia ser prevenido com pré-natal de qualidade e observação rigorosa dos critérios preconizados pelo Ministério da Saúde e programas nacionais e estaduais (FAGUNDES, 2017).

Vale ressaltar o papel do enfermeiro no referido contexto, como profissional capaz de intervir nesse processo e promover um cuidado mais adequado e direcionado ao cenário em que a mulher vivencia essa gestação. O enfermeiro deve consolidar-se como um elo integrador de práticas que fortaleçam e potencializem as ações e cuidados no atendimento pré-natal, exercendo o papel de escutar as demandas da gestante e transformá-las em um cuidado culturalmente centrado e que priorize a educação em saúde e a autonomia dos envolvidos (PORCIÚNCULA, 2017).

3. OBJETIVOS

- Identificar as condições clínicas frequentemente associados ao trabalho de parto prematuro;
- Descrever os fatores de risco maternos que podem desencadear o trabalho de parto prematuro.

4. MATERIAIS E MÉTODOS

4.1 Tipo de estudo

Trata-se de estudo descritivo de abordagem quantitativa, realizado através de análise documental (prontuário e cartão de gestante) e entrevista guiada por questionário semiestruturado (APÊNDICE A). As pesquisas descritivas têm como objetivo principal a descrição das características de determinada população ou fenômeno ou, então, o estabelecimento de relação entre variáveis (GIL, 2010). Essas pesquisas empregam o artifício quantitativo tendo por objetivo a coleta sistemática de dados sobre populações, programas ou amostra de populações ou programas (LAKATOS; MARCONI, 2010).

A pesquisa documental apresenta muitos pontos de semelhança com a pesquisa bibliográfica, sendo a principal diferença, a natureza das fontes (GIL, 2010). Na pesquisa documental a fonte de coleta de dados está restrita a documentos, escritos ou não, constituindo o que se denomina de fontes primárias. Estas podem ser feitas no momento em que o fato ou fenômeno ocorre, ou depois, como é o caso do estudo retrospectivo (LAKATOS; MARCONI, 2010).

4.2 Local do estudo

O presente estudo foi realizado na maternidade do Hospital Universitário Professor Alberto Antunes da Universidade Federal de Alagoas (HUPAA/UFAL) localizado na cidade de Maceió, Alagoas. . A escolha dessa unidade se deu a partir de alguns critérios: é uma maternidade escola, pública, vinculada a Universidade Federal, responsável pelos atendimentos as gestantes de alto risco.

4.3 Participantes do estudo

As participantes do estudo foram gestantes internadas no setor de pré-parto na maternidade do HUPAA/UFAL.

4.4 Critérios de inclusão e exclusão

Critérios de inclusão: As mulheres que receberam atendimento na unidade hospitalar, admitidas com hipótese diagnóstico de Trabalho de Parto Prematuro, com idade gestacional de 22 semanas a 36 semanas e 6 dias, durante o período de Junho a Setembro de 2018.

Critérios de exclusão: Gestantes que receberam o diagnóstico de óbito fetal intra-uterino; mulheres que não estavam em condições de responder as questões devido a sua condição emocional e mulheres em situação de puerpério imediato de partos prematuros.

4.5 Amostra

Para composição da amostra, considerou-se que são assistidos, em média, 50 (cinquenta) partos mensais em uma maternidade de alto risco. Como a pesquisa foi realizada no período de quatro meses, tem-se uma média de 200 (duzentos) partos. De acordo com Guerrero, et al., (2018), a taxa de parto pré-termo no Brasil é de 17,7% dos partos realizados. No entanto, para pesquisa, optou-se por considerar uma taxa de 20%, resultando em uma amostra composta por 40 participantes.

4.6 Coleta dos dados

Para a coleta de dados foram analisados os prontuários das gestantes que receberam o diagnóstico de TPP (para coletar dados sobre os exames de rotina realizados no hospital em questão e se existia algum agravo ou intercorrência associado ao diagnóstico) e ainda elaborada uma entrevista semiestruturada com dados de identificação para caracterizar a amostra e dados específicos sobre o atendimento que era realizado durante o pré-natal e algumas características maternas. Os dados foram coletados após aprovação do projeto pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade Federal de Alagoas, sob o processo nº: 87670018.2.0000.5013 e assinatura do termo de consentimento livre esclarecido (TCLE) (APÊNDICE B) pela entrevistada.

4.7 Tratamento dos dados

Como se trata de um estudo descritivo com abordagem quantitativa buscou-se estimar os parâmetros da população estudada, através de proporções e média. Os dados foram coletados em um formulário semiestruturado identificados de maneira numérica e armazenados em uma planilha eletrônica da Microsoft Excel® 2010, assim, cada linha correspondeu a um formulário de coleta de dados e cada coluna aos dados coletados. Os dados estão arquivados em computador pessoal protegido com senha.

4.8 Variáveis

Para a realização deste estudo foram avaliadas variáveis quantitativas e qualitativas, sendo elas:

- Idade gestacional: aquela cuja idade gestacional encontra-se entre 22 semanas (ou 154 dias) e 37 semanas (ou 259 dias) (MINISTÉRIO DA SAÚDE 2012).
- Assistência pré-natal: As intercorrências poderiam ser evitáveis durante o pré-natal com medidas como serviços de educação e esclarecimento e locais de referência bem equipados, de fácil acesso a essas mulheres, bem como acompanhamento adequado que favoreça o diagnóstico e tratamento precoce (CALEGARI, 2016; BEZERRA, 2016).
- Número de consultas de Pré-natal: A não realização do pré-natal tem sido associada a resultados adversos da gestação e parto entre mães e recém-nascidos. Problemas como sífilis congênita, morte neonatal e prematuridade foram identificados por vários estudos como fortemente associados com a não realização de pré-natal (ROSA, 2014; SILVA, 2015).
- Exames de rotina realizados: A investigação dos problemas de saúde atuais e prévios e a história obstétrica são importantes para a avaliação do risco gestacional (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2013)
- Paridade: A história das gestações anteriores em relação a abortos, natimortos e partos pré-termo está relacionada frequentemente com o nascimento de RN prematuros e de muito baixo peso (FILHO, 2014; REZENDE, 2017).
- Comorbidades: Quanto às variáveis de intercorrências maternas durante a gestação, foram avaliadas: comorbidades metabólicas (diabetes mellitus e diabetes mellitus gestacional); comorbidades infecciosas (pielonefrites, vaginites, vaginoses, cervicites e/ou infecções por HPV e/ou clamídia); comorbidades hemorrágicas (descolamento prematuro da placenta, placenta prévia, ameaças de abortos clinicamente evidenciadas com sangramento

transvaginal); e comorbidades hipertensivas (hipertensão crônica prévia e pré-eclâmpsia/eclâmpsia) (FILHO, 2014; NETO, 2010; ALMEIDA, 2012; VETTORE, 2013).

- Infecções urinárias anteriores: A incidência de bacteriúria também aumenta em relação ao número prévio de gestações e infecções urinárias anteriores (HEILBERG, 2003; PEREIRA, 2018).

4.9 Aspectos éticos

As pesquisadoras estão cientes do referido trabalho de conclusão de curso e se comprometem em verificar seu desenvolvimento para que se possam cumprir integralmente os itens da Resolução 466/2012, que incorpora, sob a ótica do indivíduo e das coletividades, referenciais da bioética, tais como, autonomia, não maleficência, beneficência, justiça e equidade, dentre outros, e visa a assegurar os direitos e deveres que dizem respeito aos participantes da pesquisa, à comunidade científica e ao Estado.

5. RESULTADOS

No total, 40 gestantes que deram entrada no Hospital Universitário Prof. Alberto Antunes com o diagnóstico de TPP participaram do estudo. Dessas, 100% se encontravam em internamento no setor de pré-parto da maternidade escolhida para ser o local da pesquisa.

TABELA I – CARACTERIZAÇÃO DAS GESTANTES INTERNADAS NO SETOR DE PRÉ-PARTO DA MATERNIDADE DO HUPAA COM DIAGNÓSTICO DE TPP, NO PERÍODO DE JUNHO A SETEMBRO DE 2018.

