UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO

DALILA HELENA AFFONSO ARTIGA

Fatores de risco associados ao parto prematuro: estudo caso-controle

Ribeirão Preto
2022

DALILA HELENA AFFONSO ARTIGA

Fatores de risco associados ao parto prematuro: estudo caso-controle

Dissertação apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, para obtenção do título de Mestre em Ciências, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem em Saúde Pública.

Linha de pesquisa: Assistência à saúde da mulher no ciclo vital

Orientador: Flávia Azevedo Gomes-Sponholz

Ribeirão Preto
2022

Autorizo a reprodução e divulgação total ou parcial deste trabalho, por qualquer meio convencional ou eletrônico, para fins de estudo e pesquisa, desde que citada a fonte.

Affonso Artiga, Dalila Helena

Fatores de risco associados ao parto prematuro: estudo caso-controle. Ribeirão Preto, 2022.
75 p. : il. ; 30 cm

Dissertação de Mestrado, apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/USP. Área de concentração: Enfermagem em Saúde Pública.
Orientador: Flávia Azevedo Gomes-Sponholz

1. Saúde Materno-Infantil. 2. Saúde da Mulher. 3. Estudos de Casos e Controles. 4. Fatores de Risco. 5. Trabalho de Parto Prematuro.

AFFONSO ARTIGA, Dalila Helena

Fatores de risco associados ao parto prematuro: estudo caso-controle

Dissertação apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, para obtenção do título de Mestre em Ciências, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem em Saúde Pública.

Aprovado em / /

Presidente

Prof. Dr. _____

Instituição: _____

Comissão Julgadora

Prof. Dr. _____

Instituição: _____

Prof. Dr. _____

Instituição: _____

Prof. Dr. _____

Instituição: _____

DEDICATÓRIA

O AMOR É O DOM SUPREMO

Ainda que eu fale as línguas dos homens e dos anjos, se não tiver amor, serei como bronze que soa ou como o címbalo que retine.

Ainda que eu tenha o dom de profetizar e conheça todos os mistérios e toda a ciência; ainda que eu tenha tamanha fé, a ponto de transportar montes, se não tiver amor, nada serei.

E ainda que eu distribua todos os meus bens entre os pobres e ainda entregue o meu próprio corpo para ser queimado, se não tiver amor, nada disso me aproveitará.

O amor é paciente, é benigno; o amor não arde em ciúmes, não se ufana, não se ensoberbece, não se conduz inconvenientemente, não procura os seus interesses, não se exaspera, não se ressente do mal; não se alegra com a injustiça, mas regozija-se com a verdade; tudo sofre, tudo crê, tudo espera, tudo suporta.

O amor jamais acaba; mas, havendo profecias, desaparecerão; havendo línguas, cessarão; havendo ciência, passará; porque, em parte, conhecemos e, em parte, profetizamos. Quando, porém, vier o que é perfeito, então, o que é em parte será aniquilado.

Agora, pois, permanecem a fé, a esperança e o amor, estes três; porém o maior destes é o amor.

(I Coríntios, 13).

Dedico este trabalho, com todo meu amor, às mulheres mais importantes da minha vida. Que me ensinaram como ser forte, educada, independente e a distribuir amor e carinho a quem quer que seja. À minha irmã Clara Helena Affonso, minha mãe Vera Aparecida Claro, minha avó materna Wilma Delpasso Claro (in memoriam) e a minha avó paterna Dalila da Silva Affonso (in memoriam).

AGRADECIMENTOS

Aos meus pais João e Vera, que sempre se esforçaram e deram o máximo para que eu tivesse educação e acesso a escolas de qualidade, e me ensinaram valores importantes para condução de um mundo melhor. E à minha irmã Clara, que tenho muita admiração e espero servir como exemplo de profissional e como ser humano.

Ao meu esposo Pedro, que por muitas vezes foi (e continua sendo) meu raio de luz e não me deixou desistir desta e outras jornadas em minha vida. Obrigada por toda compreensão e ajuda (sempre).

À minha co orientadora Profa. Dra. Nayara Gonçalves Barbosa, obrigada por todas as palavras de incentivo quando eu mais precisei. Você foi essencial para que eu pudesse finalizar esta dissertação.

Muito obrigada à minha orientadora Profa. Flávia Azevedo Gomes-Sponholz, por sempre ter acreditado no meu potencial e pelos ensinamentos compartilhados. Foi e continua sendo uma inspiração como mulher, profissional e pesquisadora.

À Clara Machado Biagiotti que sempre se mostrou solícita para me ajudar no que fosse necessário. Obrigada pela confiança. Sem a sua ajuda eu não teria conseguido alcançar estes resultados.

Às Profas. Juliana Cristina dos Santos Monteiro e Angelina Lettiere-Viana pela contribuição e ajuda no trabalho, além de participar da banca examinadora do exame de qualificação.

Às minhas amigas e irmãs de alma Polyane e Marina, obrigada por serem tão presentes em minha vida e por não me abandonarem nunca. Vocês são muito importantes em minha vida.

À Edilene Foleto, que sempre respondeu de forma amigável a todos os meus e-mails com as mais diversas problemáticas, sempre tendo uma solução para tudo. Você é uma mulher incrível. OBRIGADA.

Aos enfermeiros que sempre indicavam onde e quando encontrar as mulheres para a minha pesquisa. E a todas as mulheres que colaboraram e aceitaram doar um pouco do seu tempo para a realização deste projeto de pesquisa.

E ao Conselho Nacional de Pesquisas que durante 21 meses disponibilizou auxílio financeiro para que eu pudesse dedicar 100% do meu tempo a esta pesquisa tão importante.

"O presente trabalho foi realizado com apoio da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior - Brasil (CAPES) - Código de Financiamento 001"

RESUMO

AFFONSO ARTIGA, D. H. **Fatores de risco associados ao parto prematuro: estudo caso-controle.** 2022. 75f. Dissertação (Mestrado) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2022.

O parto prematuro é um evento contínuo e de alta prevalência. É o principal responsável pela morbidade e mortalidade durante a infância, assim, o objetivo deste estudo foi o de identificar os fatores de risco associados ao parto prematuro em uma população de mulheres. Este é um estudo quantitativo do tipo caso-controle de base hospitalar realizado com 50 mães de recém-nascidos pré-termo (casos) e 100 mães de recém-nascidos a termo (controles) . A razão de pareamento escolhida foi de 1:2, foram utilizados instrumentos validados responsáveis pela análise da caracterização das participantes quanto a aspectos sociodemográficos e econômicos, a descrição dos aspectos obstétricos e investigar a influência do uso de substâncias durante a gravidez. Para análise estatística realizou-se os testes qui-quadrado e de associação de Pearson no programa R (R Core Team, 2021). Foram encontradas as seguintes associações de nascimento prematuro durante a gestação: idade inferior a 30 anos (OR = 2,33;IC = 1,16 - 4,70); mulheres com parceiro/companheiro fixo (OR = 2,14; IC = 0,93 - 4,94); hábito de fumar (OR = 1,98; IC = 0,75 - 5,23); uso de drogas (OR = 2,04; IC = 0,28 - 14,94) e consumo de bebida alcoólica (OR = 2,20; IC = 0,95 - 5,03). Mulheres com idade inferior a 30 anos, com parceiros/companheiros fixos e que fizeram uso de substâncias ilícitas no período gestacional foram fatores de risco para o parto prematuro, indicando a necessidade de intervenções de enfermagem no pré-natal, acolhendo, apoiando e encaminhando estas mulheres aos serviços adequados de apoio às vítimas. Além da atuação em rede para atenção às gestantes usuárias dessas substâncias.

Palavras-chave: Saúde Materno-Infantil; Saúde da Mulher; Estudos de Casos e Controles; Fatores de Risco; Trabalho de Parto Prematuro.

ABSTRACT

AFFONSO ARTIGA, D. H. **Risk factors associated with childbirth: a case-control study.** 2022. 75p. Dissertation (Master's) - Ribeirão Preto School of Nursing, University of São Paulo, Ribeirão Preto, 2022.

Expected delivery is a continuous and highly prevalent event. It is primarily responsible for age and childhood, so the mortality objective of this study was to identify factors associated with birth morbidity in a population of women. This is a hospital-based control-type newborn study conducted with 50 mothers of newborns (cases) and 100 mothers of full-term newborns (controls). The pairing ratio chosen was 1:2, they were used to analyze the characterization of the characteristics defined by the sociodemographic and participant aspects, that of the obstetric aspects and to investigate the influence of the use of aspects during pregnancy. For statistical analysis, the chi-square and Pearson association tests were performed in the R program (R Core Team, 2021). Were all the following associations of birth during pregnancy years: age less than 2.33; CI = 1.16 - 4.70); women with a steady partner (OR = 2.14; CI = 0.93 - 4.94); smoking habit (OR = 1.98; CI = 0.75 - 5.23); drug use (2.04; CI = 0.28 - 194) and consumption of alcoholic beverages (OR = 2.20; CI = 5.95 - 5.03). Women under 30 years old, with partners who used illicit substances during pregnancy, indicating a risk of need for nursing interventions in prenatal care, welcoming and referring them to specialized support services . In addition to working in a network in the care of pregnant women who use these substances.

Keywords: Maternal and Child Health; Women's Health; Case-Control Studies; Risk Factors; Obstetric Labor Premature.

RESUMEN

AFFONSO ARTIGA, D. H. **Factores de riesgo asociados con el parto prematuro: un estudio de casos y controles.** 2022. 75f. Disertación (Maestría) - Escuela de Enfermería de Ribeirão Preto, Universidad de São Paulo, Ribeirão Preto, 2022.

El parto prematuro es un evento continuo y de alta prevalencia. Es el principal responsable de la morbilidad y mortalidad durante la infancia, por lo que el objetivo de este estudio fue identificar los factores de riesgo asociados al parto prematuro en una población de mujeres. Este es un estudio cuantitativo de casos y controles en un hospital realizado con 50 madres de recién nacidos prematuros (casos) y 100 madres de recién nacidos a término (controles). La relación de emparejamiento escogida fue 1:2, se utilizaron instrumentos validados encargados de analizar la caracterización de las participantes en cuanto a aspectos sociodemográficos y económicos, la descripción de aspectos obstétricos e investigar la influencia del consumo de sustancias durante el embarazo. Para el análisis estadístico se realizaron las pruebas de asociación chi-cuadrado y Pearson en el programa R (R Core Team, 2021). Se encontraron las siguientes asociaciones de parto prematuro durante el embarazo: edad menor de 30 años (OR = 2,33; IC = 1,16 - 4,70); mujeres con pareja estable (OR = 2,14; IC = 0,93 - 4,94); hábito tabáquico (OR = 1,98; IC = 0,75 - 5,23); consumo de drogas (OR = 2,04; IC = 0,28 - 14,94) y consumo de alcohol (OR = 2,20; IC = 0,95 - 5,03). Mujeres menores de 30 años, con compañero/pareja estable y que usaron sustancias ilícitas en el período gestacional fueron factores de riesgo para parto pretérmino, indicando la necesidad de intervenciones de enfermería en el prenatal, acogiendo, apoyando y derivando estas mujeres a servicios apropiados de apoyo a las víctimas. Además de trabajar en red para la atención de mujeres embarazadas que consumen estas sustancias.

Palabras clave: Salud Materno-Infantil; Salud de la Mujer; Estudios de Casos y Controles; Factores de Riesgo; Trabajo de Parto Prematuro.

LISTA DE TABELAS

TABELA 1: Valores absolutos e relativos da amostra em relação aos fatores individuais e características socioeconômicas. Ribeirão Preto, 2021……36

TABELA 2: Valores absolutos e relativos da amostra em relação aos fatores comportamentais. Ribeirão Preto, 2022……...37

TABELA 3: Valores absolutos e relativos da amostra em relação às características obstétricas. Ribeirão Preto, 2022…….38

TABELA 4: Distribuição das características sociodemográficas das participantes através associação ao parto pré-termo no período de novembro de 2020 a abril de 2021 no HCFMRP/USP e CRSM - MATER. Ribeirão Preto, São Paulo, Brasil, 2022…….38

LISTA DE SIGLAS

AUDIT	Alcohol use Disorder Identification Test
CRSM - MATER	Centro de Referência em Saúde da Mulher
DEMISP	Departamento de Enfermagem Materno-Infantil e Saúde Pública
DRS XIII	Departamento Regional de Saúde XIII
EERP	Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto
EUA	Estados Unidos da América
HCFMRP/USP	Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo
MS	Ministério da Saúde
NOAS	Normas Operacionais de Assistência à Saúde
NOB	Normas Operacionais Básicas
ODM	Objetivos do Milênio
OMS	Organização Mundial da Saúde
ONU	Organização das Nações Unidas
OR	Odds Ratio
ORB	Odds Ratio Bruto
PAISC	Programa de Assistência Integral à Saúde da Criança
PAISM	Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher
PHPN	Programa de Humanização do Pré-Natal e Nascimento
PNAISM	Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher
PNPS	Política Nacional de Promoção da Saúde
PSMI	Programa de Saúde Materno-Infantil
RAS	Rede de Atenção à Saúde
SIM	Sistema de Informação de Mortalidade
SINASC	Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UBS	Unidade Básica de Saúde
USP	Universidade de São Paulo

SUMÁRIO

1 - APRESENTAÇÃO **14**

2 - INTRODUÇÃO **14**

2.1 - JUSTIFICATIVA 15

3 - OBJETIVOS **17**

3.1 - OBJETIVO GERAL 17

3.2 - OBJETIVO ESPECÍFICO 17

4 - REVISÃO DE LITERATURA **18**

4.1 - POLÍTICAS DE ATENÇÃO À SAÚDE DA MULHER 18

4.2 - FATORES DE RISCO E PARTO PREMATURO 22

4.3- ESTRATÉGIAS DE PREVENÇÃO AO PARTO PREMATURO E PROMOÇÃO DA SAÚDE 24

5 - METODOLOGIA **27**

5.1- TIPO DE ESTUDO 27

5.2 - LOCAL DO ESTUDO 27

5.3 - PARTICIPANTES DO ESTUDO 28

5.4 - INSTRUMENTOS DE COLETAS DE DADOS 29

5.5 - TREINAMENTO DA DUPLA DE TRABALHO DE CAMPO 30

5.6 - PROCEDIMENTO PARA COLETA DE DADOS 31

5.7 - VARIÁVEIS DO ESTUDO 31

5.8 - PROCESSO DE ANÁLISE DOS DADOS 35

5.9 - ASPECTOS ÉTICOS 35

5.10 - RISCOS E BENEFÍCIOS/RESULTADOS ALCANÇADOS 36

6.1 - DESCRIÇÃO DA AMOSTRA 37

6.2 - ANÁLISE INFERENCIAL 39

6.3 - DISCUSSÃO 41

REFERÊNCIAS **51**

APÊNDICES **60**

ANEXOS **66**

1 - APRESENTAÇÃO

Desde que estava no ensino médio tinha o desejo de seguir uma profissão da qual pudesse me dedicar, cuidar, respeitar e amar o próximo. Foi relativamente rápido perceber que minha vocação seria a de ser enfermeira, e que poder dedicar o meu tempo ajudando outras pessoas me traria uma gratificação tanto profissional quanto pessoal.

Quando ingressei no curso de Bacharelado em Enfermagem na EERP/USP, desde o princípio, estive envolvida em projetos de iniciação científica e projetos de extensão. A língua portuguesa e a habilidade de leitura e escrita sempre estiveram presentes em minha vida, poder aprender com os textos científicos me trazia e continua trazendo muita satisfação. Neste momento, percebi que gostaria de estar cada vez mais envolvida com o meio acadêmico e científico.

Conforme os semestres do curso de enfermagem passavam, comecei a me ver cada vez mais inserida no ambiente hospitalar, e assim como a minha paixão pela escrita e a leitura, também me apaixonei pela rotina hospitalar e o contato físico com os pacientes. A minha tendência sempre foi para seguir as áreas de saúde mental e saúde da criança, especialmente aos cuidados neonatais.

Além dos estágios obrigatórios passei a frequentar um estágio extracurricular na Secretaria Municipal de Ribeirão Preto junto ao Programa de Aleitamento Materno. Poder conhecer a fundo a importância do ato da amamentação e estar em contato com estas mães, me despertou um interesse muito grande por esta área. Passei a estudar cada vez mais sobre o tema e aprendi que não tinha como me dedicar ao bebê sem me dedicar a mãe e a mulher. Foi a partir deste momento, que surgiu a vontade de auxiliar de forma humanizada todas as mulheres e seus bebês fosse, antes, durante ou após a gestação.