Fatores de risco	(n)	(%)
Idade materna		
<15 anos	2	4,8%
15 – 19 anos	17	42,5%
20 - 34 anos	21	52,5%
35 – 45 anos	-	-
Idade Gestacional		
22 a 27	10	25,00%
28 a 31	12	30,00%
32 a 36	18	45,00%
Paridade		
Primigesta	16	40,00%
Multigesta	24	60,00%
Prematuridade prévia		
Sim	16	40,00%
Não	24	60,00%
Tabagista		
Sim	1	2,5%
Não	39	97,5%
Total	40	100%

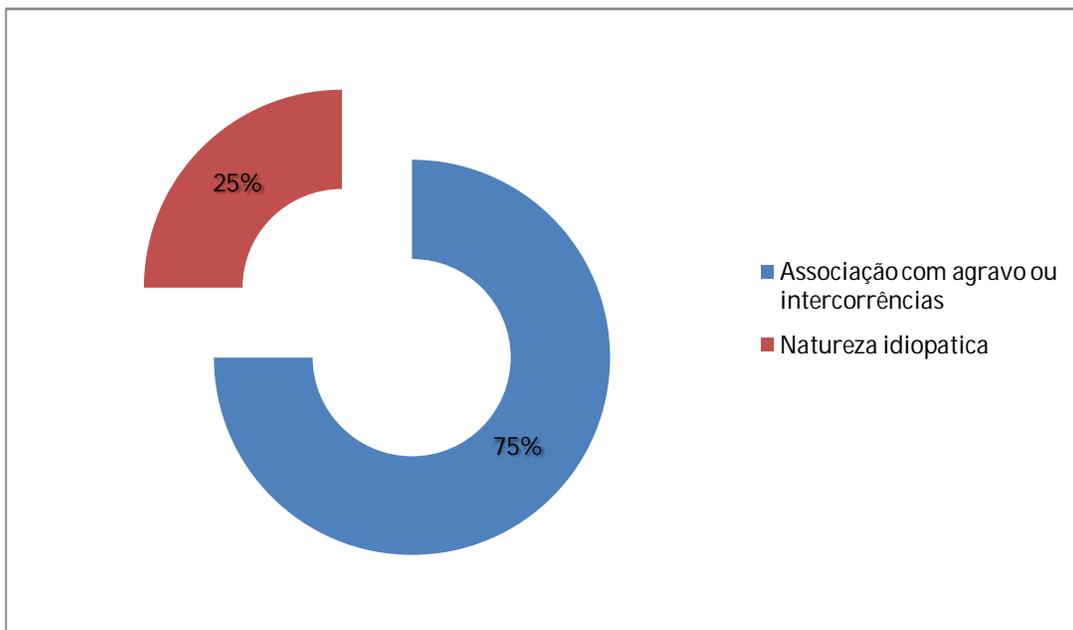
Fonte: Dados da pesquisa elaborados pela autora.

Diante da coleta e análise dos dados referentes à caracterização das participantes, foi possível identificar a presença de determinados fatores de risco para o desenvolvimento do trabalho de parto prematuro. Essas informações são apresentadas, de maneira organizada, na acima.

Das entrevistadas, 11 (27,5%) tinham idade inferior a 18 anos, 17 (42,5%) tinham entre 15 e 19 anos e 21 (52,5%) tinham de 20 a 34 anos, idade mais incidente entre as gestantes, essa faixa etária não é considerada de risco. Em relação à idade gestacional, 10 (25%) mulheres estavam entre 22 a 27 semanas de gestação, agravo significativo pelo baixo índice de sobrevivência dos neonatos.

Quando questionadas sobre a paridade, 16 (40%) eram primigestas e 24 (60%) multigestas. A prematuridade anterior é um fator de risco muito relevante, 16 (40%) tinham histórico obstétrico de prematuridade. Em relação ao uso de tabaco, apenas 1 (2,8%) declarou que fazia uso durante a gestação.

GRÁFICO I – NATUREZA DO SURGIMENTO DO DIAGNÓSTICO DE TRABALHO DE PARTO PREMATURO EM GESTANTES INTERNADAS NO SETOR DE PRÉ-PARTO NA MATERNIDADE DO HUPAA COM DIAGNÓSTICO DE TPP, NO PERÍODO DE JUNHO A SETEMBRO DE 2018.



Fonte: Dados da pesquisa elaborados pela autora.

Em relação ao surgimento de Trabalho de Parto Prematuro, pode-se observar que na maioria dos casos houve associação de outras condições clínicas, fato esse constatado através dos dados coletados nos prontuários das gestantes e demonstrado através do gráfico acima.

Dos casos que apresentaram alguma condição clínica associada ao diagnóstico de TPP (75%), foram identificados os seguintes agravos e intercorrências: Ruptura Prematura de Membranas Ovulares (RPMO), Incompetência Istimo-Cervical (IIC), Sangramento Transvaginal (STV), Oligodramnia, Polidramnia e Infecção do Trato Urinário (ITU), sendo esta última a mais frequente, representada por 27 casos (65%).

TABELA II – AGRAVOS/INTERCORRÊNCIAS ASSOCIADAS AO TPP OBSERVADOS ENTRE AS GESTANTES ENTREVISTADAS.

Agravos/Intercorrência associada ao TPP	(N)	(%)
RPMO	2	4,87%
IIC	1	2,5%
STV	1	2,5%
Oligodramnio	1	2,5%
Vaginose Bacteriana	1	2,5%
ITU	26	65%
TOTAL	32	80%

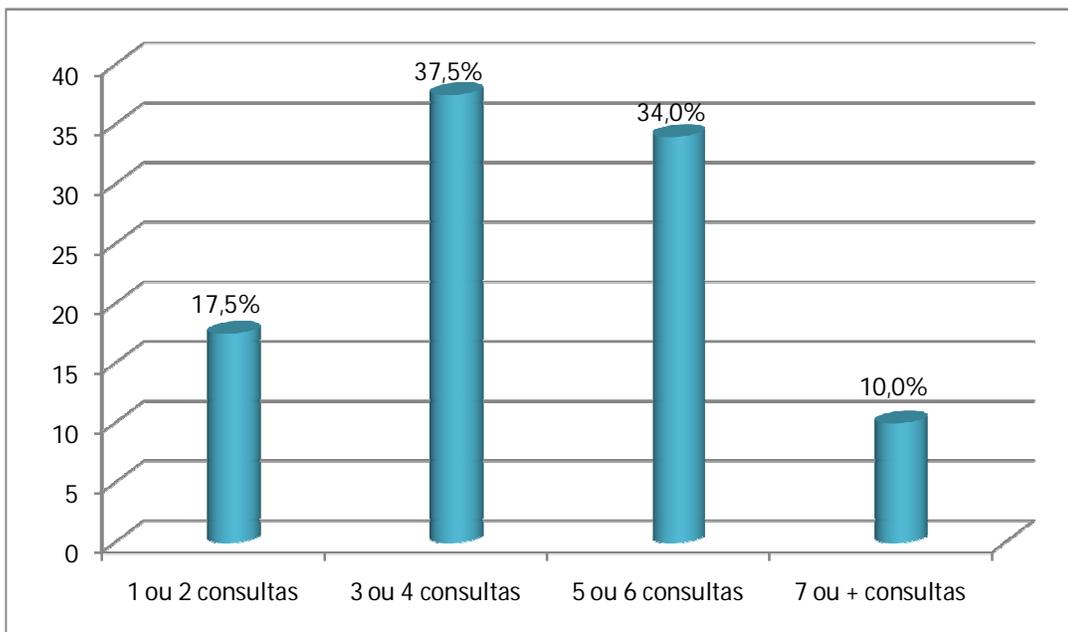
Fonte: Dados da pesquisa elaborados pela autora.

Em referência ao acesso das participantes do estudo à assistência de saúde durante o período gestacional, o gráfico I demonstra a distribuição de consultas de pré – natais realizadas pelas mesmas.

Todas (100%) estavam sendo acompanhadas no pré-natal, e grande parte realizou a quantidade de consultas que o Ministério da Saúde preconiza, tendo em

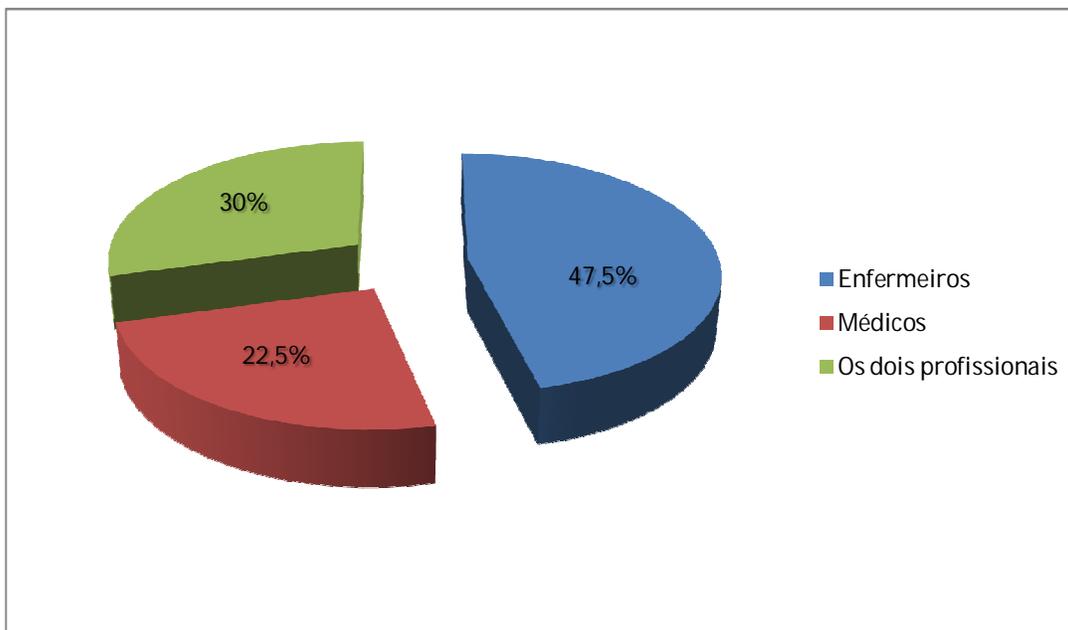
vista que nenhuma completou 37 semanas de gestação antes do internamento na unidade hospitalar.

GRÁFICO II – QUANTIDADE DE CONSULTAS PRÉ-NATAIS REALIZADAS PELAS ENTREVISTADAS.



Fonte: Dados da pesquisa elaborados pela autora.

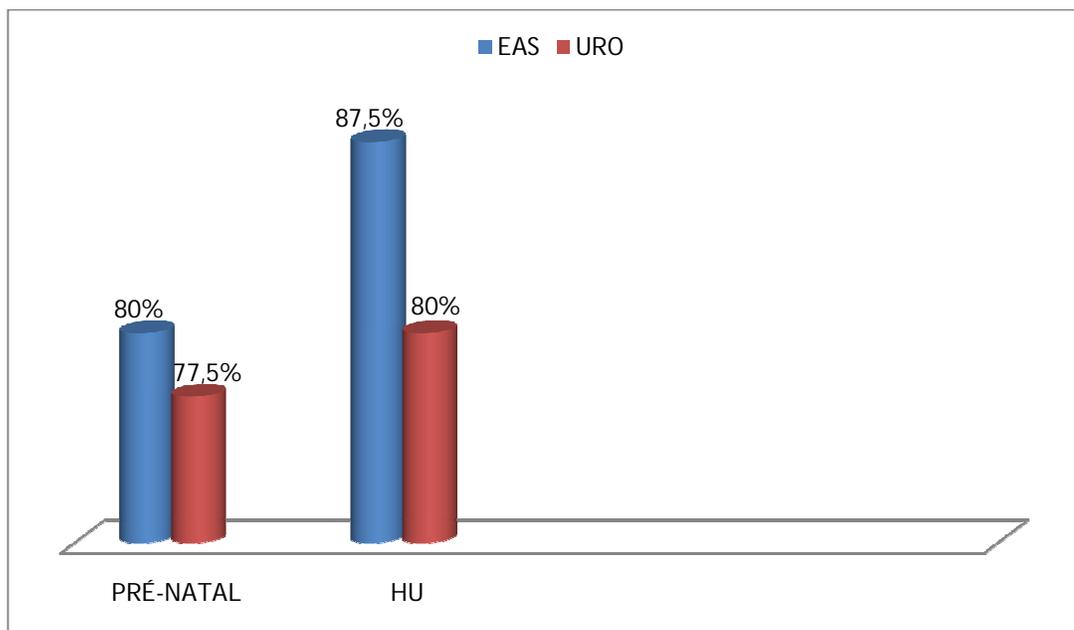
GRÁFICO III – DISTRIBUIÇÃO REALIZAÇÃO DAS CONSULTAS DE PRÉ-NATAL POR CATEGORIA PROFISSIONAL.



Fonte: Dados da pesquisa elaborados pela autora.

Quanto à distribuição dessas consultas por profissional, foi visto que algumas mulheres foram atendidas por uma única categoria, destoando das recomendações do Ministério da Saúde que indicam a alternância da realização das consultas de pré-natal por médicos e enfermeiros.

GRÁFICO IV - NÚMERO DE GESTANTES COM DIAGNÓSTICO DE TPP QUE REALIZARAM EAS E/OU UROCULTURA DURANTE O ACOMPANHAMENTO DO PRÉ-NATAL E INTERNAMENTO NO SETOR DE PRÉ-PARTO NA MATERNIDADE DO HUPAA.



Fonte: Dados da pesquisa elaborados pela autora.

Tendo em vista à condição clínica mais associada ao diagnóstico de TPP identificada nessa pesquisa e a sua possibilidade de identificação precoce/diagnóstico por exame laboratorial, foi observada a quantidade de gestantes que realizaram os exames de Elementos Anormais do Sedimento (EAS) e a urocultura durante a assistência pré-natal, observado no cartão de gestante, e no período de internamento na maternidade do HUPAA.

Quanto à realização desses exames, as gestantes foram questionadas se os profissionais ofereceram esclarecimentos acerca da importância, coleta e resultados. Os dados obtidos estão expostos na tabela seguinte:

TABELA III – DADOS SOBRE O CONHECIMENTO DAS GESTANTES A RESPEITO DA IMPORTÂNCIA DOS EXAMES DE URINA, A FORMA CORRETA DA COLETA E SOBRE OS RESULTADOS.

Detinham o conhecimento	Sim (N)	Sim (%)	Não (N)	Não (%)
Sobre a Importância do exame	30	75,0%	10	25,0%
Sobre a coleta do exame	31	77,7%	9	22,5%
Sobre os resultados	16	40,0%	24	60,0%

Fonte: Dados da pesquisa elaborados pela autora.

6. DISCUSSÃO

Os resultados, do presente estudo, quanto ao perfil materno (Tabela I) destacam que a média de idade das gestantes pesquisadas foi de $25 \pm 9,5$ anos, sendo que a mais nova possui 14 anos e a mais velha 34 anos. Identificou-se uma quantidade considerável de mulheres com idade inferior a 19 anos, correspondendo a 19 (46,2%), somando-se as duas primeiras faixas etárias menores de idade.

Tais faixas são consideradas de risco pelo Ministério da Saúde (MS), o que corrobora com a pesquisa de Thomazini; Pohlmann, et al, (2016), onde descrevem que encontrou-se como fator de risco a imaturidade uterina e/ou suprimento sanguíneo inadequado do colo uterino, sugerindo a importância da imaturidade biológica como causa de prematuridade. Dessa forma, a gravidez na adolescência é fator de maior concentração de agravos à saúde materna, bem como de complicações perinatais, tais como baixo ganho de peso materno, desproporção cefalopélvica, pré-eclampsia, prematuridade, baixo peso ao nascer e Apgar baixo no quinto minuto.

Pode-se observar na pesquisa atual que o número de mulheres com idade superior a 20 anos foi maior, o que difere da pesquisa de Patella (2016), a qual mostrou que mulheres com idade inferior a 20 anos tiveram 5 vezes mais chances de que seus bebês sejam extremamente prematuros, se comparadas às mulheres mais velhas. Seu estudo trás ainda que em algumas regiões do Brasil, observa-se que a gravidez na adolescência tem aumentado ao longo das últimas décadas, especialmente entre mulheres mais pobres.

O estudo de Pereira (2018) apontou uma predominância igualitária nas idades de 14 a 19 anos (26,38%) e 20 a 25 anos (26,38%). Sua pesquisa descreve que a presença de parto prematuro em adolescentes na faixa etária de 10 a 19 anos tem aumentado o que corrobora com o presente estudo e com a primeira hipótese formulada pela pesquisadora, no entanto, observa-se também uma mudança nesse perfil, visto que há um número maior de mulheres com idade entre 20 a 34 anos acometidos de parto prematuro.

No entanto, Santos (2009) destaca que há controvérsias sobre o papel da idade materna como fator de risco para maus resultados perinatais. Alguns trabalhos sugerem que adolescentes e mulheres com 35 anos ou mais geralmente estão

suscetíveis a risco aumentado de resultados perinatais adversos e morbimortalidade materna. Para as adolescentes, estes riscos têm sido largamente explicados por características socioeconômicas desfavoráveis, enquanto fatores biológicos relacionados à idade têm sido relacionados ao aumento do risco para as mulheres mais velhas.

Quanto à idade gestacional das participantes, houve um maior índice de mulheres no curso de 32 a 36 semanas de gestação (Tabela I), sendo considerado 'trabalho de parto prematuro tardio' de acordo com a FEBRASGO (2016). Os pré-termos tardios representam a grande maioria dos prematuros, em torno de 74% do total, seguido pelos menores de 32 semanas (16%) e de 32-33 semanas (10%), de acordo com o Projeto Nascer no Brasil.