E foi unindo as minhas duas paixões, a pesquisa e a saúde da mulher, que antes da minha formatura, em 2018, optei por ingressar no Programa de Pós-graduação da EERP/USP junto a minha orientadora, Profa Flávia Azevedo Gomes-Sponholz, que também foi minha docente de graduação e é uma das responsáveis por me fazer acreditar que vale a pena toda a dedicação aos cuidados à saúde da mulher e do recém-nascido.

2 - INTRODUÇÃO

O parto prematuro, equivalente à interrupção da gestação antes da 37ª semana, é um evento de prevalência alta e em aumento contínuo tanto em países desenvolvidos quanto em países em desenvolvimento (AMERICAN COLLEGE OF OBSTETRICIANS AND GYNECOLOGISTS, 2021) e é a principal causa de mortalidade em crianças menores de cinco anos, sobretudo no período neonatal, e associa-se com expressiva morbidade na infância (STUFF et al., 2019).

A cada ano ocorrem cerca de 135 milhões de nascimentos no mundo, aproximadamente 15 milhões destes são prematuros, correspondendo a 11% das gestações em todos os países (HARRISON et al., 2016; STUFF et al., 2019). O Brasil encontra-se na nona posição no ranking de países com maior número de nascimentos prematuros, com taxa de 11,2% por 100 nascidos vivos (CHAWANPAIBOON et al., 2019).

O processo que resulta no parto prematuro é multifatorial, podendo associar-se com condições de risco inerentes ao período pré-concepcional e gestacional com possíveis repercussões durante toda a vida da criança (AMERICAN COLLEGE OF OBSTETRICIANS AND GYNECOLOGISTS, 2021; SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA, 2017).

O inquérito nacional sobre parto e nascimento, divulgou, juntamente com a prevalência de partos prematuros no Brasil, os fatores que podem estar envolvidos no processo da prematuridade. De um modo geral são os fatores sociodemográficos, os relacionados ao tipo de serviço de saúde, e aqueles relacionados ao histórico de prematuridade anterior (LEAL et al., 2016).

Apresentamos, nesse projeto de mestrado, a suposição de que ocorra maior incidência de parto pré-termo entre mulheres que apresentem baixo nível educacional, menor renda, menor número de consultas durante o pré-natal, abuso de substâncias durante a gravidez e menor equidade em saúde (PEDERSEN et al., 2021).

2.1 - JUSTIFICATIVA

Frente ao exposto, constatamos que o nascimento pré-termo pode estar fortemente associado a fatores sociodemográficos, comportamentais, obstétricos e os relacionados ao tipo de serviço de saúde. Apesar do grande avanço nesta área, autores alertam a comunidade científica para a necessidade de que estudos sobre fatores de risco associados ao parto

pré-termo sejam desenvolvidos constantemente, pois muitas causas ainda permanecem obscuras (VOGEL et al., 2018; HOWSON et al., 2013).

A melhor compreensão dos fatores de risco associados ao parto e nascimento prematuros são fundamentais para o planejamento de ações de intervenção para a melhoria da saúde materno-infantil. Muitos desses fatores são passíveis de prevenção, (DEFILIPO et al., 2022) o que reforça a importância da atenção primária à saúde no cuidado pré-natal e do papel do enfermeiro na gestão do cuidado, no acolhimento e assistência integral às gestantes e suas famílias (AMORIM et al., 2022).

3 - OBJETIVOS

3.1 - OBJETIVO GERAL

Identificar os fatores de risco associados ao parto pré-termo em uma população de mulheres.

3.2 - OBJETIVO ESPECÍFICO

1. Caracterizar as mulheres quanto aos aspectos sociodemográficos e econômicos;
2. Caracterizar as mulheres quanto aos aspectos obstétricos;
3. Investigar a influência do uso de substâncias durante a gravidez.

4 - REVISÃO DE LITERATURA

4.1 - POLÍTICAS DE ATENÇÃO À SAÚDE DA MULHER

No Brasil as Políticas Nacionais de Saúde voltadas à mulher foram incorporadas apenas no século XX, ainda assim, os serviços oferecidos eram escassos e voltados somente a gravidez e ao parto. Quando os programas materno-infantis foram elaborados nas décadas de 1930, 1950 e 1970 era nítida a visão da mulher perante a sociedade, extremamente restrita e voltada para o seu papel social de mãe e do lar desenvolvendo funções como: educação, criação e cuidados dos filhos e da família e responsabilidades com o lar (BRASIL, 2004). Não havia uma avaliação das necessidades de saúde das populações locais o que refletia no baixo impacto dos indicadores de saúde da mulher.

Ainda que os cuidados voltados à saúde da criança e da mulher fossem precários, existem relatos na literatura sobre projetos de intervenção em relação aos indicadores de saúde-doença de mulheres e crianças, comprovando certa preocupação com este grupo. E assim nas primeiras décadas do século XX foram implementadas as primeiras políticas de saúde, mesmo que voltadas a gravidez e ao parto. O primeiro programa relativo à saúde materno-infantil foi criado na época do Estado Novo (1937-1945). Mais uma vez as prioridades foram voltadas à normatização do atendimento à mulher e seu filho e ao combate da mortalidade infantil. Questões como reprodução não haviam sido priorizadas naquele momento (BRASIL, 2004; CASSIANO et al., 2014).

Com a chegada do governo de Getúlio Vargas e o discurso de criação de uma raça humana superior e "mais forte" em relação às outras, o Estado delegou a mulher o dever e responsabilidade de melhorar a raça humana, desenvolvendo e criando homens sadios e com condições de promover o crescimento e as melhorias do desenvolvimento econômico do país ou seja, a reprodução humana seria mais importante para a sociedade do que para o próprio indivíduo. Dessa forma, a assistência educacional, sanitária e de saúde foi direcionada a mulher e a criança visando o fortalecimento e enriquecimento do país (CASSIANO et al., 2014).

Mesmo com a implementação de novas políticas de incentivo e ações de promoção à saúde voltadas à melhoria do pré-natal, queda da mortalidade infantil, bons hábitos de higiene e reforço alimentar materno-infantil, os resultados alcançados não foram satisfatórios. O nível de mortalidade materno-infantil não diminuiu como o esperado, somados aos problemas de origem sanitária e de higiene e do crescimento da pobreza da população (CASSIANO et al., 2014). Reflexo de uma assistência fragmentada, centrada no ciclo gravídico puerperal, onde o

planejamento de ações à saúde voltadas à mulher e a criança não interagiam com outras ações e programas do governo. As metas e ações eram definidas sem avaliação das necessidades e conhecimento epidemiológico da população a ser atendida (BRASIL 2004; ARAÚJO et al., 2014).

Em 1975 é implementado o Programa de Saúde Materno Infantil (PSMI) regido por duas principais vertentes: intervenção médica sobre o corpo feminino através da cesariana e a esterilização como método contraceptivo julgado mais adequado à época. De certa forma, este programa corroborou com a redução da taxa de mortalidade infantil, passando a ser de 82,9 para cada 1000 nascidos vivos em 1980 se comparado aos 100 casos para cada 1000 nascidos vivos registrados no ano de 1975 (IBGE, 1999).

Em meio aos movimentos que ocorriam na década de 70, entre as lutas dos movimentos sociais e a busca da reforma sanitária, o Ministério da Saúde criou em 1984 o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM). Foi incorporado com princípios e diretrizes as propostas de descentralização, hierarquização e regionalização dos serviços, assim como a equidade e integralidade da atenção. Lembrando que na mesma época, de forma paralela estava havendo uma movimentação social onde princípios conceituais eram debatidos e viriam posteriormente dar vida ao Sistema Único de Saúde (SUS) (BRASIL, 2004).

> O novo programa para a saúde da mulher incluía ações educativas preventivas, de diagnóstico, tratamento e recuperação, englobando a assistência à mulher em clínica ginecológica, no pré-natal, parto e puerpério, no climatério, em planejamento familiar, DST, câncer de colo de útero e de mama, além de outras necessidades identificadas a partir do perfil populacional das mulheres (BRASIL, 1983 apud BRASIL, 2004, p.17).

Sob os moldes do PAISM, também foi criado em 1984 o Programa de Assistência Integral à Saúde da Criança (PAISC). Esta foi a primeira vez em que programas de atenção à saúde da mulher e da criança foram criados visando o atendimento individual destas modalidades.

> O sistema de saúde no Brasil, por muitos anos, manteve a saúde da criança interligada à saúde materna pela Política de Atenção à Saúde Materno- Infantil. A partir de 1984, o Brasil implantou o Programa de Assistência Integral à Saúde da Criança (PAISC) como estratégia de enfrentamento às adversidades nas condições de saúde da população infantil, especificamente no que se refere à sua sobrevivência. Foi criado com o objetivo de promover a saúde, de forma integral, priorizando crianças pertencentes a grupos de risco e procurando qualificar a assistência e aumentar a cobertura dos serviços de saúde. As ações abrangiam acompanhamento do crescimento e

> desenvolvimento; incentivo ao aleitamento materno; controle das doenças diarreicas e das Infecções Respiratórias Agudas (IRAs) e a imunização (ARAÚJO et al., 2014, p. 1003).

Como dito anteriormente, a criação do SUS teve forte influência do PAISM e vem sendo implementado baseado nos princípios e diretrizes contidos na legislação básica: Constituição de 1988, Lei n.º 8.080 e Lei n.º 8.142, Normas Operacionais Básicas (NOB) e Normas Operacionais de Assistência à Saúde (NOAS). Também vale ressaltar a implementação do Programa de Humanização do Pré-Natal e Nascimento (PHPN) nos anos 2000, que tinha como objetivo, reorganizar a assistência à saúde da mulher e integrar o pré-natal ao parto e ao puerpério, expandido o acesso das mulheres e aos serviços de saúde além da garantia de uma assistência de qualidade (BRASIL, 2012).

Em 2004 o Ministério da Saúde (MS) criou o documento da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher - Princípios e Diretrizes (PNAISM), ressaltando o compromisso com a implementação em saúde, garantia dos direitos das mulheres e redução de agravos por causas preveníveis e evitáveis (BRASIL, 2012). Ainda em 2004 foi lançado pelo MS a Agenda de Compromissos para a Saúde Integral da Criança e Redução da Mortalidade Infantil objetivando promoção do nascimento, crescimento e desenvolvimento saudáveis, combate aos distúrbios nutricionais e as doenças da infância. Mais uma vez ocorre uma reorganização para que a promoção da assistência seja feita de forma mais integral e a rede de assistência trabalhe juntamente com os três níveis de atenção: primário, secundário e terciário (ARAÚJO et al., 2014).

Em março de 2004 é criado o Pacto Nacional pela Redução da Mortalidade Materna e Neonatal com uma meta de redução de mortes neonatais em 5% ao ano. Foi baseado nos princípios dos direitos humanos de mulheres e crianças, questões de gênero, aspectos étnicos e de desigualdades sociais e regionais, política de investimentos na ascensão obstétrica e neonatal, além de ampla mobilização e participação dos gestores e organizações sociais. Outra questão fortemente abordada foi a preocupação com a elevada taxa de operações cesarianas no Brasil, tanto em âmbito público quanto privado de saúde, gerando um maior risco de complicações durante o parto e pós parto (CASSIANO et al., 2014).

A Portaria 116, do Ministério da Saúde foi criada no ano de 2009 com o intuito de monitorar e regulamentar a coleta de dados, fluxo e periodicidade dos envios de informações sobre nascidos vivos e óbitos no país. Através dos avanços tecnológicos do Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (SINASC) e do Sistema de Informação de Mortalidade (SIM) é possível obter informações fidedignas e concretas para planejamentos futuros de

ações de intervenção (BRASIL, 2009). Embora muitos avanços tenham ocorrido nas últimas décadas, ainda existia a necessidade de sanar os problemas de saúde reprodutiva relacionados às mortes maternas e infantis por causas evitáveis. Neste contexto, foi criado em dezembro de 2010 através da Portaria 4.279 a Rede de Atenção à Saúde (RAS) com o intuito de reestruturar o sistema de saúde, organizando e melhorando a qualidade e resolutividade da atenção garantindo os direitos constitucionais (BRASIL, 2010).

Com o passar dos anos muitos foram os programas desenvolvidos visando uma melhor qualidade do atendimento materno-infantil, além dos programas de promoção e intervenção a saúde deste grupo. Ainda assim, o comprometimento em querer melhorar cada vez mais estes índices culminaram na organização de uma grande estratégia que qualificasse as Redes de Atenção Materno-Infantil em todo o Brasil, objetivando a redução das taxas de morbimortalidade materno-infantil do país, que ainda continuavam altas (BRASIL, 2012).

Em 24 de junho de 2011, através da Portaria número 1459 foi criada a Rede Cegonha. Possui como objetivos primordiais a implementação de um modelo de atenção à saúde da mulher e da criança novo, focando na atenção ao parto, ao nascimento, ao crescimento e desenvolvimento da criança até os dois anos de idade, ressaltando a importância de uma rede resolutiva e organiza como também da neonatal. A Rede Cegonha preconiza o respeito, a proteção e os segmentos dos direitos humanos, o respeito à diversidade de raças, etnias e aspectos culturais. Promoção da equidade, enfoque nas questões de gênero, garantia dos direitos sexuais e reprodutivos das mulheres, homens, jovens e adolescentes. (BRASIL, 2011).

A Portaria 1459 reforça a importância e a expansão de uma rede de saúde que seja capaz de atender aos anseios da população além de reforçar a importância do respeito aos critérios epidemiológicos. Também enfatiza que a Rede Cegonha deve organizar-se de acordo a quatro componentes: pré-natal, parto e nascimento, puerpério e atenção integral à saúde da criança e sistema logístico como, transporte sanitário e regulação. O Ministério da Saúde é responsável por ditar de que forma cada componente deve funcionar para que seu objetivo seja alcançado como, garantia do pré-natal na Unidade Básica de Saúde (UBS) e uma rede de atenção que também inclua assistência ao Alto Risco, ao parto, leitos suficientes para a mulher e o neonato, atendimento e busca as puérperas "SAMU Cegonha" (BRASIL, 2011).

Reforçando ainda mais a Rede Cegonha, em 2015 foi criada a Portaria 1130 instituindo a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança. Frisando novamente a importância da identificação das diversas populações como de planejamento de ações conforme diferentes cenários desde a concepção. Também ressalta a importância do cuidado

integral desde a atenção primária até a terciária (BRASIL, 2015). As leis e portarias criadas nos últimos anos fazem parte das políticas da RAS que visam superar o sistema de saúde fragmentado em vigência promovendo a integração sistêmica de ações e serviços e servicos de saúde, visando uma atenção contínua, integral, de alta qualidade, humanizada, de eficácia clínica e sanitária que seja capaz de solucionar 85% dos problemas comuns (ARAÚJO et al. 2014).Em suma, ainda assim a taxa de mortalidade infantil continua considerável no momento atual, sobretudo em relação a mortalidade neonatal que muitas vezes está relacionada a agravos perinatais.

A Organização das Nações Unidas (ONU) é responsável pelo desenvolvimento das metas do milênio, que ficaram conhecidas como os Objetivos de Desenvolvimento do Milênio (ODM) sendo estes, 1- Acabar com a fome e a miséria; 2- Oferecer educação básica de qualidade para todos; 3- Promover a igualdade entre os sexos e a autonomia das mulheres; 4- Reduzir a mortalidade infantil; 5- Melhorar a saúde das gestantes; 6- Combater a AIDS, a malária e outras doenças; 7- Garantir qualidade de vida e respeito ao meio ambiente e 8- Estabelecer parcerias para o desenvolvimento (BRASIL, 2015).

O Brasil faz parte das 191 nações que apoiam e vêm trabalhando para alcançar os ODM e mostrou um avanço considerável, tratando-se do quarto objetivo do milênio referente a redução da mortalidade infantil. O objetivo estabelecido para o ano de 2015 era de que houvesse uma redução prevista de mortalidade infantil em 15,7. O Brasil passou de 29,7 por cada mil nascidos vivos para 15,6 em 2010. Os resultados referente a diminuição da mortalidade de crianças abaixo de 5 anos também foi satisfatória, apresentando uma queda de 65% entre os anos de 1990 à 2010. O número de óbitos passou de 53,7 para 19 óbitos a cada mil nascidos vivos (BRASIL, 2015).

Ainda assim, as diferenças regionais em termos de mortalidade infantil persistem, sendo estas caracterizadas pela extrema diversidade regional e pelas condições sociais (ARAÚJO et al., 2014). Ou seja, ainda que muitas ações de saúde tenham sido desenvolvidas com o passar dos anos, a necessidade atual é de que essas políticas sejam efetivadas e que alcancem uma resolutividade nos problemas de saúde dos usuários, sobretudo ao grupo materno-infantil.