No presente estudo, a distribuição das mulheres quanto à paridade (Tabela I), é de 16 (40%) primíparas e 24 (60%) múltiparas e, dessas 16 (40%) têm história de partos prematuros prévios. A pesquisa de Porto (2013) mostra um resultado diferente em relação ao trabalho atual, pois foi elevada uma frequência de primíparas em torno de 54% e antecedentes de prematuridade em apenas 12% das mulheres. Desta forma, tanto primíparas como múltiparas podem se encontrar em situação de risco para prematuridade tardia, não discriminada pela paridade ou pelo antecedente de parto prematuro anterior.

Deve-se, contudo, ressaltar que história de parto prematuro anterior representa o melhor preditor clínico isolado do parto prematuro entre múltiparas, com recorrência em torno de 16%. Segundo o estudo de Dória (2011), o fator de risco mais importante é a história de parto prematuro prévio: o risco de um novo evento varia entre 14 e 22%. Após dois partos prematuros, o risco é de 28 a 42% e de 67% após três. A ocorrência de partos a termo diminui o risco de partos prematuros em gestações subseqüentes. O que corrobora com a pesquisa atual, tendo em vista que entre as múltiparas, a maioria apresenta história de prematuridade.

Comparando com o estudo de Bezerra, et al (2006), a distribuição das mulheres, segundo a paridade, foi 52,8% de primíparas e 23,9% de múltiparas. Esses dados demonstraram que as primíparas apresentam maior chance de ter

filhos prematuros, mesmo após o tratamento de inibição do TPP. Esse resultado difere do trabalho em questão.

Em relação à exposição do tabagismo durante a gestação, notou-se que é possível que este atue como um indicador de tabagismo pré-gestacional e que desempenhe um papel importante na patogênese do nascimento prematuro e espontâneo. Neste caso, o tabagismo pré-gestacional pode ter sido subestimado, já que algumas mulheres podem ter deixado de fumar no início da gestação ou quando pretendiam engravidar. No presente estudo, o número de gestantes tabagista foi baixo, 1 (2,80%) das mulheres entrevistadas.

Paulo (2015) observou em seu trabalho que o tempo de exposição ao tabagismo antes da gestação seja importante na patogênese do nascimento prematuro. Ou seja, o efeito acumulativo do tabagismo aumentaria o risco de nascimento espontâneo extremamente prematuro. Neste caso, recomendar às mulheres que parem de fumar tão logo saibam que estão grávidas pode não ser uma medida suficiente para prevenir estes nascimentos. Políticas voltadas ao combate ao fumo em todas as mulheres seriam mais efetivas.

Apesar de estudos nacionais e internacionais relacionarem a presença de partos prematuros espontâneos com o uso de tabaco pelas gestantes, o estudo atual apresenta um resultado semelhante com o de Almeida (2012), pois não foi possível identificar diferenças estatisticamente significantes na relação entre tabagismo com a prematuridade, até mesmo porque mais de 90% das entrevistadas de ambos os grupos negaram tais hábitos durante a gestação. Esse resultado é similar aos de outros estudos brasileiros analisados.

O TPP de etiologia idiopática no presente estudo ocorreu em 9 (22,5%) dos casos (Gráfico I), apresentando alto poder de associação com as respostas anormais dos reflexos primitivos. Sugere-se que esta condição deve ser investigada para que se possam traçar novas estratégias de controle para a saúde materno-fetal com ações preventivas do trabalho de parto prematuro de etiologia idiopática, ou investimento em melhores condições tecnológicas para o real diagnóstico da etiologia do parto prematuro. Das 40 gestantes, 30 (75%) delas apresentaram algum tipo de agravo ou intercorrência.

Pohlmann (2016) afirma que o pré-natal representa um importante aliado da redução das taxas de nascimentos prematuros, pois é por meio dele que são identificadas as características que representam os fatores de risco e existem condições para implantar medidas que contribuam para sua prevenção. A ausência do pré-natal ou o número insuficiente de consultas é considerado fator de risco para a TPP e está intimamente relacionado à sua incidência.

Na presente pesquisa, 2 (4,87%) gestantes apresentaram RPMO. A prevalência de RPM varia de 8 a 10% de todas as gestações, e 2 a 4% das rupturas ocorrem em gestações pré-termo. No Brasil, 30 a 40% dos nascimentos prematuros estão associados com a RPMPT e contribuem com 20% dos óbitos perinatais. Em relação aos desfechos perinatais, a RPMPT é considerada uma das três maiores causas de morbidade e mortalidade perinatal associada à prematuridade (PATRIOTA, 2014).

Dentro da multiplicidade de fatores de risco para prematuridade, a insuficiência istmocervical, embora menos frequente, tem sua importância reconhecida, devido às possibilidades diagnósticas e terapêuticas que apresenta. A insuficiência istmocervical atinge cerca de 0,05 a 1,8 % das gestações e há vários indícios da existência de uma “disfunção” cervical participando da gênese dos abortamentos de repetição e dos partos prematuros (NOMURA, 2013). Na presente pesquisa, 1 (2,4%) gestante apresentou ICC.

No estudo atual, 1 (2,5%) gestante apresentou sangramento trans-vaginal. O sangramento decidual persistente manifestado pelo sangramento vaginal do segundo ou terceiro trimestre é fator de risco para rotura prematura de membranas ovulares e parto prematuro (risco relativo de 3). Esse sangramento embora possa ocorrer após a 20ª semana de gravidez, quando ocorre, há interrupção do suprimento sanguíneo com diminuição do oxigênio e nutrientes ao feto, pode provocar sangramento grave, geralmente leva a parto prematuro (GONÇALVES, 2017).

A associação do oligodrâmnio com desfechos perinatais adversos é uma preocupação frequente. Estudo sugere uma associação significativa, na RPMPT, entre o oligodrâmnio e a prematuridade. Ressaltamos no presente estudo foram incluídas mulheres com idade gestacional antes da 22ª semana, o que pode ter

contribuído ainda mais com o aumento dos desfechos perinatais adversos de acordo com o trabalho de Pàtriotá (2014). Na pesquisa atual, 1 (2,5%) gestante apresentou oligodraminía.

Carvalho, Okun et al. (2015) esclareceram que a vaginose bacteriana é uma condição polimicrobiana em que a flora de *Lactobacillus* normal é substituída por um grande número de outros micro-organismos, principalmente, anaeróbios. Objetivando correlacionar a presença de vaginose bacteriana no pré-natal com o nascimento prematuro espontâneo, os autores avaliaram 611 gestantes.

A vaginose bacteriana foi diagnosticada em 103 das gestantes (19%). A incidência de partos prematuros foi significativamente maior no grupo de pacientes portadoras de vaginose bacteriana. Das 103 gestantes com o exame bacterioscópico compatível com vaginose bacteriana, 10 (9,7%) evoluíram com parto antes de 37 semanas completas, ao passo que no grupo negativo para vaginose, 14 (2,29 %) gestantes tiveram partos prematuros (CARVALHO, et al, 2015). Na presente pesquisa, 1 (2,5%) gestante apresentou vaginose bacteriana, com agente etiológico não definido.

Para o aumento da incidência de trabalho de parto e parto pré-termo em gestantes com ITU, evoca-se que o início do trabalho de parto pode ser explicado por resposta inflamatória com a produção de quimioquinas e fosfolipase A2 e C, mediadores da produção de prostaglandinas. Outra forma pela qual o trabalho de parto pode ser desencadeado seria a colonização do fluido amniótico por bactérias originárias do foco infeccioso urinário. Considerando a incidência de agravos e intercorrências, a ITU apresentou nível alarmante, pois 27 (65,85%) das gestantes apresentaram essa condição clínica. Superando de modo significativo todos os outros agravos expostos na tabela II.

De acordo com Berger (2016), as ITUs são consideradas o segundo tipo de infecção detectada, representando um problema comum na atenção primária, pois é causada principalmente pela falta de higiene e baixa ingestão hídrica. Durante a gestação, a presença da ITU é mais comum devido às alterações fisiopatológicas (mecânicas e hormonais) que ocorrem nessa fase. O músculo liso da bexiga tem seu poder de diminuir a contração, permitindo o acúmulo de microrganismos em seu interior devido à não remoção total da urina no momento.

Essa condição clínica é uma preocupação adicional para os profissionais responsáveis pela atenção pré-natal destas mulheres é que, além da incidência aumentada de infecções sintomáticas entre grávidas, justamente neste período, o arsenal terapêutico antimicrobiano e as possibilidades profiláticas são restritos. Por estes motivos, o conjunto do diagnóstico precoce, seguido de terapêutica adequada e imediata, é imprescindível durante a assistência pré-natal, evitando comprometer o prognóstico materno e gestacional (BERGER, 2016).

A associação entre prematuridade e a falta de assistência pré-natal é documentada por diversos estudos. É possível observar no gráfico I que 7 (17,5%) realizaram 1 ou 2 consultas, 15 (37,5%) realizaram de 3 a 4 consultas, 14 (34%) realizaram de 5 a 6 consultas e 4 (10 %) realizaram 7 ou mais consultas de pré-natal. Santos (2016), trás um estudo que corrobora com a presente pesquisa, pois dentre as mães que realizaram pré-natal, 25 (67,5%) realizaram de 2 a 5 consultas, e 10 (27,1%), de seis consultas ou mais. Com esses resultados, percebemos que a maioria está comparecendo para receber assistência, porém é preciso haver uma conscientização com relação à rotina das consultas.

De acordo com o Ministério da Saúde (2016), o número de consultas pré-natais que a mulher deverá realizar é de no mínimo seis consultas, sendo preferencialmente, uma no primeiro trimestre, duas no segundo trimestre e três no terceiro trimestre. Todas as gestantes estavam sendo acompanhadas no pré-natal, e grande parte realizou a quantidade de consultas que o Ministério da Saúde preconiza, tendo em vista que nenhuma completou 37 semanas de gestação.

Ramos (2016) descreve que a avaliação de risco gestacional deve ser realizada em todas as consultas, seguindo os critérios para sua caracterização, e a gestante deve ser encaminhada ao pré-natal adequado à sua situação. A ausência de cuidados pré-natais está associada a um aumento do risco de baixo peso ao nascer, partos prematuros e mortalidade materna e infantil. Foi possível observar no presente estudo um número esperado de atendimento, tendo em vista a maior incidência de participantes que realizaram 3 ou 4 consultas.

Em tese, um número maior de consultas pode significar mais oportunidades de ofertar cuidados preventivos e de promoção à saúde, especialmente em gestações de alto risco, com maiores chances de afetar os desfechos perinatais.

Porém, a discussão mais importante é sobre a qualidade dessas consultas e a utilização desses contatos com os serviços para a realização de cuidados efetivos em saúde (ARAÚJO,2014).

Isso nos leva a refletir sobre a qualidade do pré-natal e sua cobertura, e como estas estão associadas ao aumento da prevalência de prematuridade. Todas as gestantes entrevistadas iniciaram um acompanhamento pré-natal, como esta descrito no gráfico III, dessas consultas 19 (47,5%) foram realizados pelas Enfermeiras, 9 (22,5%) por médicos e ainda têm aquelas que eram assistidas pelos dois profissionais, somando 12 (30%) delas. Sendo condizente com o estudo de Araújo (2010), que descreve que no Brasil, os enfermeiros realizam o pré-natal de baixo risco com maior frequência nas Unidades com Estratégias de Saúde da Família (ESF).

Sabe-se que, para um bom acompanhamento pré-natal, é necessário que a equipe da atenção primária execute, dentre outras coisas, os procedimentos de maneira uniforme e correta durante a solicitação e a realização dos exames complementares. Caso isso não aconteça, ocorrerão alterações significativas que podem prejudicar a interpretação dos dados e a comparação entre eles (BRASIL, 2016).

É importante o acompanhamento do pré-natal, permanecendo os profissionais de saúde atentos a todos os sinais e sintomas relatados pelas gestantes, além da solicitação regular dos exames, interpretá-los adequadamente e intervir de maneira eficaz, buscando, assim, a qualidade do atendimento. Das entrevistadas, 32 (80%) realizaram EAS e 31 (77,5%) realizaram urocultura solicitados durante as consultas de pré-natal.

Exames clínicos e laboratoriais oferecidos durante as consultas de pré-natal permitem a identificação de situações de risco e o agir precocemente, além de ajudar na diminuição da morbimortalidade durante esse período. Segundo Kariane (2016), Barbosa (2015) e Guerra (2012), para melhor adequação das ações de pré-natal no âmbito da atenção primária, é possível afirmar que esforços devem ser direcionados para ampliação da cobertura de pré-natal no primeiro trimestre, exames básicos e vacinas, além de estimular atividades de educação em saúde e indicadores que monitorem internamente a qualidade do pré-natal.

Se os exames não forem realizados quando solicitados, poderão ocasionar riscos à mãe e filho, impedindo a prevenção de agravos e intervenções precoces. O que poderia ser uma solução para garantir à mulher uma gestação saudável acaba se transformando em um problema, pois sem a posse dos resultados ou a não realização as gestantes ficam expostas a agravos que podem ocasionar direta ou indiretamente sua morte (KARIANE, 2016).

No período de internamento, 35 (87,5%) das gestantes realizaram EAS e 32 (80%) realizaram urocultura. Em âmbito hospitalar, em uma maternidade de alto risco principalmente, esses exames são considerados de rotina para diagnosticar ou descartar a ITU que pode desencadear o TPP.

Os dados apresentados na tabela III versam sobre o grau de orientação acerca da importância do exame de urina, da coleta, do resultado e da orientação das profissionais durante o pré-natal. Quando questionadas, sobre a importância da realização dos exames de urina solicitado durante o pré-natal, 30 (75%) tinham noção. Em relação à forma como a coleta era realizada 31 (77,5%) sabiam a maneira correta, abrindo margem para condições em que a amostra poderia ser contaminada das pacientes que não sabiam. E sobre os resultados, 16 (40%) sabiam da importância de levar para a avaliação durante a consulta do pré-natal.

As pacientes relataram ainda que não foram instruídas sobre algumas intercorrências clínicas que poderiam ser pertinentes a elas e agravadas durante a gestação, como a própria ITU. De acordo com o Manual Técnico de Pré-natal e Puerpério, disponibilizado pelo Ministério da Saúde, uma das estratégias que possibilita essa prevenção na atenção do pré-natal é a educação em saúde, e que é refutado com a análise dos dados, pois as entrevistadas não eram detentoras do conhecimento sobre essa condição.

Entende-se como necessária a valorização do exame de urina nas rotinas dos atendimentos às gestantes, de forma a conscientizar tanto as mulheres, quanto os profissionais, da importância desse controle e do efetivo acompanhamento quando uma infecção do trato urinário é diagnosticada. A prioridade do atendimento das gestantes nas unidades de saúde favoreceria maior observação, para posterior realização de atividades de controle tais como a busca ativa de gestantes que

tivessem realizado o exame, ou daquelas que já estivessem em tratamento (PORCIUNCULA, 2017).

É imprescindível, ainda, que a coleta da urina para exame seja realizada mediante antissepsia criteriosa. Esses resultados interferem diretamente na assistência de qualidade à gestante e ao parto, pois é indispensável para redução dos índices de morbimortalidade materno-infantil (KARIANE, 2016).

O enfermeiro que atua em uma ESF tem que exercer um papel humanizador junto às gestantes, porque é na primeira consulta que começa o contato entre o enfermeiro e a gestante formando um vínculo de confiança. Um pré-natal de qualidade é o principal caminho para detectar os possíveis fatores de risco além de evitar agravos e intercorrências (REZENDE, 2017).

Em relação à conduta dos profissionais de saúde e ao papel do enfermeiro visualizou-se que cabe aos mesmos prover suporte adequado para as mães e familiares, baseado na solidariedade e acolhimento, aliando também os saberes técnicos e científicos de modo que se reduza a morbimortalidade (CONCEIÇÃO, 2016).

7. CONCLUSÃO

Através desse estudo, foi possível constatar os fatores de risco mais incidentes, que são: paridade, prematuridade prévia em multigestas e idade materna, sendo esta com a segunda maior incidência em gestantes com idade inferior a 19 anos. Associado a esses fatores, a intercorrência destacada foi a Infecção do Trato Urinário, incidente em grande parte das gestantes da pesquisa.

A assistência ao pré-natal fundamenta-se como uma das principais ferramentas de educação em saúde no campo da enfermagem, e é através da consulta que podemos dialogar e compartilhar experiências com as usuárias. A evidência do papel do enfermeiro na consulta de enfermagem no pré-natal foi o destaque dessa importância, pois são eles que nos atendimentos tanto individuais quanto coletivos abordam a gestante durante o pré-natal, e orienta sobre questões de cuidados com o recém-nascido, a realização de exames, dentre outros procedimentos necessários pra um bom pré-natal.

Neste sentido, considerando as condições sensíveis à Atenção Básica e passíveis de prevenção, justifica-se a importância de explorar a temática, uma vez que a mesma impõe desafios a serem superados pela saúde pública brasileira. O(A) enfermeiro(a) pode ser um agente de mudança, transformando a capacidade de gestar e parir e interferindo de modo seguro junto à gestante e família para proporcionar uma assistência segura e livre de complicações.