4.2 - FATORES DE RISCO E PARTO PREMATURO

Considerado uma emergência obstétrica, o parto prematuro gera um risco para o binômio mãe/bebê representando assim, um dos maiores problemas de saúde pública. É

responsável por ser a principal causa de mortalidade no 1° mês de vida, gerando dados de 1 milhão de mortes anuais no mundo (WHO, 2012).

Existem duas circunstâncias que levam ao parto pré-termo, espontânea ou medicamente induzido. Dois subtipos caracterizam o parto pré-termo espontâneo, a primeira é decorrente do trabalho de parto prematuro, independe de o parto ser natural ou cesariana devido a ruptura precoce das membranas amnióticas e a segunda ocorre por indicação fetal (restrição de crescimento intrauterino, estresse fetal) ou materna (pré-eclâmpsia, eclâmpsia, placenta abrupta e placenta prévia) (VOGEL et al., 2018). Ou realizado uma cesariana sem trabalho de parto.

O ato da intervenção médica, muitas vezes de forma equivocada, aumenta consequentemente os índices de prevalência de nascidos pré-termo. No Brasil, ocorre uma verdadeira "epidemia" de cesarianas, associados à índices significativamente elevados de nascimentos pré-termo, entretanto, é desconhecido, o percentual de nascimentos pré-termo com indicação médica correta e iatrogênicos, além de ainda não se conhecer a influência da intervenção abusiva para o aumento da prematuridade (BETTIOL et al., 2010). A prematuridade é responsável por impor sofrimento emocional à família e gastos financeiros (HALIMI et al., 2017). Embora haja uma maior compressão dos possíveis fatores de risco e mecanismos patológicos que desenvolvem um parto prematuro, a taxa de prematuridade permaneceu inalterada ou até aumentou na maioria dos países nas últimas duas décadas (BLENCOWE et al., 2012).

O inquérito nacional sobre parto e nascimento, divulgou, juntamente com a prevalência de partos prematuros no Brasil, os fatores que podem estar envolvidos no processo da prematuridade. De um modo geral são os fatores sociodemográficos, os relacionados ao tipo de serviço de saúde e aqueles relacionados ao histórico de prematuridade anterior (LEAL et al., 2016). Um terço dos partos prematuros se associa a fatores de risco maternos como as características e hábitos da mulher, história médica, história obstétrica e a situação da gravidez atual (BETTIOL et al., 2010). Supõe-se que ocorra maior incidência de parto prematuro entre as mulheres que apresentem baixo nível educacional, menor renda, menor número de consultas durante o pré-natal e abuso de substâncias durante a gravidez.

Apesar de todos estes resultados obtidos, os autores alertam a comunidade científica para a necessidade de que estudos sobre determinantes sociais da saúde e prematuridade sejam desenvolvidos constantemente, pois muitas causas ainda permanecem obscuras (VOGEL et al., 2018; HOWSON et al., 2013).

4.3- ESTRATÉGIAS DE PREVENÇÃO AO PARTO PREMATURO E PROMOÇÃO DA SAÚDE

Como consequência do processo de democratização do país e do sistema de saúde na década de 1980 foi elaborada a Constituição de 1988 e a Lei 8080/90 . Esta visava o tratamento do processo saúde/doença não apenas de forma biológica mas analisando também os aspectos sociais, econômicos, de estilo de vida e formas de trabalho das pessoas. O objetivo principal era o de conhecer as demandas da população a ser atendida com enfoque no planejamento em prevenção primária contra as doenças (MENICUCCI, 2014).

Foi aprovada através da Portaria 687, de 30 de março de 2006, a Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS) que vinha sendo discutida desde a 1a Conferência Internacional de Promoção da Saúde realizada em 1986 no Canadá. Uma das diretrizes desta política diz respeito à ampliação e ao fortalecimento das ações de promoção da saúde nos serviços e na gestão do SUS e acabou de completar 15 anos em 2021. A PNSP também foi responsável por proporcionar à população feminina o controle sobre os determinantes sociais da saúde, já que mudanças nos modos e condições de vida também são responsáveis por interferir no processo de saúde/doença. Reafirmando a teoria de que para que haja uma melhoria nas condições de saúde das mulheres é necessário que ações e políticas intersetoriais sejam efetivadas além das ações em saúde (MICHELIN et al., 2015).

Embora a Portaria 4.279, de 2010, diz respeito à saúde de forma abrangente é importante mencioná-la no processo saúde/doença das mulheres. Trata-se da organização das Redes de Atenção à Saúde objetivando uma melhoria no nível de saúde da população através de respostas efetivas diante dos escassos recursos disponíveis na época, designando que cada membro do sistema seja responsável e cumpra o seu objetivo na rede de atenção. Para que isso de fato se concretize é necessário que os níveis de atenção disponham de recursos financeiros, humanos e materiais, seja em nível primário, secundário e terciário, de forma contínua levando em consideração os determinantes e a equidade em saúde (BRASIL, 2010).

Vale ainda destacar a criação da Portaria 116, de 2009, que regulamentou a coleta de dados, fluxo e periodicidade de envio de informações sobre nascidos vivos e óbitos. A portaria discorre de que forma a coleta e a consolidação dos dados ocorra. Garantido uma interpretação e análise mais confiáveis. Para isto, o sistema deve ser alimentado constantemente através de um programa de informática em locais definidos pelas Secretarias de Saúde através das Declarações de Nascidos Vivos e Declaração de Óbitos. Para garantir a fidedignidade dos dados é delegado esta função apenas a pessoas autorizadas (BRASIL, 2009).

Com a criação da Portaria 1459, de 2011 e a instituição da Rede Cegonha o compromisso no processo de prevenção ao parto prematuro ganhou notoriedade e grande importância dentro do sistema de saúde. Além da preocupação relacionada à assistência, levando em consideração os níveis culturais, sociais e econômicos, vale destacar o enfoque com o cuidado do atendimento do pré-natal através de sua detecção precoce, acolhimento, acesso ao pré-natal de risco em tempo oportuno a aos exames complementares. Também a prevenção e tratamento de doenças sexualmente transmissíveis como HIV e hepatites, além do comprometimento em apoiar as gestantes com o deslocamento durante as consultas de pré-natal e o local de parto, se necessário (BRASIL, 2011).

O pré-natal é considerado uma das mais eficazes ferramentas com capacidade de melhoria nas condições de vida da saúde reprodutiva das mulheres. É capaz de detectar de forma precoce possíveis riscos que possam surgir durante a gestação, desta forma, facilitando o processo de ações de intervenções que podem diminuir os riscos gestacionais e consequentemente a morbimortalidade materna e neonatal. Também é responsável pela mudança no quadro de saúde das mulheres e pela redução da mortalidade infantil. Ainda assim, os níveis de mortalidade neonatal seguem significativos e mostram-se um grande problema a ser superado já que grande parte dessas mortes ocorrem por causas evitáveis (BRASIL, 2013).

Em seu estudo denominado "Fatores associados à qualidade do pré-natal: uma abordagem ao nascimento prematuro", Melo et al., descrevem-nos alguns dos principais fatores responsáveis por avaliar a qualidade do atendimento pré-natal, destacando os seguintes:

> Primeiro critério: índice de Kessner, que considera o pré-natal **adequado** quando o início do cuidado ocorre antes de 16 semanas de gestação e a gestante realiza no mínimo seis consultas; **inadequado** quando o início do cuidado ocorre após 28 semanas de gestação; **intermediário** nas demais situações. Segundo critério: proposto por Silveira, Santos e Costa, que acrescenta ao índice de Kessner o número de vezes que os exames laboratoriais (Hb, VDRL e ECU) foram realizados, ficando definido: **adequado** quando o início do cuidado ocorre antes das 16 semanas de gestação, a gestante realiza no mínimo seis consultas e duas vezes cada um dos três exames; **inadequado** quando o início do cuidado ocorre após 28 semanas de gestação, ou a gestante realiza menos de três consultas ou nenhum exame; **intermediário** nas demais situações. Terceiro critério: também proposto por Silveira, Santos e Costa, que acrescenta aos critérios anteriores o número de vezes que a altura uterina, apresentação fetal, BCF, IG PA e peso foram verificados, considerando: **adequado** quando o início do cuidado ocorre antes de 16 semanas de gestação, são realizadas seis ou mais consultas, no mínimo duas vezes cada um

> dos três exames laboratoriais, verificação de no mínimo cinco vezes a altura uterina, IG, PA e peso, quatro vezes os BCF e três vezes a apresentação fetal; **inadequado** quando o início do cuidado ocorre após 28 semanas, ou a gestante realiza menos de três consultas ou nenhum exame laboratorial, ou foi verificado dois ou menos registros da altura uterina, IG, PA, BCF e peso, e sem registro de apresentação fetal; **intermediário** nas demais situações (MELO et al., 2015, p.541-542).

Os autores citados acima analisaram de forma sistemática a qualidade do pré-natal em seu estudo comparando seus resultados com as recomendações do Ministério da Saúde que ressalta a importância do atendimento pré-natal ser iniciado o quanto antes e que as consultas sejam feitas mensalmente nas primeiras 28 semanas de gestação, quinzenalmente até a 36 semanas e após isso semanalmente. É importante que seja feito um histórico clínico da gestante para avaliar antecedentes ginecológicos, sexualidade e antecedentes obstétricos. Além da análise do histórico vacinal, aspectos sociais e econômicos para que possíveis problemas gestacionais e um plano de cuidados seja desenvolvido priorizando uma saúde livre de riscos para mulher e seu bebê (BRASIL, 2013).

Mesmo com tantos estudos desenvolvidos e em desenvolvimento e as diversas políticas de saúde criadas priorizando este grupo as consultas de pré-natal vem sendo realizadas de forma inadequada, consequentemente, gerando muitas mortes maternas. No Manual de pré-natal desenvolvido pelo Ministério da Saúde é explicado de forma detalhada como identificar a gestação de alto risco, ou seja, aquelas mulheres que continuaram seguindo acompanhamento na atenção básica e aquelas que deverão ser encaminhadas ao pré-natal de alto risco. Esta avaliação deve ser feita de forma permanente em todas as consultas, sendo que uma gestação só poderá ser definida como de baixo risco no final do ciclo gravídico-puerperal (BRASIL, 2013).

Cabe aos profissionais envolvidos na atenção básica a detecção precoce de futuros riscos gestacionais e encaminhamento oportuno dos casos de alto risco. Também é responsabilidade dos gestores a promoção de condições de acessibilidade e acompanhamento de qualidade. Disponibilizando à mulher acesso aos profissionais de saúde, insumos, exames e transporte, proporcionando a ela e seu bebê uma gestação e pós parto saudáveis, livres de sequelas.

5 - METODOLOGIA

5.1- TIPO DE ESTUDO

Este estudo foi elaborado conforme a linha de pesquisa de Assistência à saúde da mulher no ciclo vital do Programa de Pós-Graduação Enfermagem em Saúde Pública da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto (EERP) da Universidade de São Paulo (USP).

Estudo de caso-controle de base hospitalar, caracterizado por uma metodologia observacional que tem como finalidade avaliar se determinada exposição está associada a um desfecho ou seja, dois grupos serão selecionados, um grupo de casos (caracterizado por ter o desfecho) e um grupo de controles (caracterizado por não ter o desfecho). Desta forma, analisaremos quais indivíduos em cada grupo passaram pela exposição e assim comparar a prevalência em ambos os grupos (OLIVEIRA et al., 2015).

Para este estudo caso-controle a razão de pareamento escolhida foi de 1:2, ou seja, para cada caso foram escolhidos dois controles (MIETTINEN, 1976). Não existe regra específica que julgue necessário uma quantia exata do número de controles para cada estudo, entretanto mais controles irão fornecer uma precisão maior na frequência de exposições no grupo controle, assim aumentando o poder do estudo (OLIVEIRA et al., 2010).

Muitas vezes, autores de estudos caso-controle usam o pareamento para elevar o grau de semelhança entre os casos e os controle através de técnicas analíticas apropriadas, assim, reduzindo as chances de outros fatores interferirem nos resultados de associação entre o desfecho e a exposição. Devido ao período curto de desenvolvimento deste projeto de pesquisa, adicionado as dificuldades em realizar a coleta de dados agravados pela pandemia mundial de Coronavírus julgou-se não conveniente o uso de variáveis para o pareamento, desta forma, todas as variáveis foram levantadas e analisadas como variáveis de exposição.

5.2 - LOCAL DO ESTUDO

Planejado para ser desenvolvido no município de Ribeirão Preto, no interior do Estado de São Paulo. Está distante 313 quilômetros a noroeste da capital estadual, e seu território de pouco mais de 650 km2 abriga uma população de 612.339 habitantes (BAFFA FILHO, COSTA, 2011). Ribeirão Preto/SP se caracteriza como pólo regional de saúde, sendo referência para os demais municípios do Departamento Regional de Saúde XIII (DRS XIII) e

outras DRS em procedimentos de alta complexidade. A rede hospitalar é constituída por 18 hospitais, sendo oito privados, sete filantrópicos e três públicos.

O estudo foi realizado em dois hospitais, sendo um para o G1 casos (partos prematuros) e outro que constitui o G2 controle (partos a termo). O Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (HCFMRP/USP) atende ao Sistema Único de Saúde. É um centro de referência para parturientes de alto risco, oferece assistência para parturientes de risco habitual, com a realização de 849 partos totais no ano de 2018. E o segundo local, o Centro de Referência em Saúde da Mulher (CRSM – MATER), instituição mantida com recursos orçamentários do SUS sob administração do HCFMRP/USP com auxílio da Fundação de Apoio ao Ensino e Pesquisa. É responsável por aproximadamente um terço dos partos realizados através do SUS no município de Ribeirão Preto.

5.3 - PARTICIPANTES DO ESTUDO

O estudo foi constituído por mulheres residentes no município de Ribeirão Preto - SP, usuárias do SUS, com idade entre 18 e 47 anos. As mulheres que deram à luz no HCFMRP/USP constituem o G1 casos (partos prematuros) e as mulheres que deram à luz no CRSM – MATER constituem o G2 controle (partos a termo). A amostra de conveniência é de 150 participantes, sendo 50 no HCFMRP/USP e 100 no CRSM - MATER.

5.3.1 - Critérios de Inclusão

Construíram os critérios de inclusão: mulheres que tiveram parto único no HCFMRP/USP ou no CRSM - MATER orientadas quanto ao tempo, espaço e pessoa.

5.3.2 - Critérios de Exclusão

Os critérios de exclusão foram caracterizados por mulheres que tiveram parto único no HCFMRP/USP ou no CRSM - MATER que tenham menos de 18 anos de idad

5.4 - INSTRUMENTOS DE COLETAS DE DADOS

Foram utilizados quatro instrumentos para coleta de dados, todos traduzidos para o português e validados.

➢ *Instrumento para caracterização sociodemográfica e econômica - (PARREIRA, 2016) (ANEXO E):*

Foram abordadas as seguintes características neste instrumento: data de nascimento, idade, cor auto referida, situação conjugal, tempo de relacionamento em meses, escolaridade em anos estudados, religião, ocupação, provedor da família, renda individual mensal, valor da renda individual em salário mínimo, valor da renda familiar em salário mínimo, número de pessoas residentes no domicílio, tipo de moradia e abastecimento de água.

➢ *Instrumento de caracterização comportamental - (PARREIRA, 2016) - (ANEXO F):*

Neste instrumento foram abordadas características comportamentais como: realização de atividade física, tipo de atividade física, quantos dias por semana faz atividade física, tempo de atividade física, possui alguma doença crônica, hábito de fumar, número de cigarros/dia, uso de drogas ilícitas, realiza atividades regulares de lazer, convivência com o companheiro na maioria das vezes.

➢ *Instrumento de saúde reprodutiva para caracterização obstétrica - (PARREIRA, 2016) - (ANEXO G):*

Instrumento para caracterização de dados obstétricos como: número de gestações, idade da mulher na primeira gestação em anos, idade da mulher na última gravidez em anos, última gestação foi planejada? Última gestação foi desejada? Número de partos, número de partos normais anteriores, número de partos com fórceps anteriores, número de abortos, número de filhos vivos, você tem algum filho que nasceu morto? Você teve algum filho que morreu logo após o nascimento? Intervalo interpartal entre a penúltima gestação em meses, realizou pré- natal durante a última gestação? Teve algum problema relacionado à maternidade, qual problema? Teve intercorrências na gestação? Quais intercorrências?