A realização de ações educativas, grupos de gestantes, no decorrer do ciclo gravídico - puerperal, é importante porque, particularmente, no pré - natal, a mulher deverá ser orientada para vivenciar todo o processo com menos riscos de complicações no puerpério.

REFERÊNCIAS

AHUMADA-BARRIOS, M. E.; ALVARADO, G. F. Fatores de Risco para parto prematuro em um hospital. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, São Paulo, n. 24, p. 4-5, jun. 2016.

ALMEIDA, A. C.; JESUS, A. C. P.; LIMA, P.F.T.; ARAÚJO, M.F.M.; ARAÚJO, T. M. Fatores de Risco Maternos para Prematuridade em uma Maternidade Pública de Imperatriz-Ma. **Rev Gaúcha Enferm.**, Porto Alegre, vol.2, n. 33, p. 86-94, jun 2012.

ARAUJO, S.; SILVA, M.E.D.; MORAES, R.C.; ALVES, D.S. A Importância do Pré-Natal e a Assistência de Enfermagem. **VEREDAS FAVIP - Revista Eletrônica de Ciências**, Goiânia, v. 3, n. 2, Jul. a dez. de 2010.

BARROS, Simone Regina Alves de Freitas. Infecção urinária na gestação e sua correlação com a dor lombar versus intervenções de enfermagem. **Rev. Dor**, São Paulo, vol.14, no.2, p. 57-61, Abri a Jun 2013.

BERBEL, L.A.S.; GURAL, N.R.G.; SCHIRR, F. Orientações de enfermagem durante o pré-natal para a prevenção da infecção do trato urinário. Disponível em <http://www.fepar.edu.br/revistaeletronica/index.php/revfepar/article/view/9>. Acesso em 20/04/2018.

BERGER, A.Z ; ZORZIM, V.I.; PÔRTO, E.F.; ALFIERI F.M. Premature childbirth: pregnant women's characteristics of a population in the South area of São Paulo. **Rev. Bras. Saude Mater. Infant.** Recife, vol.16 no.4, Oct./Dec. 2016.

BEZERRA L.C.; OLIVEIRA, S.M.J.V.; LATORRE, M.R.D.O. Prevalência e fatores associados à prematuridade entre gestantes submetidas à inibição de trabalho de parto prematuro. **Rev. Bras. Saude Mater. Infant.** Recife, vol.6 no.2, Apr./June 2016.

BITTAR, R.E.; ZUGAIB, M. Indicadores de risco para o parto prematuro. **Rev Bras Ginecol Obstet.**, Rio de Janeiro, vol. 31, n.4, p. 203-9, Abril 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. *Gestação de alto risco: manual técnico / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – 5. ed. – Brasília : Editora do Ministério da Saúde, 2010.*

DÓRIA, M.T.; SPAUTZ, C.C. Trabalho de parto prematuro: predição e prevenção. **FEMINA**, vol 39, n 9, p.35-40, Setembro 2011.

DUARTE, G.; MARCOLIN, A.C.; QUINTANA, S.M; CAVALLI, R.C. Infecção urinária na gravidez. **Rev Bras Ginecol Obstet.**, Rio de Janeiro, vol. 30, n. 2, p. 93-100, Janeiro 2008.

CALEGARI, R.S.; GOUVEIA, H.G.; GONÇALVES, A.C. Intercorrências clínicas e obstétricas vivenciadas por mulheres no pré-natal. **Cogitare Enferm.** Vol. 21, n. 2, p. 01-08. Abr/jun 2016.

FREITAS, Paulo Fontoura. Fatores de Risco para Nascimentos Prematuros e Espontâneos na Maternidade do Hospital Universitário – UFSC. Disponível em <<https://repositorio.ufsc.br/bitstream/handle/123456789/102525/226464.pdf?sequencia=1>> Acessado em 27 de Outubro de 2018.

FILHO, E.A.F; *et al.* Variáveis perinatais e associação de recém-nascidos de muito baixo peso ao nascer em hospital público universitário do Brasil. **Rev Bras Ginecol Obstet.** Rio de Janeiro, vol. 36, n. 1, p.10-6. Dez. de 2014.

GUERREIRO, E.M; RODRIGUES, D.P; SILVEIRA, M.A.M; LUCENA, N.B.F.: O cuidado pré-natal na atenção básica de saúde sob o olhar de gestantes e enfermeiros. Disponível em: <http://www.reme.org.br/artigo/detalhes/533> Acessado em 26 de Outubro de 2018.

NETO, F.R.G.X.; LEITE, J.L.; FULY, P.S.C.; CUNHA, I.C.K.O.; CLEMENTE, A.S.; DIAS, M.S.A.; PONTES, M.A.C. Qualidade da atenção ao pré-natal na Estratégia Saúde da Família em Sobral, Ceará. **Rev Bras Enferm**, v. 61, n. 5, p.595-602. Set. 2008.

POHLMANN, F.C.; KERBER, N.P.C.; VIANA, J.S.; CARVALHO, V.F.; COSTA, C.C.S. Parto prematuro: enfoques presentes en la producción científica nacional e internacional. **Enferm. glob.** Murcia, vol.15 . no.42 abr. 2016.

PORCIUNCULA, M.B.; BONILHA, A.L.L.; PEDRON, C.D; SANTOS, L.C.E.; Contexto da atenção pré-natal na prematuridade tardia. **Rev enferm UERJ**, Rio de Janeiro, vol. 25, p. 8-12. jan 2017.

PORTO, A.M.F; ACIOLY, D.A.; COUTINHO, I.; COUTINHO, E.H.C.; BEZERRA, P. S; AMORIM, M.M.R. Características maternas em gestações com risco de prematuridade tardia. **Rev. Bras. Saude Mater. Infant.** Recife, vol.13 no.2 Apr./June 2013.

REZENDE, J. Obstetrícia. 11ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2017.

ROSA, C.Q.; SILVEIRA, D.S.; COSTA, J.S.D. Fatores associados à não realização de pré-natal em município de grande porte. **Rev Saúde Pública**; São Paulo, vol. 48, n. 6, p. 977-984, Maio 2014.

SANTOS, G.H.N.; MARTINS, M.G.; SOUSA, M.S.; BATALHA, S.J.C. Impacto da idade materna sobre os resultados perinatais e via de parto. **Rev Bras Ginecol Obstet.** Recife, vol. 31, n.7, p. 326-34. Out.2009.

SALCEDO, M.M.B.P.; BEITUNE, P.E.; SALIS, M.F.; JIMÉNEZ, M.F.; AYUB, A.C.K. Infecção urinária na gestação. Disponível em <http://www.moreirajr.com.br/revistas.asp?fase=r003&id_materia=4377>. Acessado em 13 de Setembro de 2018. Aceito em 01/2010.

SILVA, R.N.A.; FILHA, F.S.S.C.; FRANÇA, M.S.M.A.; SILVA, M.V.R.S.; VILANOVA, J.M. Atuação de Enfermeiros no Pré-Natal: Facilidades e Entraves. Disponível em: <<http://apps.cofen.gov.br/cbconf/sistemainscricoes/arquivosTrabalhos/I70316.E15.T13942.D10AP.pdf>> Acessado em 28 de Outubro de 2018.

THOMAZINI, I.F.S.; WYSOCKI, A.D.C.; SILVA, M.C.B; RUIZ, S.R.; TORREGLOSA M. Fatores de risco relacionados ao Trabalho de Parto Prematuro em adolescentes grávidas: revisão integrativa da literatura. **Enfermería Global**, Recife, nº 44, p. 428. Out de 2016.

VETTORE, M.V.; DIAS, M.; VETTORE, M.V.; LEAL, M.C. Avaliação do manejo da infecção urinária no pré-natal em gestantes do Sistema Único de Saúde no município do Rio de Janeiro. **Rev Bras Epidemiol**, São Paulo, vol. 16, n. 2, p. 309, Jun 2013.

APÊNDICE A – FORMULÁRIO PARA COLETA DE DADOS



UNIVERSIDADE FEDERAL DE ALAGOAS - UFAL ESCOLA DE ENFERMAGEM E FARMÁCIA- ESENFAR MODELO DE INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS – TCC

ENTREVISTA:

Iniciais do nome da paciente: _____

Data de nascimento: ____/____/____

Presença do acompanhante: SIM () NÃO () IGNORADO ()

Histórico obstétrico: G: ____ P: ____ A: ____ IG: ____ (DUM); ____
(USG)

Teve trabalho de parto prematuro nas gestações anteriores? SIM () NÃO ()

OUTRAS INTERCORRÊNCIAS () QUAIS?