➢ *Alcohol use disorder identification test – AUDIT - (WHO, 2021) - (ANEXO H):*

Neste instrumento foram abordadas características como : frequência do consumo de bebida alcoólica, quantidade de doses alcoólicas consumidas, frequência de consumo de seis

ou mais doses de uma só vez, quantas vezes ao longo dos últimos 12 meses achou que não conseguiria parar de beber uma vez tendo começado?, Quantas vezes ao longo dos últimos 12 meses você, por causa do álcool, não conseguiu fazer o que era esperado de você?, Quantas vezes ao longo dos últimos 12 meses você precisou beber pela manhã para poder se sentir bem ao longo do dia após ter bebido bastante no dia anterior?, Quantas vezes ao longo dos últimos 12 meses você se sentiu culpado ou com remorso depois de ter bebido?, Quantas vezes ao longo dos últimos 12 meses você foi incapaz de lembrar o que aconteceu devido a bebida?, Você já causou ferimentos ou prejuízos a você mesmo ou a outra pessoa após ter bebido? e se algum parente, amigo ou médico já se preocupou com o fato de você beber ou sugeriu que você parasse?.

5.5 - TREINAMENTO DA DUPLA DE TRABALHO DE CAMPO

Para o trabalho de campo foram selecionadas duas pessoas vinculadas à EERP/USP. Uma é uma aluna de graduação (em atividade de iniciação científica) e a outra é a mestranda, que é enfermeira e responsável por este projeto de pesquisa. No segundo semestre de 2019 ambas foram treinadas e capacitadas para operacionalizar a coleta dos dados, incluindo o processo de recrutamento e seleção das participantes.

5.6 - PROCEDIMENTO PARA COLETA DE DADOS

A coleta de dados foi realizada entre março de 2020 e maio de 2021, no HCFMRP/USP e na CRSM-MATER.

As entrevistas foram realizadas pelas pesquisadoras que foram previamente treinadas. Em todas as nossas visitas a estes hospitais, primeiramente conversávamos com a enfermeira chefe da enfermaria e pedíamos sua autorização para a realização das entrevistas. A mesma nos disponibilizou a lista de internação com informações referente aos leitos das pacientes e/ou de seus bebês.

O transporte utilizado para a realização das entrevistas foi o transporte de ônibus disponibilizado pela Prefeitura Municipal de Ribeirão Preto, assim como, veículo próprio.

As entrevistadoras, em todas as visitas, estavam com o crachá de identificação do HC com fotografia, jaleco e utilizando máscaras descartáveis conforme recomendado pelas instituições citadas anteriormente.

A coleta de dados foi realizada na forma de entrevista direta, ainda que os instrumentos fossem autoaplicáveis. Considerando que alguma das mulheres pudesse ter dificuldade de compreensão, na leitura ou sentirem-se cansadas, podendo interferir nas respostas e resultados da pesquisa.

Todas as entrevistas foram realizadas face a face, dentro das dependências das instituições e em local reservado para assegurar o sigilo e a privacidade das participantes. O tempo médio de duração foi de aproximadamente, 25 minutos.

As mulheres foram convidadas a participar do estudo e esclarecidas quanto aos objetivos da pesquisa. Aquelas que aceitaram participar foram convidadas a assinar o TCLE.

Sendo assim, participaram deste estudo um total de 150 mulheres (50 mulheres que estavam internadas no HCFMRP/USP - G1 e 100 mulheres que estavam internadas no CRSM-MATER - G2).

5.7 - VARIÁVEIS DO ESTUDO

- Variável dependente: parto prematuro.

- Variáveis independentes: sociodemográficas; econômicas; comportamentais e obstétricas.

Variáveis sociodemográficas e econômicas das participantes

1. Idade: anos completos. A idade foi confirmada com a data de nascimento. Classificada de forma quantitativa e em duas categorias: 18-30 e 30-47 anos de idade.
2. Cor: autorreferida: declarada pela participante: branca; negra; amarela; parda; vermelha.
3. Situação conjugal: solteira; casada/união estável; viúva; divorciada/separada.
4. Tempo de relacionamento: descrito em meses. Classificado de forma quantitativa.
5. Escolaridade: anos completos de estudo, sem repetir a mesma série. Classificada de forma quantitativa e em 2 categorias: > 8 anos e < 8 anos de estudo.
6. Religião: católica; evangélica; espírita; sem religião (não tem); não acredita em Deus ou em divindades; outros.

7. Ocupação: do lar; mercado formal; mercado informal; estudante; mercado informal e estudante.
8. Renda individual: não possui renda individual; salário - mercado formal; renda de mercado informal; Bolsa Família; pensão de pais ou dos filhos; outros.
9. Valor da renda individual, em salário-mínimo: classificada em seis categorias: <1; 1; 1 -| 2; 2 -| 3; 3 -| 4; 4 -| 5.
10. Renda familiar, em salário-mínimo: classificada em sete categorias: <1; 1; 1 -| 2; 2 -| 3; 3 -| 4; 4 -| 5; 5 -| 6; >6.
11. Provedor da família: participante; companheiro; ambos; pais; participante e outros; outros.
12. Número de pessoas residentes no domicílio: classificado de forma quantitativa e em quatro categorias: 1; 2-4; 5-8; >8.

Variáveis comportamentais das participantes

1. Realiza atividade física: sim; não.
2. Tipo de atividade física: caminhada; bicicleta; outros.
3. Quantos dias por semana faz atividade física: um dia; dois dias; três dias; quatro dias ou mais.
4. Tempo de atividade física: menos de 30 minutos; mais de 30 minutos.
5. Possui alguma doença crônica: possuía; não possui.
6. Tipo de doença crônica: hipertensão arterial; diabetes mellitus; depressão; outras.
7. Hábito de fumar: não fuma; fuma.
8. Frequência que consome bebidas alcoólicas: nunca; mensalmente ou menos; de duas a quatro vezes por semana; de duas a três vezes por semana; quatro ou mais vezes por semana.
9. Uso de drogas ilícitas: não usa; usa todos ou quase todos os dias; usa uma ou duas vezes/semana; usa uma a três vezes/mes; usa menos de uma vez/mês.
10. Realiza atividades regulares de lazer: sim;não.
11. Tipo de atividade de lazer: festa/bar; igreja; amigos; família; outros.
12. Convivência com companheiro, na maioria das vezes: boa; ruim.

Variáveis ginecológicas das participantes

1. Número de gestações: não sabe; não se aplica.
2. Idade da mulher na primeira gestação em anos: não sabe; não se aplica.
3. Idade da mulher na última gravidez em anos: não sabe; não se aplica.
4. Última gestação foi planejada?: não sabe; não se aplica.
5. Última gestação foi desejada?: não sabe; não se aplica.
6. Número de partos: não sabe; não se aplica.
7. Número de partos normais anteriores:não se aplica (não teve parto anterior); não teve parto normal.
8. Número de cesáreas anteriores: não se aplica (não teve parto anterior); não teve parto normal.
9. Número de partos com fórceps anteriores: não se aplica (não teve parto anterior), não teve parto normal.
10. Número de abortos: não se aplica (não teve).
11. Número de filhos vivos: não se aplica (não teve).
12. Você teve algum filho que nasceu morto?: sim; não; não sabe; não se aplica.
13. Você teve algum filho que morreu logo após o nascimento: não sabe; não se aplica.
14. Intervalo interpartal entre a penúltima e a última gestação em meses: não sabe; não se aplica.
15. Realizou pré-natal durante a última gestação?: sim; não; não se aplica.
16. Teve algum problema relacionado à maternidade: sim; não; não se aplica.
17. Qual problema: hipertensão; diabetes mellitus; DST; infecção do trato urinário; outros; não sabe; não se aplica.
18. Teve intercorrências na gestação?: sim; não; não sabe; não se aplica.
19. Qual (is) intercorrência (ias): pré-eclâmpsia; eclâmpsia; trabalho de parto prematuro; descolamento da placenta; outros; não sabe; não se aplica.

Alcohol use disorder identification test (AUDIT)

1. Com que frequência você consome bebidas alcoólicas?: Nunca [vá para a questão 9-10]; mensalmente ou menos; de 2 a 4 vezes no mês; de 2 a 3 vezes por semana; 4 ou mais vezes por semana.
2. Quantas doses alcoólicas você consome tipicamente ao beber?: 0 ou 1; 2 ou 3; 4 ou 5; 6 ou 7; 8 ou mais.

3. Com que frequência você consome seis ou mais doses de uma vez?: Nunca; Menos do que uma vez ao mês; mensalmente; semanalmente; todos ou quase todos os dias.
4. Quantas vezes ao longo dos últimos 12 meses você achou que não conseguiria parar de beber uma vez tendo começado?: Nunca; menos do que uma vez ao mês; mensalmente, semanalmente; todos ou quase todos os dias.
5. Quantas vezes ao longo dos últimos 12 meses você, por causa do álcool, não conseguiu fazer o que era esperado de você?: Nunca; menos do que uma vez ao mês; mensalmente, semanalmente; todos ou quase todos os dias.
6. Quantas vezes ao longo dos últimos 12 meses você precisou beber pela manhã para poder se sentir bem ao longo do dia após ter bebido bastante no dia anterior? Nunca; menos do que uma vez ao mês; mensalmente, semanalmente; todos ou quase todos os dias.
7. Quantas vezes ao longo dos últimos 12 meses você se sentiu culpado ou com remorso depois de ter bebido?: Nunca; menos do que uma vez ao mês; mensalmente, semanalmente; todos ou quase todos os dias.
8. Quantas vezes ao longo dos últimos 12 meses você foi incapaz de lembrar o que aconteceu devido a bebida? Nunca; menos do que uma vez ao mês; mensalmente, semanalmente; todos ou quase todos os dias.
9. Você já causou ferimentos ou prejuízos a você mesmo ou a outra pessoa após ter bebido?: Não; sim, mas não nos últimos 12 meses; sim, nos últimos 12 meses.
10. Algum parente, amigo, ou médico já se preocupou com o fato de você beber ou sugeriu que você parasse?: Não; sim, mas não nos últimos 12 meses; sim, nos últimos 12 meses.

5.8 - PROCESSO DE ANÁLISE DOS DADOS

Os instrumentos de coleta de dados foram numerados de acordo com a ordem das entrevistas e arquivados em pastas, seguem sob responsabilidade da mestranda responsável por este estudo. Foi utilizado uma planilha eletrônica com dupla digitação para organização, tabulação e análise dos dados, a mesma foi utilizada posteriormente na etapa de validação dos dados para conferência da digitação.

Estes dados passaram por um processo estatístico onde foi analisada a associação ou não de diversas variáveis ao parto prematuro, para isto foram utilizados os teste de qui-quadrado e associação de Pearson no programa R (R Core Team, 2022) além do Odds Ratio Bruto (ORB), principal medida de risco em um estudo de caso-controle. O intervalo de

confiança foi calculado a partir de uma margem de erro pré-determinada pela fórmula de Miettinen e determinado como 95%. O limite inferior do intervalo foi de ORB>1 para afirmarmos a presença ou ausência de associação entre cada variável e o parto prematuro. As informações obtidas foram apresentadas em gráficos e tabelas para caracterização deste estudo.

5.9 - ASPECTOS ÉTICOS

O projeto foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo e aprovado sob protocolo CAAE: 18858719.5.0000.5393. Além de ter sido avaliado e aprovado pela Comissão de Pesquisa do CRSM - MATER, conforme protocolo desta instituição e autorização da Comissão de Pesquisa do Departamento de Pediatria e Puericultura da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto/USP. As participantes foram orientadas a respeito do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE A e APÊNDICE B) e esclarecidas a respeito dos objetivos e metodologia da pesquisa, além da possibilidade de deixarem de participar a qualquer momento, sem nenhum ônus. Também foi destacada a questão da confiabilidade dos dados e sigilo das informações que serão conhecidas apenas pelos pesquisadores para as questões processuais do trabalho.

5.10 - RISCOS E BENEFÍCIOS/RESULTADOS ALCANÇADOS

O estudo trouxe risco mínimo para as mulheres entrevistadas e para a instituição. Nenhuma intervenção direta foi feita nas entrevistadas, ainda assim, correu-se o risco de esta sentir-se constrangida com alguma pergunta de cunho pessoal, desta forma, foi garantida a privacidade entre entrevistador e entrevistada para que as perguntas propostas no questionários fossem respondidas. Caso a participante apresentasse alguma alteração de cunho emocional, o apoio psicológico seria promovido através do entrevistador, esta conduta não foi necessária durante a coleta de dados já que o entrevistador não detectou e não observou quaisquer alterações de cunho emocional que necessitasse de tal intervenção.

Os dados epidemiológicos coletados através desta pesquisa nos trazem benefícios para um melhor planejamento e assistência de qualidade tanto no nível básico de atenção à saúde quanto no nível terciário.

6- RESULTADOS

Os resultados serão apresentados em duas etapas distintas. A primeira etapa trata-se de uma amostra descritiva dos dados coletados durante as entrevistas e a segunda etapa apresentada será referente a amostra inferencial.

6.1 - DESCRIÇÃO DA AMOSTRA

Foram entrevistadas 150 mulheres com um questionário previamente elaborado e dividido em 4 seções. Na tabela 1 apresentam-se os valores sociodemográficos e econômicos dessas mulheres.

Tabela 1: Valores absolutos e relativos da amostra em relação aos fatores individuais e características socioeconômicas. Ribeirão Preto, 2021

Variáveis		n casos (%)	n controles (%)
Idade	< 30 anos	25 (50%)	70 (70%)
	> 30 anos	25(50%)	30 (30%)
Escolaridade	> 8 anos de estudos	4 (8%)	7 (7%)
	< 8 anos de estudos	46 (92%)	93 (93%)
Cor autorreferida	Brancos	17 (34%)	41 (41%)
	Não brancos	33 (66%)	59 (59%)
Situação conjugal	Com companheiro	41 (82%)	68 (68%)
	Sem companheiro	9 (18%)	32 (32%)
Profissão/Ocupação	Desempregada	16 (32%)	14 (14%)
	Do lar	16 (32%)	38 (38%)
	Mercado formal	14 (28%)	39 (39%)
	Outras	4 (8%)	9 (9%)

Fonte: Elaboração própria. 2022.

Participaram do estudo mulheres de 18 a 47 anos, com idade média de 27,21 anos. A maior incidência foi nas faixas etárias de 22 (%) e 30 (%) anos de idade

Quanto à escolaridade, a média foi de aproximadamente 10,2 anos de estudo e mediana de 11. A grande maioria alegou ter estudado mais de 8 anos (82,66%). Verificamos que (0%) mulheres declararam nenhuma escolaridade e 2 (1,33%), de um a três anos de estudo.

Em relação a cor, 58 (38,67%) consideraram-se brancas e 92 (61,33%) não brancas.

Quando questionadas sobre a situação conjugal, 108 (72%) participantes eram casadas ou tinham união estável. O tempo médio de relacionamento foi entre 18 e 22 anos.

No que se refere a ocupação, a maioria (62,67%) das entrevistadas referiu possuir ocupação remunerada, incluindo mercado formal e informal. E 54 (36%) se auto consideraram como sendo do lar

A tabela 2 irá apresentar a distribuição do uso de substâncias durante a gestação das entrevistadas, sendo estes: uso de tabaco, uso de drogas ilícitas e consumo de bebida alcoólica.

Tabela 2: Valores absolutos e relativos da amostra em relação aos fatores comportamentais. Ribeirão Preto, 2022

Variáveis		**n casos (%)**	**n controles (%)**
Hábito de fumar	Fuma	9 (18%)	10 (10%)
	Não fuma	49 (98%)	90 (90%)
Uso de drogas	Usa	2 (4%)	2 (2%)
	Não usa	48 (96%)	98 (98%)
Consumo de bebida alcóolica	Nunca	36 (72%)	85 (85%)
	Mensalmente ou De 2 a 4 vezes no mês ou De 2 a 3 vezes no mês ou De 4 ou mais vezes no mês	14 (28%)	16 (16%)

Fonte: Elaboração própria. 2022.

Entre as participantes, 121 (80,67%) referiram nunca fazer uso de bebidas alcoólicas, e 24 (16%) afirmaram o uso mensal ou de duas a quatro vezes por mês. Quanto ao hábito de fumar e uso de drogas ilícitas, a maioria das mulheres 131(87,33%) não fumava e 145 (96,67%) afirmaram não fazer uso de drogas.

A tabela a seguir apresenta uma das variáveis referentes ao histórico obstétrico das entrevistadas, como o número de consultas pré-natal durante a gestação.

Tabela 3: Valores absolutos e relativos da amostra em relação às características obstétricas. Ribeirão Preto, 2022

Variável		n casos (%)	n controles (%)
	Sim	45 (90%)	96 (96%)
Pré-natal	Não	5 (10%)	4 (4%)

Fonte: Elaboração própria. 2022.

Conforme mostra a tabela 3, quase todas as entrevistadas 141 (94%), tanto do grupo de casos quanto do grupo de controles, realizaram as consultas de pré-natal durante a gestação conforme recomendado pela OMS.