Fuma: SIM () NÃO () IGNORADO ()

Bebe: SIM () NÃO () IGNORADO ()

Conhecimentos adquiridos durante o Pré-Natal:

Importância do exame de urina: SIM () NÃO () IGNORADO ()

Forma correta para coleta de exame de urina: SIM () NÃO () IGNORADO ()

Importância da avaliação do resultado por profissional: SIM () NÃO () IGNORADO
()

VIDE CARTÃO DA GESTANTE:

Realizou o pré-natal: SIM () NÃO () IGNORADO ()

Quantidade de consultas: _____

Profissional assistente no pré-natal: MÉDICO OBSTETRA () MÉDICO

RESIDENTE () ENFERMEIRA OBSTÉTRICA () ENFERMEIRA RESIDENTE ()

OUTRO ()

Realizou os exames de urina solicitados no pré-natal: SIM () NÃO () IGNORADO ()

EAS: _____

DATA _____

CONDUTA: _____

Infecção urinária sintomática: SIM () NÃO () Quais os sintomas?

Fez tratamento? SIM () NÃO ()

Completo? SIM () NÃO ()

PRONTUÁRIO:

EAS: _____

CONDUTA: _____

UROCULTURA: _____

APÊNDICE B – T.C.L.E

Título do projeto	Implicações que ocorrem no pré-natal na identificação da infecção do trato urinário que levam ao trabalho de parto prematuro.
Pesquisador responsável	Isabela Soares Gomes Alves e Maria Elisângela Torres de Lima Sanches

(Em 2 vias, firmado por cada participante voluntário(a) da pesquisa e pelo responsável)

“O respeito devido à dignidade humana exige que toda pesquisa se processe após o consentimento livre e esclarecido dos sujeitos, indivíduos ou grupos que por si e/ou por seus representantes legais manifestem a sua anuência à participação na pesquisa”

Eu, tendo sido convidado (a) a participar como voluntário (a) do estudo **“Implicações que ocorrem no pré-natal na identificação da infecção do trato urinário que levam ao trabalho de parto prematuro”**, que será realizado na Maternidade do Hospital Universitário Prof. Alberto Antunes – HUPAA, na cidade de Maceió recebi da Sra. Isabela Soares Gomes Alves, acadêmica de enfermagem da Universidade Federal de Alagoas, responsável por sua execução, as seguintes informações que me fizeram entender sem dificuldades e sem dúvidas os seguintes aspectos:

- 1) Que o estudo se destina a identificar **as intercorrências que podem ser observadas durante a realização do pré-natal que, referentes a infecção do trato urinário, que pode levar ao trabalho de parto prematuro ;**
- 2) Que a importância desse estudo é contribuir com melhores informações acerca da análise, durante o pré-natal, de intercorrências referentes a infecção do trato urinário e a sua evolução rápida na gestação levando a um trabalho de parto prematuro;
- 3) Que entendo que este estudo será realizado porque não há dados precisos em Maceió quanto a relação entre ITU e TTP;

- 4) Que este estudo começará em Maio de 2018 e terminará em Agosto de 2018;
- 5) Que eu receberei uma via assinada deste Termo de compromisso;
- 6) Que o estudo não oferece riscos à minha saúde física e mental e nem da minha criança;
- 7) Que eu serei informada sobre o resultado final desta pesquisa, e sempre que desejar serão fornecidos esclarecimentos sobre cada uma das etapas do estudo;
- 8) Que, a qualquer momento, eu poderei recusar a minha participação neste estudo podendo tirar meu consentimento, sem que isso traga qualquer penalidade ou prejuízo;
- 9) Que as informações conseguidas através da minha participação não permitirão a identificação da minha pessoa, exceto à equipe de pesquisa, e que a divulgação das mencionadas informações só será feita entre os profissionais estudiosos do assunto;
- 10) Que estou ciente de que na pesquisa, em uma das etapas será coletar informação através do preenchimento de um formulário simples;
- 11) Que este TCLE me será entregue em duas vias, sendo que uma ficará comigo assinada pela equipe de pesquisa e que outra eu entregarei assinada para a equipe de pesquisa, autorizando a minha participação no estudo.

- 12) Que caso eu necessite de maiores informações serão fornecidos os números de telefone das pesquisadoras para que eu possa entrar em contato: Isabela Soares 999313142/ Prof. Elisângela 993031653

Finalmente, tendo eu compreendido perfeitamente tudo o que me foi informado sobre a minha participação no mencionado estudo e, estando consciente dos meus direitos, das minhas responsabilidades, dos riscos e benefícios, autorizo a participação do meu (minha) filho (a) e, para tanto eu DOU O MEU CONSENTIMENTO SEM QUE PARA ISSO EU TENHA SIDO FORÇADO OU OBRIGADO.

ATENÇÃO: Para informar ocorrências irregulares ou danosas, dirija-se ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Alagoas (CEP-UFAL), pertencente a UFAL, localizado no primeiro andar do prédio da Reitoria,

entre a PROPEP e a PROGINST, no Campus A. C. Simões, Cidade Universitária.
Endereço: Av. Lourival Melo Mota, s/n. Tabuleiro dos Martins CEP: 57072-900.
Telefone: 3214-1041. Correio eletrônico: comitedeeticaufal@gmail.com

Contato das responsáveis pela pesquisa: Sr(a). Isabela Soares Gomes
Alves

Rua Átila Brandão, Conj José Tenório.

Serraria CEP-57055-030 –Maceió

Telefone: 082-99931-3142

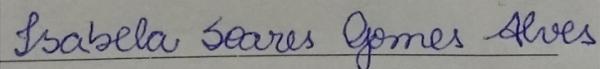
Sra(a). Maria Elisângela Torres de Lima Sanches

Rua Félix Bandeira, número 164.

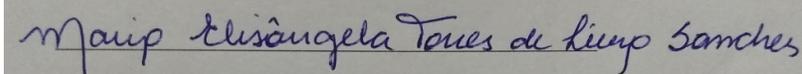
Ponta Grossa, CEP: 57014-420 – Maceió

Telefone: 082-99303-1653

**Assinatura ou impressão datiloscópica
Do voluntário da pesquisa**



**Assinatura do pesquisador responsável pelo Estudo
Isabela Soares Gomes Alves**

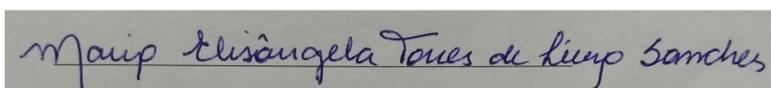


**Assinatura do pesquisador responsável pelo Estudo
Maria Elisângela Torres de Lima Sanches**

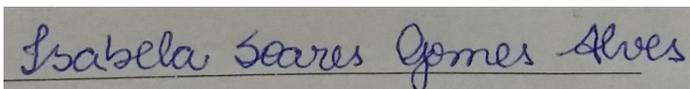
**APÊNDICE C – DECLARAÇÃO DE CUMPRIMENTO DAS NORMAS DA
RESOLUÇÃO 466/12, DE PUBLICIZAÇÃO DOS RESULTADOS E SOBRE O USO
E DESTINAÇÃO DO MATERIAL/DADOS COLETADOS.**

Maria Elisângela Torres de Lima Sanches (orientadora) e Isabela Soares Gomes Alves, pesquisadores do projeto intitulado “**Implicações que ocorrem no pré-natal na identificação da infecção do trato urinário que levam ao trabalho de parto prematuro.**”, ao tempo em que nos comprometemos em seguir fielmente os dispositivos da Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde, asseguramos que os resultados da presente pesquisa serão tornados públicos sejam eles favoráveis ou não bem como declaramos que os dados coletados para o desenvolvimento do projeto, através de preenchimento de questionário previamente estruturado por meio de informações contidas nos prontuários e fichas de atendimento da maternidade do Hospital Universitário Professor Alberto Antunes, no município de Maceió-AL, serão utilizados para elaboração do Trabalho de Conclusão de Curso (TCC) e, após conclusão da pesquisa, ficarão na posse do pesquisador.

Maceió/AL, 28 de fevereiro de 2018.



Maria Elisângela Torres de Lima Sanches



Isabela Soares Gomes Alves

ANEXO A – AUTORIZAÇÃO INSTITUCIONAL PARA REALIZAÇÃO DA PESQUISA

HOSPITAL UNIVERSITÁRIO
PROF. ALBERTO ANTUNES

EBSERH

MINISTÉRIO DA
EDUCAÇÃO

BRASIL

MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
EMPRESA BRASILEIRA DE SERVIÇOS HOSPITALARES
UNIVERSIDADE FEDERAL DE ALAGOAS
HOSPITAL UNIVERSITÁRIO PROF. ALBERTO ANTUNES

Carta de Aceite

Maceió, 23 de fevereiro de 2018.