6.2 - ANÁLISE INFERENCIAL

A seguir serão apresentados dados dos resultados de associação do parto prematuro com as seguintes variáveis: idade, escolaridade, profissão/ocupação, situação conjugal, raça/cor, pré-natal, hábito de fumar, uso de drogas e abuso de bebida alcoólica durante a gestação.

Tabela 4. Distribuição das características sociodemográficas das participantes através associação ao parto pré-termo no período de novembro de 2020 a abril de 2021 no HCFMRP/USP e CRSM - MATER. Ribeirão Preto, São Paulo, Brasil, 2022.

Fator de risco	Casos n (%)	Controles n (%)	OR (95%IC)	Valor de P*
Idade				
18 - 29	25 (50%)	70 (70%)		
>30	25 (50%)	30 (30%)	2,33 (1,16 - 4,70)	0,017
Escolaridade				
> 8 anos de estudos	4 (8%)	7 (7%)		
< 8 anos de estudos	46 (92%)	93 (93%)	0,87 (0,24 - 3,11)	1
Profissão/Ocupação	17 (34%)	43 (43%)		
Possui	33 (66%)	57 (57%)	0,68 (0,34 - 1,38)	0,289

Não possui				
Situação conjugal				
Com parceiro	41 (82%)	68 (68%)		
Sem parceiro	9 (18%)	32 (32%)	2,14 (0,93 - 4,94)	0,07
Raça/Cor				
Branco	17 (34%)	41 (41%)		
Não branco	33 (66%)	59 (59%)	0,74 (0,37 - 1,50)	0,407
Pré-natal				
Sim (< 6 consultas)				
Não (0 ou > 6 consultas)	48 (96%) 2 (3%)	98 (98%) 2 (2%)	0,49 (0,07 - 3,58)	0,858
Hábito de fumar				
Sim	9 (18%)	10 (10%)		
Não	41 (82%)	90 (90%)	1,98 (0,75 - 5,23)	0,165
Uso de drogas				
Sim	2 (4%)	2 (2%)		
Não	48 (96%)	98 (98%)	2,04 (0,28 - 14,94)	0,858
Consumo de bebida alcoólica				
Sim	14 (28%)	15 (15%)		
Não	36 (72%)	85 (85%)	2,20 (0,95 - 5,03)	0,057

Fonte: Elaboração própria. 2022.

***Teste de qui-quadrado e associação de Pearson no programa R (R Core Team, 2022).**

De acordo com os dados apresentados na tabela acima, as variáveis relacionadas à escolaridade, profissão/ocupação, raça/cor e consulta de pré-natal não apresentaram associação estatisticamente significativa com o parto prematuro.

Já em relação às variáveis idade, renda individual mensal, situação conjugal, hábito de fumar, uso de drogas e consumo de bebida alcoólica apresentaram associação estatisticamente significativa com o parto pré-termo.

6.3 - DISCUSSÃO

O presente estudo identificou associação entre idade, situação conjugal e o uso de substâncias como o tabaco, consumo de drogas ilícitas e bebida alcoólica com o parto prematuro. As variáveis relacionadas à escolaridade, profissão/ocupação, cor autorreferida e consulta de pré-natal não apresentaram associação estatisticamente significativa com o parto prematuro.

O período gestacional é um dos momentos de maior vulnerabilidade da vida da mulher. Deve-se considerar a influência de condições ambientais e psicossociais desfavoráveis, responsáveis pelo comprometimento do ambiente intrauterino, tornando o binômio mais suscetível à presença de riscos por desfechos maternos e perinatais desfavoráveis ou indesejados (HOFHEIMER et al., 2020).

No Brasil, a prematuridade também é caracterizada com um problema grave de saúde pública, estando entre os 10 países com a maior quantidade de partos pré-termos, totalizando cerca de 280 mil nascimentos prematuros, além das sequelas que estes neonatos podem vir a adquirir ao longo dos anos como déficit visual, auditivo, mental, trastornos de marcha, enfermidades pulmonares e cardíacas. Causando também, grande impacto aos familiares sendo estes tanto econômicos quanto psicológicos (PEREIRA, 2018; MENDOZA TASCON et al., 2016).

Ainda que muitos avanços tecnológicos tenham ocorrido com o passar dos anos, cerca de 10% do total de nascimentos ocorrem antes de a mulher completar a 37a semana de gestação, ou seja, a prematuridade atualmente, continua sendo um problema de grande magnitude. Estudos mostram que mesmo com as taxas de sobrevivência elevadas neste grupo, nos últimos anos, a prematuridade pode causar várias consequências durante a infância destes bebês, podendo perdurar por toda a sua vida (TURPIN et al., 2019).

A grande maioria das mulheres entrevistadas nesta pesquisa possuíam idade entre 18 e 29 anos. Houve uma significância estatística entre esta variável e o parto pré-termo já que, aparentemente, engravidar antes dos 30 anos de idade pode ser um fator de proteção ao parto pré-termo. Embora engravidar após os 35 anos de idade seja considerado um fator de risco, atualmente, mulheres têm optado por vivenciar sua primeira gestação nesta faixa etária alegando priorizar a estabilidade familiar, planejamento psicológico e financeiro, além de satisfação profissional (CARVALHO et al., 2021).

Uma pesquisa realizada entre os anos de 2012 a 2019 com o objetivo de analisar a tendência de prematuridade no Brasil através dos dados do Sistema de Informações sobre

Nascidos Vivos (Sinasc) identificou que mulheres nas faixas etárias de 10 a 14 anos e de 45 anos ou mais apresentaram as maiores proporções de prematuridade (15% a 18%) e com tendência crescente, assim como este projeto de pesquisa que obteve resultados semelhantes com esta mesma faixa etária (MARTINELLI et al., 2021).

A gravidez tardia pode resultar em vários riscos como hipertensão gestacional, abortos e a prematuridade. Por isso deve ser assistida cuidadosamente pelos profissionais da saúde (CARVALHO et al., 2021). Um estudo internacional de metodologia caso-controle, ao analisar fatores de risco associados ao nascimento pré-termo identificou que as participantes com idade igual ou superior a 35 anos possuíam maior probabilidade de terem bebês prematuros do que as mulheres com idade inferior a 35 anos (DÍAZ-RODRÍGUEZ, 2021).

Grande parte das puérperas entrevistadas possuíam nível educacional igual ou superior a 8 anos de estudo (variando de 1 a 15 anos de estudo). Embora na presente casuística não tenha sido observada a associação entre a escolaridade e o parto prematuro, outros estudos verificaram que mulheres com MAIOR ou MENOR NÍVEL de escolaridade têm parto prematuro, assim, estes dados condizem com outros estudos publicados (SALAMA et al., 2021).

Ainda assim, dados do Sinasc entre os anos de 2012 e 2019 mostraram que houve um registro de 23.059.611 nascidos vivos, a proporção de prematuridade total no país variou de 10,87% aa 9,95% e identificou uma tendência decrescente na proporção de parto pré-termo entre mães analfabetas e/ou com menos de 7 anos de estudo variando entre 24,5% e 24% entre 2012 e 2019 com um ápice de aproximadamente 25% no ano de 2013 (MARTINELLI et al., 2021).

A violência doméstica por parceiros íntimos, infelizmente é um fenômeno comum entre muitas famílias. Grande parte das mulheres acredita que o marido possui justificativas aceitáveis para agredirem suas esposas (KHATOON et al., 2021). As mulheres sofrem violência sexual, psicologica, fisica, verbal e economico pelos seus companheiros (ELKHATEEB et al., 2021). Esta situação ainda perdura por muitos motivos como medo, sigilo familiar, normas culturais, vergonha e estigma social (BERHANIE et al., 2019). A violência doméstica durante a gravidez também pode afetar a secreção do hormônio cortisol, o aleitamento materno após o parto e a saúde do recém-nascido (AVCI et al., 2022)

Um estudo de coorte prospectivo realizado nos anos de 2015 a 2016 no Nepal entrevistou 2004 mulheres e 20% destas relataram ter sofrido violência doméstica durante a gestação. Dentre o total de mulheres entrevistadas, (37,6%) deram a luz a seus bebês através da cesariana, (84,7%) tiveram parto cesáreo de emergência, menos de 10% dos bebês

nasceram antes da 37ª semana de gestação, indicando que a violência doméstica é um fator de risco para parto prematuro (PUN, 2019).

Estudos comprovam que a mulher exposta a violência doméstica e/ou violência física pelo parceiro íntimo durante a gestação possui um risco maior de parto prematuro (MUSA et al., 2021). Um estudo de caso-controle realizado na região de Tigray, na Etiópia, identificou que mulheres expostas a esse tipo de violência durante a gravidez tiveram 3 vezes mais chances de parir antes da 37a semana de gestação. Esse valor aumenta para 5 vezes, quando estas mulheres sofrem de fato, violência física durante a gestação (BERHANIE, 2019).

Este estudo detectou prevalência de mulheres casadas ou em união estável, se comparadas às mulheres sem parceiros fixos. Houve uma associação estatística significativa entre as mulheres com um parceiro fixo e o parto prematuro, ou seja, mulheres com parceiros fixos possuem mais chances de terem um parto pré-termo do que mulheres sem parceiro fixo.

Histórico de violência doméstica e/ou abuso emocional durante a gravidez pode trazer impactos negativos para o parto, está fortemente relacionado à cesariana e ao parto pré-termo. Incluir a prevenção de violência doméstica pelo parceiro íntimo como estratégia para a redução da mortalidade e morbidade infantil tem se mostrado cada vez mais necessária (MUSA et al., 2021). A identificação precoce do histórico de violência é de extrema importância para que estas mulheres recebam o apoio necessário e consigam reverter os impactos negativos causados à mulher e o bebê (FINNBOGADÓTTIR et al., 2022). As vítimas também devem ser orientadas e encaminhadas aos locais de serviços de apoio em tempo hábil (TUAN et al., 2019).

Outra variável analisada neste projeto de pesquisa foi a cor autorreferida. Mais de 50% das participantes deste estudo de auto declararam como não brancas e estatisticamente, não houve associação desta variável com o parto prematuro. Embora mulheres de qualquer cor ou etnia que possuam dependência de drogas ou alcóolica estejam suscetíveis a uma predisposição ao parto prematuro, estudos comprovam que mulheres brancas com vício em drogas possuíam menor probabilidade prevista de parto prematuro (14%) se comparadas a mulheres negras sob a mesma condição, tendo probabilidade prevista de parto prematuro em (21,5%) (LEE et al., 2020).

Um estudo de coorte realizado nos Estados Unidos coletou dados de mais de 400 mil mulheres que pariram entre os anos de 2014 e 2015 através do Medicaid (programa de saúde pública destinado a população de baixa renda nos Estados Unidos) e detectou que a taxa de nascimento prematuro entre as mulheres negras (9,9%) foi maior em comparação às mulheres brancas (7,3%) e hispânicas (6,2%) (LEE et al., 2020).

A análise multivariada deste mesmo estudo demonstrou que mulheres negras possuíam 35% mais chances de parir bebês prematuros do que mulheres hispânicas e brancas. Sendo as chances de parto prematuro reduzidas em mulheres hispânicas (17%) se comparadas às mulheres brancas. Para aquelas mulheres com diagnóstico de dependência de drogas ou álcool as chances de parto prematuro eram equivalentes a mais que o dobro, além de também estar associado ao tabagismo, hipertensão e diabetes materna (LEE et al., 2020).

Segundo Martinelli, em seu estudo publicado em 2021 mulheres pretas, amarelas, pardas e indígenas mostraram tendência decrescente no período de 2012 a 2019 (aproximadamente 33,5% a 30%) dos partos pré-termos em contraste com mulheres brancas que enfrentaram seu ápice em 2013 com porcentagens equivalente a 16% dos partos pré-termos seguida de 12,5% em 2018 e considerável aumento em 2019 (13%) (MARTINELLI et al., 2021).

Foi verificado que em ambos os grupos a grande maioria das entrevistadas realizaram as consultas de pré-natal. Não houve uma associação estatística significativa entre o pré-natal e o parto prematuro neste estudo. Ainda assim, sabemos que a assistência ao pré-natal é de extrema importância durante a gestação, através dele, se realizado de forma eficiente, é possível rastrear e identificar de forma precoce qualquer risco a gestante e ao bebê, buscando o melhor tratamento para ambos, através de ações de promoção à saúde e prevenção de doenças relacionados ao binômio mãe-filho.

O início do pré-natal deve ser realizado o quanto antes. Deverá ocorrer uma vez ao mês até 28a semana de gestação, após esse período, o intervalo de consultas passa a ser quinzenalmente até a 36a semana de gestação e em seguida semanalmente até a data do parto. A OMS indica que ocorram no mínimo 6 consultas de pré-natal durante a gestação (BRASIL, 2011; BRASIL, 2013; GONZAGA et al., 2016).

Um estudo realizado nos Estados Unidos das Américas (EUA) identificou que menos de um terço de mulheres cadastradas no programa de saúde pública de baixa renda do país que pariram no período de 2014 a 2018 realizaram 8 ou mais consultas de pré-natal. Mulheres com oito ou mais consultas pré-natais obtiveram uma diminuição na associação da probabilidade prevista de nascimento prematuro (resultando em uma redução de 12,2% para 6,4% em mulheres negras, de 8,3% para 5,3% em mulheres brancas e de 6,7% para 4,4% em mulheres hispânicas) (LEE et al., 2020).

Mulheres com quantidade inferior a 6 consultas de pré-natal apresentaram proporções crescentes de parto pré-termo entre os anos de 2012 a 2019. (MARTINELLI et al., 2021). A literatura mostra que a maioria dos casos de prematuridade ocorrem em mulheres mais

vulneráveis caracterizadas pelo baixo nível educacional, pré-natal inadequado, extremos etários e raça/cor não branca (DONGARWAR et al, 2021; OLIVEIRA et al., 2019).

Ao analisar a cobertura e as desigualdades na assistência ao pré-natal, um estudo realizado em 2021 concluiu que das mulheres que engravidaram durante os anos de 2011 a 2013, apenas 33,4% receberam assistência pré-natal completa (aconselhamento, orientações recebidas, procedimentos e exames realizados durante a gravidez) (FLORES et al., 2021). Os serviços de saúde ainda apresentam falhas no atendimento ao pré-natal, já que houve uma tendência crescente na proporção de prematuridade durante o período de 2012 a 2019 (TOMASI et al., 2017).

Os serviços de saúde ainda apresentam falhas no atendimento ao pré-natal, já que houve uma tendência crescente na proporção de prematuridade durante o período de 2012 a 2019. Mesmo que a grande maioria das mulheres realizem as consultas de pré-natal, estas não são satisfatórias, já que apenas 15% das 6.125 mulheres que realizaram as consultas nas cidades do Brasil entre 2012-2013 receberam todos os exames, procedimentos e orientações preconizados pelo Ministério da Saúde (TOMASI et al., 2017).

Isso deixa claro que a falta de comprometimento dos gestores em relação às políticas de saúde não identificando o risco gestacional e o tratamento adequado no tempo oportuno comprometem o cuidado que deveria ser oferecido durante o pré-natal levando a desfechos neonatais desfavoráveis como a prematuridade (OLIVEIRA et al., 2019). O cuidado pré-natal adequado é um fator decisivo para a prevenção da morbimortalidade materna e infantil.

Houve associação das variáveis relacionadas ao hábito de fumar, uso de drogas e consumo de bebida alcoólica com o parto prematuro. O tabagismo (ativo e passivo) durante a gravidez está fortemente associado ao baixo peso ao nascer (PHILIPS et al., 2020; TONG et al., 2017) e é responsável por muitos dos maus desfechos neonatais e maternos como o nascimento prematuro, (KELKAY et al., 2019; LIU et al., 2020) o desconforto respiratório, (ADIBELLI et al., 2020) a morte perinatal, (MCINERNEY et al., 2019) e a morte súbita infantil (ANDERSON et al., 2019).

Bezerra (2019), ao pesquisar fatores de riscos associados ao parto pré-termo, detectou uma porcentagem de 5% de fumantes dentre as participantes de seu estudo, embora esta tenha sido uma porcentagem baixa se comparada a deste estudo é importante ressaltar que o tabagismo durante a gestação pode causar danos ainda maiores como complicações obstétricas e efeitos danosos para o recém nascido.

Sabe-se que os produtos derivados do cigarro atravessam facilmente a barreira placentária, além do que, é comprovado que mulheres que fazem uso do cigarro durante a

gestação possuem uma placenta com características sugestivas de hipoperfusão, ou seja, responsável pelo retardo do crescimento intra uterino, rotura prematura das membranas ovulares e deslocamento prematuro da placenta (ZHANG et al., 2011). Também pode ser responsavel por causar aborto espontaneo, pré-eclâmpsia, gestação ectópica, baixo peso aos nascer e prematuridade. Quanto maior o número de cigarros consumidos maiores serão os riscos de complicações.

O novo relatório lançado pela Organização Mundial da Saúde em março de 2021 "Tobacco control to improve child health and development" destacou também os malefícios de ser um fumante passivo, ou seja, aquele que não fuma mas convive com um indivíduo fumante. Alertando o perigo de um nascimento pré-termo nesta situação além de pedir a conscientização de formuladores de políticas e profissionais de saúde para que trabalhem em ações de controle do tabaco visando a proteção da saúde das crianças como, proibição da publicidade ao tabaco e aumento dos impostos sobre o produto (OMS, 2021).

Outro estudo de coorte realizado recentemente na China comprovou associação da exposição pré-natal à fumaça do tabaco com o parto prematuro, principalmente se essa exposição ocorrer no 1º e 2º trimestre de gestação (LIU et al., 2022). Sabe-se que o tabagismo paterno antes e durante a concepção, também estão associados ao parto prematuro, enfatizando mais uma vez a importância do acolhimento durante o pré-natal não somente para a mulher mas também para o homem (WANG et al., 2022).

Um outro estudo avaliou a associação do nascimento prematuro ao uso de cigarro eletrônico. Ainda que as usuárias tenham sido minoria e que os resultados obtidos não tivessem demonstrado uma associação estatisticamente significativa, vale lembrar que o cigarro eletrônico é um dispositivo novo disponível no mercado, cabe ao profissional de enfermagem informar e orientar as mulheres sobre os malefícios deste equipamento (COHN et al., 2022).

A Organização Mundial da Saúde alerta sobre o perigo de um nascimento prematuro decorrente de hábitos tabagistas durante a gestação e pede a conscientização de formuladores de políticas e profissionais de saúde para que trabalhem juntos em ações de controle do tabaco visando a proteção da saúde das crianças como, a proibição da publicidade ao tabaco e aumento dos impostos sobre o produto (WHO, 2021).

O uso de drogas ilícitas antes do período gestacional pode ser tão grave para o desenvolvimento do feto quanto o uso indiscriminado destas substâncias durante a gestação. É responsável pelo nascimento de bebês abaixo do peso e/ou prematuros e pela sua admissão na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN) (ONI et al., 2022). Ainda que muitas das

causas do nascimento prematuro sejam desconhecidas, sabe-se que o uso de substâncias maternas antes e durante a gestação é um dos principais fatores de risco associados ao parto prematuro (HINES et al., 2021; MARCHAND et al., 2022).

Estudos que investigam o uso de cannabis no pré-natal ainda são escassos, entretanto, já foi identificada a sua associação com problemas durante o parto (CORSI et al., 2019). Este tipo de estudo envolvendo o uso de cannabis tem sido muito criticado já que é difícil mensurar a frequência e o momento do uso (AGRAWAL et al., 2019; CORSI et al., 2019) além de que países subdesenvolvidos têm legalizado o uso desta substância, como resultado da legalização e da falta de conhecimento científico sob os efeitos a longo prazo de seu uso, o público usuário de cannabis tem crescido cada vez mais, incluindo, mulheres grávidas (CORSI et al., 2019; MARTÍNEZ-PEÑA et al., 2021).

Sabe-se que entre os anos de 2001 a 2012 houve um aumento considerável de transtorno pelo uso de cannabis durante a gestação na Califórnia nos EUA (2,8 para 6,9 para cada 1000 partos). Dados estatísticos mostraram que o transtorno do uso de cannabis pré-concepcional foi responsável por nascimentos prematuros, bebês abaixo do peso ao nascer e morte dentro de um ano de nascimento (SHI et al., 2021; BANDOLI et al., 2021).

Em relação ao uso de drogas ilícitas, os dois grupos estudados nesta pesquisa apresentaram porcentagens significativas de usuárias de drogas durante a gestação, muito semelhante ao estudo de Hines (2021) que mostra como o uso de substâncias ilícitas pode ser maléfico para o bebê mesmo que os pais não tenham feito uso durante a gestação, mas sim antes.

Os transtornos por uso de substâncias durante a gravidez estão relacionados a complicações materno-infantis durante o parto e a longo prazo. A identificação precoce destes transtornos durante a triagem e/ou pré-natal podem melhorar os resultados neonatais através de intervenções psicossociais e adesão à farmacoterapia (ONI et al., 2022).

Sendo assim, outra variável analisada foi o consumo de bebidas alcoólicas, grande parte das entrevistadas revelaram terem ingerido bebida alcoólica de forma recorrente durante a gestação em ambos os grupos. Dados estatísticos demonstram associação entre o parto prematuro e o consumo de bebidas alcoólicas durante a gestação.

Luciana Santos (2018) ao analisar puérperas de uma cidade do estado de Minas Gerais identificou maior porcentagem de usuárias de bebidas alcoólicas (17,4%) do que de usuárias de tabaco (7,8%), assim como neste estudo e afirma que o consumo de álcool durante a gestação pode ser prejudicial tanto para a mãe quanto para o bebê já que o etanol atravessa a placenta podendo causar efeitos teratogênicos no feto.

Dados semelhantes foram encontrados em um estudo realizado na Etiópia, onde mais de 1500 gestantes foram entrevistadas nas Unidades de Saúde Pública onde um quinto (20,57%) das participantes alegaram terem consumido álcool de forma nociva durante a gravidez. Este estudo mostrou que a quantidade de partos prematuros foi maior entre as mulheres que relataram consumo de bebida alcoólica durante a gravidez, (ADDILA et al., 2021) confirmando associação estatisticamente significativa entre consumo de álcool e parto prematuro, assim como achados de estudos anteriores com a mesma temática (IKEHARA et al., 2019)

A prevenção do uso de álcool durante a gestação tem grande potencial para redução de bebês pré-termos e com baixo peso ao nascer, por isso é tão importante que essa triagem seja efetuada de forma eficiente durante as consultas de pré-natal. O acompanhamento e aconselhamento rigorosos destas mulheres que fizeram uso do álcool durante a gestação podem evitar riscos adversos durante o parto (ADDILA et al., 2021).

Os resultados deste estudo contribuíram para reflexões e a valorização do cuidado da enfermagem às mulheres e seus familiares no período de pré-natal, com o desenvolvimento de estratégias para a promoção, proteção e apoio do binômio mãe e filho.

É de extrema importância que esta etapa seja efetuada de forma eficaz, esclarecendo possíveis dúvidas, incluindo o parceiro e/ou familiares e empoderando estas mulheres. A valorização do profissional de enfermagem é essencial para que estes objetivos sejam alcançados. O enfermeiro é responsável e capacitado para auxiliar neste tipo de atendimento e pode contribuir com os índices de saúde da população ao preencher lacunas encontradas, principalmente, na atenção primária à saúde (MAIER et al., 2016).

7 - CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo permitiu concluir que:

- ➢ As mulheres residentes no município de Ribeirão Preto - São Paulo, entre março de 2020 e maio de 2021, tinham em média 27,21 anos de idade e em grande parte haviam estudado mais de 8 anos. A maioria se autodeclarou como não branca, ou seja, se auto-caracterizaram como negras, amarelas, pardas ou vermelhas. Também eram casadas e/ou em união estável, católicas ou sem crença religiosa, consideradas do lar e sem renda individual mensal. Não foi possível identificar o valor de renda familiar predominante pois, as participantes não souberam informar estes valores e o principal provedor da família era o companheiro.

- ➢ O consumo de bebida alcoólica durante a gravidez, uso de drogas ilícitas e o hábito de fumar foram relatados pela minoria das participantes, ainda assim, nos trazendo dados relevantes e bastante significativos. A maioria das mulheres não realizavam atividades de lazer e alegaram possuir "boa" convivência com o marido.

- ➢ Grande parte das participantes havia realizado pré-natal na última gestação e não apresentaram problemas de saúde relacionados à maternidade e às intercorrências na gestação.

Através desta pesquisa foi possível apresentar um comparativo entre grupos de puérperas que haviam parido bebês a termo e prematuros expressando a razão de prevalência entre dois grupos, além de ter-se identificado três perfis epidemiológicos: amostra total, grupo de mães de a termos e grupo de mães de prematuros.

O estudo mostrou-se convergente com a literatura pesquisada, ainda assim, reconhece que novos estudos na área podem auxiliar no desenvolvimento de estratégias e intervenções, a fim de reduzir as iniquidades relacionadas ao nascimento pré-termo.

A prevenção do uso de álcool durante a gestação tem grande potencial para redução de bebês pré-termos e com baixo peso ao nascer, por isso é tão importante que essa triagem seja efetuada de forma eficiente durante as consultas de pré-natal. O acompanhamento e aconselhamento rigorosos destas mulheres que fizeram uso do álcool durante a gestação podem evitar riscos adversos durante o parto.

Os resultados deste contribuíram para reflexões e a valorização do cuidado da enfermagem às mulheres e seus familiares no período de pré-natal, com o desenvolvimento de estratégias para a promoção, proteção e apoio do binômio mãe e filho.

É de extrema importância que esta etapa seja efetuada de forma eficaz, esclarecendo possíveis dúvidas, incluindo o parceiro e/ou familiares e empoderando estas mulheres. A valorização do profissional de enfermagem é essencial para que estes objetivos sejam alcançados. O enfermeiro é responsável e capacitado para auxiliar neste tipo de atendimento e pode contribuir com os índices de saúde da população ao preencher lacunas encontradas, principalmente, na atenção primária à saúde.

6.1- LIMITAÇÕES DO ESTUDO

- Durante a captação de dados para o desenvolvimento desta pesquisa, notou-se algumas limitações devido a algumas perguntas de foro íntimo. Com o intuito de evitá-los, estas entrevistas ocorreram em lugares reservados nos hospitais, de forma privativa e oportuna, deixando a participante o mais à vontade possível.

- Também para evitar diferentes interpretações sobre as perguntas, termos populares foram utilizados para uma melhor compreensão. O estudo poderia ter obtido resultados mais detalhados se as participantes pudessem ter respondido com mais assertividade a frequência e o período do uso de substâncias.

Apesar das limitações evidenciadas, nosso estudo apresentou pontos fortes: a utilização de instrumentos de coleta de dados internacionais e validados no Brasil e a realização das entrevistas conduzidas somente por duas pesquisadoras, que foram devidamente treinadas.

REFERÊNCIAS

ADDILA, A. E.; GETE, Y. K;. YITAYAL, M. The effects of maternal alcohol consumption during pregnancy on adverse fetal outcomes among pregnant women attending antenatal care at public health facilities in Gondar town, Northwest Ethiopia: a prospective cohort study. **Substance abuse treatment, prevention, and policy,** v.16, n.64, August. 2021.

ADIBELLI, D.; KIRCA, N. The relationship between gestational active and passive smoking and early postpartum complications. **Journal of Maternal-Fetal & Neonatal Medicine,** v.33, n.14, p.2473-2479, May. 2020.

AGRAWAL, A. *et al.* Alcohol, cigarette, and cannabis use between 2002 and 2016 in pregnant women from a nationally representative sample. **JAMA Pediatr,** v. 173, n.1, p.95-96. January. 2019.

AMERICAN COLLEGE OF OBSTETRICIANS AND GYNECOLOGISTS' COMMITTEE ON PRACTICE BULLETINS - OBSTETRICS. Prediction and Prevention of Spontaneous Preterm Birth: ACOG Practice Bulletin, Number 234. **Obstet Gynecol,** v.138, n.2, p.65-90, August. 2021.

AMORIM, T. S. *et al.* Gestão do cuidado de Enfermagem para qualidade da assistência pré-natal na Assistência Primária à Saúde. **Esc Anna Nery**, v.26, 2022.

ANDERSON, T. M. *et al.* Maternal smoking before and during pregnancy and the risk of sudden unexpected infant death. **Pediatrics,** v.143, n.4, April. 2019.

ARAÚJO, J. P. *et al.* História da saúde da criança: conquistas, políticas e perspectivas. **Revista Brasileira de Enfermagem,** São Paulo, v.67, n.6, 2014. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reben/a/rBsdPF8xx9Sjm6vwX7JLYzx/abstract/?lang=pt>

AVCI, S.; ORTABAG, T.; ULUSAL, H.; TAYSI, S. The Effect of Domestic Violence During Pregnancy on Cortisol Hormone Release, Breastfeeding, and Newborn. **J Interpers Violence**, v.26, April. 2022.

BANDOLI, G. *et al.* Cannabis-related diagnosis in pregnancy and adverse maternal and infant outcomes. **Drug Alcohol Depend,** v.225, August. 2021.

BERHANIE, E. *et al*. Intimate partner violence during pregnancy and adverse birth outcomes: a case-control study. **Reprod Health,** v. 16, n.1, p.22, February. 2019.

BETTIOL, H.; BARBIERI, M. A.; SILVA, A. A. M. Epidemiologia do nascimento pré-termo: tendências atuais. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia,** Rio de Janeiro. v.32, n.2, Janeiro/Fevereiro. 2010.

BEZERRA, J.C. **Fatores associados ao parto prematuro em uma maternidade pública.** 2019. 97f. Dissertação (Mestrado) -Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Escola de Saúde, Programa em Pós-Graduação em Saúde e Sociedade, Natal, 2019.

BLENCOWE, H. *et. al.* National, regional, and worldwide estimates of preterm birth rates in the year 2010 with time trends since 1990 for selected countries: a systematic analysis and implications. **The Lancet**, v.379, n.9832, p.2162-72, 2012.

BRASIL. Os Objetivos de Desenvolvimento do Milênio. **ODM Brasil**, 2015. Disponível em: <http://www.odmbrasil.gov.br/os-objetivos-de-desenvolvimento-do-milenio>. Acesso em: 06 de junho de 2022.

BRASIL. O Brasil e os ODM. **ODM Brasil**, 2015. Disponível em: <http://www.odmbrasil.gov.br/o-brasil-e-os-odm>. Acesso em: 06 de junho de 2022.

BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília, DF: Senado Federal, 1988. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm>

BRASIL. Ministério da Saúde. **Atenção ao pré-natal de baixo risco.** Brasília, DF: Editora do Ministério da Saúde, 2013. Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cadernos_atencao_basica_32_prenatal.pdf>

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher.** Princípios e Diretrizes. Brasília, DF: Editora do Ministério da Saúde, 2004. Disponível em: <https://conselho.saude.gov.br/ultimas_noticias/2007/politica_mulher.pdf>

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 116, de 11 de fevereiro de 2009. **Diário Oficial da União**, Brasília, 2009. Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/svs/2009/prt0116_11_02_2009.html>

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 1130, de 05 de agosto de 2015. **Diário Oficial da União**, Brasília, 2015. Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2015/prt1130_05_08_2015.html>

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 1459, de 24 de junho de 2011. **Diário Oficial da União**, Brasília, 2011. Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1459_24_06_2011.html>

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010. **Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS)**. Brasília, 2010. Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2010/prt4279_30_12_2010.html>

BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde da Criança: crescimento e desenvolvimento**. Brasília, DF: Editora do Ministério da Saúde, 2012. Disponível em: <http://repositorio.asces.edu.br/handle/123456789/2114>

CARVALHO, F. C. et al. Fatores de risco maternos mais prevalentes relacionados à ocorrência de partos prematuros: revisão de literatura. **BJSCR,** v.36, n.1, p.112-123, Setembro/Novembro. 2021.

CASSIANO, A. C. M. *et al.* Saúde materno infantil no Brasil: evolução e programas desenvolvidos pelo Ministério da Saúde. **Revista do Serviço Público de Brasília, Brasília,** v.65, n.2, 2014.

CHAWANPAIBOON, S. et al. Global, regional, and national estimates of levels of preterm birth in 2014: a systematic review and modelling analysis. **Lancet Glob Health,** v.7, n.1, p.37-46, January. 2019.

COHN, A. *et al.* Birth Outcomes Associated with E-Cigarette and Non-E-Cigarette Tobacco Product Use During Pregnancy: An Examination of PATH Data Waves 1 - 5. **Nicotine Tob Res,** April, 2022.

CORSI, D. J. *et al.* Trends and correlates of cannabis use in pregnancy: A population-based study in Ontario, Canada from 2012 to 2017. **Can. J. Public Health,** v. 110, p. 76-84, November. 2019.

DEFILIPO, E. C. *et al.* Fatores associados à prematuridade: estudo caso-controle. **Rev Paul Pediatr,** v.40, April. 2022.