Declaramos para os devidos fins que o projeto de pesquisa intitulado "IMPLICAÇÕES QUE OCORREM NO PRÉ-NATAL NA IDENTIFICAÇÃO DA INFECÇÃO DO TRATO URINÁRIO QUE LEVAM AO TRABALHO DE PARTO PREMATURO.", protocolo 639, sob a coordenação de MARIA ELISANGELA TORRES DE LIMA SANCHES, obteve parecer favorável do Chefe de Pesquisa e Inovação Tecnológica do HUPAA/UFAL/EBSERH e somente será **AUTORIZADO DEFINITIVAMENTE** por esta instituição após obter o **parecer consubstanciado do Comitê de Ética em Pesquisa**.

Atenciosamente,

Dr. José Humberto B. Chaves
Chefe do Setor de Pesquisa e
Inovação Tecnológica
SIAPE: 331426
HUPAA/UFAL/EBSERH

JOSÉ HUMBERTO BELMINO CHAVES

Chefe do Setor de Gestão da Pesquisa e Inovação Tecnológica
GEP/HUPAA/UFAL/EBSERH

ANEXO B – PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
ALAGOAS



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Implicações que ocorrem no pré-natal na identificação da infecção do trato urinário, que levam ao trabalho de parto prematuro.

Pesquisador: Maria Elisângela Torres de Lima Sanches

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 87670018.2.0000.5013

Instituição Proponente: Universidade Federal de Alagoas

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 2.648.815

Apresentação do Projeto:

RESUMO: A morbimortalidade materna e perinatal continuam ainda muito elevadas no Brasil, incompatíveis com o atual nível de desenvolvimento econômico e social do País. Sabe-se que a maioria das mortes e complicações que surgem durante a gravidez, parto e puerpério são preveníveis. As infecções, principalmente a urinária, que acometem as gestantes desencadeiam intercorrências que afetam diretamente a vida dela e do bebê. Este estudo busca relacionar a ocorrência do trabalho de parto prematuro (TPP) associado à infecção do trato urinário (ITU), bem como os fatores que corroboram para esta ocorrência e como pode ser detectado precocemente na consulta de pré-natal da atenção primária. Trata-se de um estudo descritivo, retrospectivo e documental, de abordagem quantitativa. A pesquisa incluirá os prontuários e as fichas de atendimento obstétrico e entrevista através de questionário às parturientes atendidas na maternidade do Hospital Universitário Professor Alberto Antunes no período Junho a Agosto de 2018. As informações produzidas serão estatisticamente tratadas e discutidas embasando-se na literatura existente.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário: Identificar as intercorrências na gestação, observadas no pré-natal, que desencadeiam o trabalho de parto prematuro.

Endereço: Av. Lourival Melo Mota, s/n - Campus A . C. Simões,

Bairro: Cidade Universitária

CEP: 57.072-900

UF: AL

Município: MACEIO

Telefone: (82)3214-1041

E-mail: comitedeeticaufal@gmail.com

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos: Quanto à saúde física e mental o participante terá risco de se cansar, ter seu tempo ocupado, sentir-se desconfortável com as perguntas, podendo dessa forma não desejar mais participar da pesquisa, logo a pesquisadora respeitará o momento de cada entrevistado, suspenderá a entrevista tantas vezes quantas sejam necessárias, remarcará quando se preferir, ouvirá os argumentos, além de garantir sigilo e que as respostas só serão vistas pela equipe de pesquisa. Em caso de quebra de sigilo, os dados coletados serão descartados para evitar prejuízos com a privacidade do participante. Os critérios para suspender e/ou encerrar a pesquisa será devido a greves no HUPAA, apenas.

Benefícios: Apresenta benefícios como a possibilidade de promover a reflexão por parte dos profissionais e unidades envolvidas, ocasionando a correção de resultados negativos, melhorando a assistência a parturiente e prevenindo agravos e intercorrências.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Trata-se de uma pesquisa de abordagem quantitativa, de caráter descritivo, visto que consiste em observar, descrever e documentar aspectos de uma determinada situação (POLIT; BECK, 2011).

Estima-se que o presente estudo venha contribuir para conscientizar os profissionais que realizam o pré-natal a efetuar as consultas de forma holística e atenciosa, não permitindo passar despercebido qualquer alteração não fisiológica que ocorra na gestante, impedindo assim uma evolução para trabalho de parto prematuro.

Tamanho da Amostra no Brasil: 235

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Encontram-se adequados conforme as solicitações das resoluções 466/2012 e 510/2016.

Recomendações:

Informar o recurso estatístico para tratamento, organização, apresentação dos dados (testes estatísticos).
Corrigir no Formulário PB.

Endereço: Av. Lourival Melo Mota, s/n - Campus A . C. Simões,
Bairro: Cidade Universitária **CEP:** 57.072-900
UF: AL **Município:** MACEIO
Telefone: (82)3214-1041 **E-mail:** comitedeeticaufal@gmail.com

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Adequado conforme as SOLICITAÇÕES das resoluções 466/2012 e 510/2016.

Considerações Finais a critério do CEP:

Protocolo Aprovado

Prezado (a) Pesquisador (a), lembre-se que, segundo a Res. CNS 466/12 e sua complementar 510/2016:

O participante da pesquisa tem a liberdade de recusar-se a participar ou de retirar seu consentimento em qualquer fase da pesquisa, sem penalização alguma e sem prejuízo ao seu cuidado e deve receber cópia do TCLE, na íntegra, por ele assinado, a não ser em estudo com autorização de declínio;

V.S^a. deve desenvolver a pesquisa conforme delineada no protocolo aprovado e descontinuar o estudo somente após análise das razões da descontinuidade por este CEP, exceto quando perceber risco ou dano não previsto ao sujeito participante ou quando constatar a superioridade de regime oferecido a um dos grupos da pesquisa que requeiram ação imediata;

O CEP deve ser imediatamente informado de todos os fatos relevantes que alterem o curso normal do estudo. É responsabilidade do pesquisador assegurar medidas imediatas adequadas a evento adverso ocorrido e enviar notificação a este CEP e, em casos pertinentes, à ANVISA;

Eventuais modificações ou emendas ao protocolo devem ser apresentadas ao CEP de forma clara e sucinta, identificando a parte do protocolo a ser modificada e suas justificativas. Em caso de projetos do Grupo I ou II apresentados anteriormente à ANVISA, o pesquisador ou patrocinador deve enviá-las também à mesma, junto com o parecer aprovatório do CEP, para serem juntadas ao protocolo inicial;

Seus relatórios parciais e final devem ser apresentados a este CEP, inicialmente após o prazo determinado no seu cronograma e ao término do estudo. A falta de envio de, pelo menos, o relatório final da pesquisa implicará em não recebimento de um próximo protocolo de pesquisa de vossa autoria.

O cronograma previsto para a pesquisa será executado caso o projeto seja APROVADO pelo Sistema CEP/CONEP, conforme Carta Circular nº. 061/2012/CONEP/CNS/GB/MS (Brasília-DF, 04 de maio de 2012).

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Endereço: Av. Lourival Melo Mota, s/n - Campus A . C. Simões,
Bairro: Cidade Universitária **CEP:** 57.072-900
UF: AL **Município:** MACEIO
Telefone: (82)3214-1041 **E-mail:** comitedeeticaufal@gmail.com

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
ALAGOAS



Continuação do Parecer: 2.648.815

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BASICAS_DO_PROJETO_1068418.pdf	09/04/2018 20:03:47		Aceito
Cronograma	cronograma_preATU.pdf	09/04/2018 20:03:14	ISABELA SOARES GOMES ALVES	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETODETALHADO.pdf	09/04/2018 20:02:04	ISABELA SOARES GOMES ALVES	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLEATU.pdf	09/04/2018 20:00:22	ISABELA SOARES GOMES ALVES	Aceito
Outros	carta_aceite_hu.pdf	01/04/2018 17:56:47	ISABELA SOARES GOMES ALVES	Aceito
Declaração de Pesquisadores	declaracao_cuprimento.pdf	16/03/2018 16:41:06	ISABELA SOARES GOMES ALVES	Aceito
Orçamento	orcamento_pre.pdf	16/03/2018 16:40:29	ISABELA SOARES GOMES ALVES	Aceito
Outros	FORMULARIO_PRE_PROJETO.docx	26/02/2018 20:18:11	ISABELA SOARES GOMES ALVES	Aceito
Folha de Rosto	folhaderosto_assinada.pdf	26/02/2018 20:15:42	ISABELA SOARES GOMES ALVES	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

MACEIO, 10 de Maio de 2018

Assinado por:
Luciana Santana
(Coordenador)

Endereço: Av. Lourival Melo Mota, s/n - Campus A . C. Simões,

Bairro: Cidade Universitária

CEP: 57.072-900

UF: AL

Município: MACEIO

Telefone: (82)3214-1041

E-mail: comitedeeticaufal@gmail.com