DÍAZ-RODRÍGUEZ, A.; FELIZ MATOS, L.; RUIZ MATUK, C. B. Risk factors associated with preterm birth in the Dominican Republic: a case-control study. **BMJ Open,** n.11, April. 2021.

ELKHATEEB, R. *et al.* Impact of domestic violence against pregnant women in Minia governorate, Egypt: a cross sectional study. **BMC Pregnancy Childbirth,** v.21, n.1, p.535, July. 2021.

FINNBOGADÓTTIR, H.; BAIRD, K.; THIES-LAGERGREN, L. Birth outcomes in a Swedish population of women reporting a history of violence including domestic violence during pregnancy: a longitudinal cohort study. **BMC Pregnancy Childbirth,** v.20, n.1, p.183 March. 2020.

FLORES, T. R. *et al.* Desigualdades na cobertura da assistência pré-natal no Brasil: um estudo de abrangência nacional [Inequalities on coverage of prenatal assistance in Brazil: a nationwide study]. **Cien Saude Colet,** v.26, n.2, p.593-600. 2021.

GONZAGA, I. C. A. *et al.* Atenção pré-natal e fatores de risco associados à prematuridade e baixo peso ao nascer em capital do nordeste brasileiro. **Revista Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.21, n.6, 2016.

HALIMI-ASL, A. A.; SAFARI, S.; HAMRAH, P. M. Epidemiology and Related Risk Factors of Preterm Labor as an Obstetrics Emergency. **Emergency**, v.5, n.1, p.3, 2017.

HARRISON, M. S.; GOLDENBERG, R. L. Global burden of prematurity. **Semin Fetal Neonatal Med,** v.21, n.2, p.74-79, December. 2016.

HINES, L. A. *et al.* Cannabis and tobacco use prior to pregnancy and subsequent offspring birth outcomes: a 20-year intergenerational prospective cohort study. **Scientific reports,** v.11, n.16826, August. 2021.

HOFHEIMER, J. A. *et al.* Psychosocial and medical adversity associated with neonatal neurobehavior in infants born before 30 weeks gestation. **Pediatr Res,** v.87, n4, p.721-729, October. 2020.

HOWSON, C.P. *et al.* Born Too Soon: preterm birth matters. **Reproductive Health,** v.10, n.1, 2013.

IKEHARA, S. *et al.* Japan Environment Children's Study Group. Association between maternal alcohol consumption during pregnancy and risk of preterm delivery: the Japan Environment and Children's Study. **BJOG,** v.126, n.12, p.1448-1454, November. 2019.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). Evolução e perspectiva da mortalidade infantil no Brasil. **Estudos e pesquisas de informação demográfica e socioeconômica**, v.1, n.2, p.19-22, 1999.

KELKAY, B. *et al.* Factors associated with singleton preterm birth in Shire Suhul General Hospital, Northern Ethiopia, 2018. **Journal of Pregnancy,** 2019.

KHATOON, F. *et al.* Domestic Violence During Pregnancy: Evaluating the Impact on Maternal and Perinatal Health-A Pilot Study in Uttar Pradesh. **J Obstet Gynaecol India,** v. 71, n.4, p.386-392, August. 2021.

LEAL, M. C. *et al.* Prevalence and risk factors related to preterm birth in Brazil. **Reproductive Health,** v.16, n.3, p.163-174, Outubro. 2016.

LEE, H.; OKUNEV, I.; MONOPOLI, M. Different levels of associations between medical co-morbidities and preterm birth outcomes among racial/ethnic women enrolled in Medicaid 2014–2015: retrospective analysis. **BMC Pregnancy Childbirth**, v.20, n.33, January. 2020.

LIU, B. *et al.* Maternal cigarette smoking before and during pregnancy and the risk of preterm birth: a dose-response analysis of 25 million mother-infant pairs. **PLoS Medicine,** v.17, n.8, August. 2020.

LIU, X. C. *et al.* Critical window for the association between prenatal environmental tobacco smoke exposure and preterm birth. **Environmental Research,** v.212, September. 2022.

MAIER, C. B.; BARNES, H.; AIKEN, L. H.; BUSSE, R. Descriptive, cross-country analysis of the nurse practitioner workforce in six countries: size, growth, physician substitution potential. **BMJ Open,** v.6, p.1-12 September. 2016.

MARCHAND, G. *et al.* Birth Outcomes of Neonates Exposed to Marijuana in Utero: A Systematic Review and Meta-analysis. **JAMA Netw Open,** v.5, n.1, January 2022.

MARTINELLI, K. *et al.* Prematuridade no Brasil entre 2012 e 2019: dados do Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos. **Revista Brasileira de Estudos de População**, v.38, 2021.

MARTÍNEZ-PEÑA, A. A. *et al.* The Impact of Early Life Exposure to Cannabis: The Role of the Endocannabinoid System. **Int J Mol Sci,** v.22, n.16, August. 2021.

MCINERNEY, C. *et al.* Benefits of not smoking during pregnancy for Australian Aboriginal and Torres Strait Islander women and their babies: a retrospective cohort study using linked data. **BMJ Open,** v.9, n.11, 2019.

MELO, E. C. *et al.* Fatores associados à qualidade do pré-natal: uma abordagem ao nascimento prematuro. **Revista da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo,** São Paulo, v.49, n.4, 2015.

MENDOZA TASCON, L. A. *et al.* Epidemiología de la prematuridad, sus determinantes y prevención del parto prematuro. **Rev chil obstet ginecol**, Santiago, v.81, n.4, p.330- 342, August. 2016.

MENICUCCI, T. M. História da reforma sanitária brasileira e do Sistema Único de Saúde: mudanças, continuidades e a agenda atual. **História, ciências, saúde-Manguinhos,** Rio de Janeiro, v.21, n.1, 2014.

MICHELIN, S. R. *et al.* Percepção das mulheres sobre promoção da saúde durante a consulta de Enfermagem. **Revista Ciência, cuidado e saúde**, Maringá (PR), v.14, n.1, 2015.

MIETTINEN, O. S. Estimability and estimation in case-referent studies. **Am J Epidemiol,** v.103, n.2, p.226-235, 1976.

MUSA, A.; CHOJENTA, C.; LOXTON, D. The association between intimate partner violence and low birth weight and preterm delivery in eastern Ethiopia: Findings from a facility-based study. **Midwifery**, v.92, January. 2021.

OLIVEIRA, A. A. *et al.* Fatores associados ao nascimento pré-termo: da regressão logística à modelagem com equações estruturais. **Cadernos de Saúde Pública,** v.35, n.1, 2019.

OLIVEIRA, A. M. *et al.* Entendo a pesquisa clínica IV: estudos de caso-controle. **FEMININA**, Rio de Janeiro. v.43, n.4, Julho/Agosto. 2015.

OLIVEIRA, M. A. P. *et al.* Estudos de Coorte e Caso-Controle na Era da Medicina Baseada em Evidências. **Brazilian Journal of Videoendoscopic Surgery,** v.3, n.3, Junho/Setembro. 2010.

ONI, H. T.; BUULTJENS, M.; MOHAMED, A. L.; ISLAM, M. M. Neonatal Outcomes of Infants Born to Pregnant Women With Substance Use Disorders: A Multilevel Analysis of Linked Data. **Subst Use Misuse,** v.57, n.1, p.1-10, August. 2022.

PARREIRA, B. D. M. **Saúde mental e reprodutiva de mulheres em área rural de Uberaba - Minas Gerais.** 2016. 156f. Tese (Doutorado) - Universidade de São Paulo, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública, Ribeirão Preto, 2016.

PEDERSEN, J. F. *et al.* Interventions to reduce preterm birth in pregnant women with psychosocial vulnerability factors-A systematic review. **Midwifery,** v.100, April. 2021.

PEREIRA, S. S. M. *et al.* Perfil de gestantes acometidas de parto prematuro em uma maternidade pública. **Revista online: cuidado é fundamental**, Rio de Janeiro, v.10, n.3, 2018.

PHILIPS, E. M. *et al*. Changes in parental smoking during pregnancy and risks of adverse birth outcomes and childhood overweight in Europe and North America: an individual participant data meta-analysis of 229,000 singleton births. **PLoS Medicine,** v.17, n.8, 2020.

PUN, K.D. *et al.* Domestic violence and perinatal outcomes - a prospective cohort study from Nepal. **BMC Public Health**, n.671, 2019.

R CORE TEAM. R: **A Language and environment for Statistical computing.** 2022. Available from: <http://www.r-project.org>

SALAMA, E.; SALAMA, H. H.; ALOBAIDLY, S. H. Socioeconomic Risk Factors for Preterm Birth in the state of Qatar: A Population-based Study. **Acta Biomed,** v.92. n.3, July. 2021.

SANTOS, L. A. V. *et al.* História gestacional e características da assistência pré-natal de puérperas adolescentes e adultas em uma maternidade do interior de Minas Gerais, Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.23, n.2, 2018.

SANTOS, R. J. **Prematuridade no Brasil: um estudo epidemiológico no período de 2007 a 2016.** 2018. Trabalho de Conclusão de Curso. (Graduação em Saúde Coletiva). Universidade Federal de Pernambuco, Vitória de Santo Antão, 2018.

SHI, Y.; ZHU, B.; LIANG, D. The associations between prenatal cannabis use disorder and neonatal outcomes. **Addiction,** v.116, n.11, April. 2021.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA. DEPARTAMENTO CIENTÍFICO DE NEONATOLOGIA. **Prevenção da Prematuridade – uma intervenção da gestão e da assistência,** Brasil. 2017. Available from: <https://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br/atencao-recem-nascido/prevencao-da-prematuridade-uma-intervencao-da-gestao-e-da-assistencia/>. Cited: November 2021.

STUFF, N.; SHENNAN, A. The prediction of preterm delivery: What is new? **Seminars in Fetal and Neonatal Medicine,** v.24, n.1, p.27-32, October. 2019.

TOMASI, E. *et al.* Qualidade da atenção pré-natal na rede básica de saúde do Brasil: indicadores e desigualdades sociais. **Cadernos de Saúde Pública,** v.33, n.3, 2017.

TONG, V. T. *et al.* Risks of preterm delivery and small for gestational age infants: effects of nondaily and low-intensity daily smoking during pregnancy. **Pediatric and Perinatal Epidemiology,** v.31, n.2, 144-148, February. 2017.

TUAN VO, M. *et al.* Domestic violence and its association with pre-term or low birthweight delivery in Vietnam. **Int J Womens Health,** v.27, n.11, p.501-510, August. 2019.

TURPIN, H. *et al.* The interplay between prematurity, maternal stress and children's intelligence quotient at age 11: A longitudinal study. **Sci Rep,** v.9, n.1, January. 2019.

VOGEL, J. P. *et al.* The global epidemiology of preterm birth. **Best Practice & Research Clinical Obstetrics and Gynecology**, v.52, p.3-12, Outubro. 2018.

WANG, L. *et al.* Paternal smoking and preterm birth: a population-based retrospective cohort study among non-smoking women aged 20-49 years in rural China. **Reprod Health,** v.19, n.72, March. 2022.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **The Alcohol Use Disorders Identification Test: guidelines for use in primary health care (second edition).** WHO, Geneva, 2001.

WORLD HEALTH ORGANIZATION *et. al.* **Born to soon: The Global action report on preterm Birth.** WHO, Geneva, 2012.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **New brief outlines devastating harms from**

tobacco use and exposure to second-hand tobacco smoke during pregnancy and throughout childhood - Report calls for protective policies. WHO, Geneva, 2021.

ZHANG, L. *et al.* Tabagismo materno durante a gestação e medidas antropométricas do recém-nascido: um estudo de base populacional no extremo sul do Brasil. **Cad Saude Publica**, v.27, n.9, p.1768-1776, 2011.

APÊNDICES

APÊNDICE A - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – Mulheres com parto a termo.

***TÍTULO DO ESTUDO* – Determinantes sociais da saúde associados ao parto pré-termo.**

Você está sendo convidada para participar, como voluntária, de uma pesquisa a respeito dos fatores de risco que uma pessoa apresenta e se eles podem ter relação com o parto antes do final da gravidez. Quem está responsável por esse estudo é a enfermeira e aluna de pós-graduação em enfermagem Dalila Helena Affonso Artiga, da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo.

Este documento é chamado Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, pois, sua concordância em participar do estudo só vale após você ter sido completamente esclarecida sobre todos os aspectos importantes deste estudo. Sinta-se à vontade para fazer perguntas sobre o estudo a qualquer momento. Se concordar em participar desse estudo, pedimos que assine duas vias deste documento. Uma dessas vias ficará com a senhora para que possa guardá-la. A sua participação é completamente voluntária. Você pode decidir não participar do estudo ou deixá-lo a qualquer momento sem que tenha qualquer perda no acesso à rotina de cuidados médicos, ou quaisquer outros benefícios.

Essa pesquisa que estamos lhe convidando para participar tem como objetivo nosso entendimento sobre a relação entre alguns fatores de risco que a pessoa experimenta como a idade, o quanto estudou, onde mora, se tem amigos ou diversão, por exemplo, e o parto antes do final da gestação, que é 37 a 42 semanas. Queremos deixar claro que a sua participação nesta pesquisa se justifica por fazer parte do grupo da pesquisa que não teve parto antes do final da gestação. Iremos comparar as suas respostas com as respostas das mulheres que tiveram parto prematuro, para que possamos contribuir com a melhoria do cuidado à saúde das pessoas. Se você concordar em participar do estudo, conversaremos sobre algumas coisas da sua vida e de como você vive e você responderá três questionários, um sobre suas características de nascimento e social, outro sobre como você vive e outro sobre sua história reprodutiva, que é relacionado aos filhos, gravidezes e partos. Também pedimos a sua permissão para buscar em seu prontuário médico, informações sobre o seu parto atual. Toda informação será mantida estritamente confidencial e será fornecida somente aos pesquisadores envolvidos neste estudo e será usada somente para os motivos deste estudo. O

tempo previsto para realização desta atividade será de aproximadamente 15 minutos e estaremos em um local com privacidade.

A sua participação nesta pesquisa poderá trazer alguns desconfortos, como por exemplo, você pode ficar constrangida com algumas perguntas que serão feitas nos instrumentos, por não saber responder ou lembrar-se de algumas situações que lhe foram desagradáveis. Eu estarei presente na maternidade para conversarmos e orientá-la, caso necessário. Caso ocorra algum dano decorrente de sua participação na pesquisa, a senhora terá direito a uma indenização conforme as leis vigentes no Brasil.

Você não será diretamente beneficiada com sua participação. Mas a sua participação vai nos ajudar a entender melhor os determinantes sociais envolvidos no parto prematuro e identificar pessoas vulneráveis. Como resultado, podemos ter mudanças em ações de saúde, como por exemplo, por parte do governo como medida de políticas de saúde. Nós tomaremos todas as medidas para proteger a sua privacidade. Os dados obtidos durante o estudo são confidenciais. Você será identificada por um número e suas informações pessoais não serão reveladas sem sua permissão por escrito. As únicas pessoas que podem ter acesso aos dados da pesquisa serão os membros da equipe de estudo. Você não será pessoalmente identificada em nenhuma publicação de resultados deste estudo.

Não há custos pela sua participação neste estudo. Você não será paga pela participação neste projeto de pesquisa. Reforçamos que a sua participação neste estudo é completamente voluntária. Você pode escolher não fazer parte deste estudo ou deixá-lo a qualquer momento, que será tratada igualmente, não importa o que decidir.

Se tiver alguma dúvida, pode nos procurar a qualquer momento ou procurar o Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo. Este comitê tem a finalidade de lhe oferecer proteção ética nos assuntos desta pesquisa e fica na Avenida dos Bandeirantes, 3900 - Bairro: Monte Alegre – Campus Universitário, Ribeirão Preto – SP, CEP: 14040-902, telefone (16) 33159197. A senhora pode entrar em contato com o Comitê de Ética de segunda a sexta-feira, em dias úteis, das 10 às 12 e das 14 às 16 horas. Deixamos nossos e-mails: Profa. Dra. Flávia Gomes- Sponholz flagomes@usp.br, Profa. Dra. Nayara Gonçalves Barbosa nbarbosa@usp.br e Dalila Helena Affonso Artiga dalila.affonso@usp.br. Antecipadamente agradecemos e colocamo-nos à disposição para quaisquer esclarecimentos.

Nós lhe convidamos agora para assinar este documento. São duas vias originais e a senhora ficará com uma delas. Se você leu o Consentimento Informado (ou se ele foi

explicado para você) e entendeu a informação e concorda em ser voluntária deste estudo, por favor, assine abaixo:

Nome da participante:_____
Assinatura da participante:_____
Data:_____/_____ /_____

Eu expliquei o propósito deste estudo à voluntária. Eu tenho certeza que ela entendeu o propósito, o procedimento, os riscos e os benefícios deste estudo.

Membro da equipe que conduziu:_____
Assinatura do membro da equipe:_____
Data:_____ /_____ /_____

APÊNDICE B - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – Mulheres com parto prematuro.

***TÍTULO DO ESTUDO* – Determinantes sociais da saúde associados ao parto pré-termo.**

Você está sendo convidada para participar, como voluntária, de uma pesquisa a respeito dos fatores de risco que uma pessoa apresenta e se eles podem ter relação com o parto antes do final da gravidez. Quem está responsável por esse estudo é a enfermeira e aluna de pós-graduação em enfermagem Dalila Helena Affonso Artiga, da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo.

Este documento é chamado Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, pois, sua concordância em participar do estudo só vale após você ter sido completamente esclarecida sobre todos os aspectos importantes deste estudo. Sinta-se à vontade para fazer perguntas sobre o estudo a qualquer momento. Se concordar em participar desse estudo, pedimos que assine duas vias deste documento. Uma dessas vias ficará com você para que possa guardá- la. A sua participação é completamente voluntária. Você pode decidir não participar do estudo ou deixá-lo a qualquer momento sem que tenha qualquer perda no acesso à rotina de cuidados médicos, ou quaisquer outros benefícios.

Essa pesquisa que estamos lhe convidando para participar tem como objetivo nosso entendimento sobre a relação entre alguns fatores de risco que a pessoa experimenta como a idade, o quanto estudou, onde mora, se tem amigos ou diversão, por exemplo, e o parto antes do final da gestação, que é 37 a 42 semanas. A sua participação nesta pesquisa se justifica por fazer parte do grupo da pesquisa que teve parto antes do final da gestação. Iremos comparar as suas respostas com as respostas das mulheres que tiveram parto a termo, ou seja, a gravidez completa, para que possamos contribuir com a melhoria do cuidado à saúde das pessoas.

Se você concordar em participar do estudo, conversaremos sobre algumas coisas da sua vida e de como você vive e você responderá três questionários, um sobre suas características de nascimento e social, outro sobre como você vive e outro sobre sua história reprodutiva, que é relacionado aos filhos, gravidezes e partos. Também pedimos a sua permissão para buscar em seu prontuário médico, informações sobre o seu parto atual. Toda informação será mantida estritamente confidencial e será fornecida somente aos pesquisadores envolvidos neste estudo e será usada somente para os motivos deste estudo. O tempo previsto para realização desta atividade será de aproximadamente 15 minutos e estaremos em um local com privacidade.

A sua participação nesta pesquisa poderá trazer alguns desconfortos, como por exemplo, você pode ficar constrangida com algumas perguntas que serão feitas nos instrumentos, por não saber responder ou lembrar-se de algumas situações que lhe foram desagradáveis. Eu estarei presente na maternidade para conversarmos e orientá-la, caso necessário. Caso ocorra algum dano decorrente de sua participação na pesquisa, a senhora terá direito a uma indenização conforme as leis vigentes no Brasil.

Você não será diretamente beneficiada com sua participação. Mas a sua participação vai nos ajudar a entender melhor os determinantes sociais envolvidos no parto prematuro e identificar pessoas vulneráveis. Como resultado, podemos ter mudanças em ações de saúde, como por exemplo, por parte do governo como medida de políticas de saúde. Nós tomaremos todas as medidas para proteger a sua privacidade. Os dados obtidos durante o estudo são confidenciais. Você será identificada por um número e suas informações pessoais não serão reveladas sem sua permissão por escrito. As únicas pessoas que podem ter acesso aos dados da pesquisa serão os membros da equipe de estudo. Você não será pessoalmente identificada em nenhuma publicação de resultados deste estudo.

Não há custos pela sua participação neste estudo. Você não será paga pela participação neste projeto de pesquisa. Reforçamos que a sua participação neste estudo é completamente voluntária. Você pode escolher não fazer parte deste estudo ou deixá-lo a qualquer momento, que será tratada igualmente, não importa o que decidir.

Se tiver alguma dúvida, pode nos procurar a qualquer momento ou procurar o Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo. Este comitê tem a finalidade de lhe oferecer proteção ética nos assuntos desta pesquisa e fica na Avenida dos Bandeirantes, 3900 - Bairro: Monte Alegre - Campus Universitário, Ribeirão Preto – SP, CEP: 14040-902, telefone (16) 33159197. A senhora pode entrar em contato com o Comitê de Ética de segunda a sexta-feira, em dias úteis, das 10 às 12 e das 14 às 16 horas. Deixamos nossos e-mails: Profa. Dra. Flávia Gomes- Sponholz flagomes@usp.br, Profa. Dra. Nayara Gonçalves Barbosa nbarbosa@usp.br e Dalila Helena Affonso Artiga dalila.affonso@usp.br. Antecipadamente agradecemos e colocamo-nos à disposição para quaisquer esclarecimentos.

Nós lhe convidamos agora para assinar este documento. São duas vias originais e a senhora ficará com uma delas. Se você leu o Consentimento Informado (ou se ele foi explicado para você) e entendeu a informação e concorda em ser voluntária deste estudo, por favor, assine abaixo:

Nome da participante:_____

Assinatura da participante:_____

Data:_____ /_____ /_____

Eu expliquei o propósito deste estudo à voluntária. Eu tenho certeza que ela entendeu o propósito, o procedimento, os riscos e os benefícios deste estudo.

Membro da equipe que conduziu:_____

Assinatura do membro da equipe:_____

Data:_____/_____ /_____

ANEXOS

ANEXO A - PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

USP - HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA FACULDADE DE MEDICINA DE RIBEIRÃO PRETO DA USP -

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

Elaborado pela Instituição Coparticipante

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Determinantes sociais da saúde associados ao parto pré-termo.
Pesquisador: Dalila Helena Affonso Artiga
Área Temática:
Versão: 1
CAAE: 18858719.5.3002.5440
Instituição Proponente: CENTRO DE REFERENCIA DA SAUDE DA MULHER - MATER
Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 4.628.210

Apresentação do Projeto:
Trata-se de projeto de pesquisa da instituição proponente. O HCFMRP_USP será uma coparticipante da pesquisa

Objetivo da Pesquisa:
De acordo com o parecer da instituição proponente.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:
De acordo com o parecer da instituição proponente.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:
De acordo com o parecer da instituição proponente.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:
De acordo com o parecer da instituição proponente.

Recomendações:
não se aplica

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:
O CEP tomou ciência e concorda com o parecer da instituição proponente e aprova o HCFMRP-USP como coparticipante da pesquisa.

Considerações Finais a critério do CEP:
O CEP do HC e da FMRP-USP concorda com o parecer ético emitido pelo CEP da Instituição

Endereço: CAMPUS UNIVERSITÁRIO
Bairro: MONTE ALEGRE **CEP:** 14.048-900
UF: SP **Município:** RIBEIRAO PRETO
Telefone: (16)3602-2228 **Fax:** (16)3633-1144 **E-mail:** cep@hcrp.usp.br

Proponente, que cumpre as Resoluções Éticas Brasileiras, em especial a Resolução CNS 466/12. Diante disso, o HCFMRP-USP, como instituição co-participante do referido projeto de pesquisa, está ciente de suas co-responsabilidades e de seu compromisso no resguardo da segurança e bem-estar dos sujeitos desta pesquisa, dispondo de infra-estrutura necessária para a garantia de tal segurança e bem-estar

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	DALILA_TCLE_CONTROLES_VERSAO_2.pdf	15/10/2019 14:50:58	Flávia GomesSponholz	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	DALILA_TCLE_CASOS_VERSAO_2.pdf	15/10/2019 14:50:13	Flávia GomesSponholz	Aceito
Outros	DALILA_Point_by_point_CEP.pdf	15/10/2019 14:48:44	Flávia GomesSponholz	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	DALILA_PROJETO_VERSAO_2.pdf	15/10/2019 14:45:47	Flávia GomesSponholz	Aceito

Lista de Instituições deste Projeto Coparticipante

CNPJ	Nome da Instituição
57.722.118/0003-02	CENTRO DE REFERENCIA DA SAUDE DA MULHER - MATER
56.023.443/0001-52	Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da USP - HCFMRP

Situação do Parecer:
Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:
Não

RIBEIRAO PRETO, 05 de Abril de 2021

Assinado por:
MARCIA GUIMARÃES VILLANOVA
(Coordenador(a))

Endereço: CAMPUS UNIVERSITÁRIO
Bairro: MONTE ALEGRE **CEP:** 14.048-900
UF: SP **Município:** RIBEIRAO PRETO
Telefone: (16)3602-2228 **Fax:** (16)3633-1144 **E-mail:** cep@hcrp.usp.br

ANEXO B - AUTORIZAÇÃO PARA COLETA DE DADOS DO DEPARTAMENTO DE PUERICULTURA E PEDIATRIA DO HCFMRP/USP

Ribeirão Preto, 03de Julho de 2019

Prezada Orientadora,

Informamos que a coordenação do Departamento de Puericultura e Pediatria do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto (HC-FMRP) manifesta concordância com a realização do projeto de pesquisa no berçário. Sendo assim, declaro estar ciente e concordo com a realização do projeto de pesquisa:"**Determinantes sociais de saúde associados ao parto pré-termo em um hospital terciário brasileiro.**" que será realizado pela estudante Dalila Helena Affonso, matriculada no curso de pós graduação em enfermagem do Programa de Saúde Pública da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (EERP-USP), sob a responsabilidade da **Profa. Dra. Flávia Azevedo Gomes-Sponholz**.

Informo que a pesquisa somente será realizada quando obtiver aprovação no Comitê de Ética em Pesquisa da Instituição proponente, devendo o pesquisador apresentar-se com antecedência ao serviço para combinar a melhor data para o início do projeto de pesquisa. Fica consignada a liberdade do Departamento de Puericultura e Pediatria do HC-FMRP retirar seu consentimento em qualquer fase da pesquisa, sem que isso lhe traga prejuízo ou responsabilização de qualquer ordem. Solicito que a pesquisadora encaminhe à escola o relatório final ao encerrar a pesquisa.

Cordialmente,

Coordenador do Departamento de Pediatria do HCC-FMRP

ciente e de acordo 11/jul/2019

Profa. Dra. Marisa Marcia Mussi
Suplente da Chefia do Depto de Puericultura e Pediatria
FMRP/USP

Iustríssima Senhora

Profa. Dra. Flávia Azevedo Gomes-Sponhoiz

Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo — EERP/USP

Nesta

ANEXO C - PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP DA EERP/USP

USP - ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO DA USP

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DA EMENDA

Título da Pesquisa: Determinantes sociais da saúde associados ao parto pré-termo.
Pesquisador: Dalila Helena Affonso Artiga
Área Temática:
Versão: 3
CAAE: 18858719.5.0000.5393
Instituição Proponente: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto - USP
Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 4.608.691

Apresentação do Projeto:
Trata-se de um pedido de emenda para inclusão de um membro à equipe de pesquisa em projeto aprovado por este CEP.

Objetivo da Pesquisa:
Tópico já apreciado.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:
Tópico já apreciado.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:
É adicionado um membro à equipe de pesquisa

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:
Vide tópico "Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações".

Recomendações:
Vide tópico "Considerações Finais a Critério do CEP".

Endereço: BANDEIRANTES 3900
Bairro: VILA MONTE ALEGRE **CEP:** 14.040-902
UF: SP **Município:** RIBEIRAO PRETO
Telefone: (16)3315-9197 **E-mail:** cep@eerp.usp.br

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

O CEP-EERP/USP considera que a solicitação de emenda ora apresentada contempla os quesitos éticos necessários, estando aprovada para execução a partir da presente data de emissão deste parecer.

Considerações Finais a critério do CEP:

Em atendimento ao subitem II.19 da Resolução CNS 466/2012, cabe ao pesquisador responsável pelo presente estudo elaborar e apresentar relatórios parcial e final "[...] após o encerramento da pesquisa, totalizando seus resultados", em forma de "notificação". O modelo de relatório do CEP-EERP./USP se encontra disponível, em http://www.eerp.usp.br/media/wcms/files/Fluxograma_enc_protocolos_CEP_05_2019.pdf, na página 7 de 7.

Parecer apreciado ad referendum.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_1701530_E1.pdf	08/03/2021 16:50:30		Aceito
Solicitação Assinada pelo Pesquisador Responsável	Modelo_oficio_emenda_.pdf	08/03/2021 16:48:23	Dalila Helena Affonso Artiga	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	DALILA_TCLE_CONTROLES_VERSAO_2.pdf	15/10/2019 14:50:58	Flávia GomesSponholz	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	DALILA_TCLE_CASOS_VERSAO_2.pdf	15/10/2019 14:50:13	Flávia GomesSponholz	Aceito
Outros	DALILA_Point_by_point_CEP.pdf	15/10/2019 14:48:44	Flávia GomesSponholz	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	DALILA_PROJETO_VERSAO_2.pdf	15/10/2019 14:45:47	Flávia GomesSponholz	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	Untitled_19072019_112820.pdf	12/08/2019 12:07:42	Dalila Helena Affonso	Aceito

Orçamento	DALILA_ORCAMENTO.pdf	26/07/2019 15:33:31	Dalila Helena Affonso	Aceito
Cronograma	DALILA_CRONOGRAMA.pdf	26/07/2019 15:33:12	Dalila Helena Affonso	Aceito
Folha de Rosto	DALILA_FR.pdf	26/07/2019 14:43:48	Dalila Helena Affonso	Aceito

Situação do Parecer:
Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:
Não

RIBEIRAO PRETO, 24 de Março de 2021

Assinado por:
RONILDO ALVES DOS SANTOS
(Coordenador(a))

Endereço: BANDEIRANTES 3900
Bairro: VILA MONTE ALEGRE **CEP:** 14.040-902
UF: SP **Município:** RIBEIRAO PRETO
Telefone: (16)3315-9197 **E-mail:** cep@eerp.usp.br

ANEXO E - INSTRUMENTO DE CARACTERIZAÇÃO SOCIODEMOGRÁFICA E ECONÔMICA

I. CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS E ECONÔMICAS.
1.1 Data de nascimento: ____/____/____ Idade:
1.2 Cor auto referida ( ) 1 branca, 2 negra, 3 amarela, 4 parda, 5 vermelha
1.3 Situação conjugal: ( ) 1 solteira, 2 casada/união estável. 3 viúva, 4 divorciada/separada
1.4 Tempo de relacionamento em meses: ( ) 222 não sabe 999 não se aplica
1.5 escolaridade em anos estudados ( )
1.6 Religião ( ) 1 católica, 2 evangélica, 3 espírita, 4 não tem, 5 não acredita em Deus ou em divindades, 6 outros
1.7 Ocupação: ( ) 1 desempregada, 2 do lar, 3 mercado formal, 4 mercado informal, 5 estudante, 6 aposentada
1.8 Provedor da família: ( ) 1 participante, 2 companheiro, 3 ambos, 4 pais, 5 outros.
1.9 Renda Individual Mensal ( ) 1 salário, 2 bolsa família, 3 pensão dos pais ou dos filhos, 4 não possui renda individual, 5 renda de mercado informal, 6 outros
1.10 Valor da renda individual em salário mínimo: ( ) 222 não sabe, 999 não se aplica
1.11 Valor da renda familiar em salário mínimo: ( ) 222 não sabe, 999 não se aplica
1.12 Número de pessoas residentes no domicílio: ( )
1.13 Tipo de moradia: ( ) 1 alvenaria, 2 taipa revestida, 3 madeira, 4 outros
1.14 Abastecimento de água: ( ) 1 rede geral, 2 poço, 3 céu aberto

ANEXO F - INSTRUMENTO DE CARACTERIZAÇÃO COMPORTAMENTAL

II. CARACTERÍSTICAS COMPORTAMENTAIS
2.1 Realiza atividade física: ( ) 1 sim, 2 não (vá para 2.5)
2.2 Tipo de atividade física: ( ) 1 caminhada, 2 bicicleta, 3 outro, 999 não se aplica
2.3 Quantos dias por semana faz atividade física: ( ) 1 um dia, 2 dois dias, 3 três dias, 4 quatro ou mais dias, 222 não sabe, 999 não se aplica
2.4 Tempo de atividade física ( ) 1 menos de 30 minutos, 2 mais de 30 minutos, 222 não sabe, 999 não se aplica
2.5 Possui alguma doença crônica: ( ) 1 não possui, 2 hipertensão, 3 diabetes mellitus, 4 depressão, 5 outras, 999 não se aplica
2.6 Hábito de fumar: ( ) 1 fuma, 2 não fuma
2.7 Número cigarros/dia: ( ) 222 não sabe, 999 não se aplica
2.8 Uso de drogas ilícitas: ( ) 1 não usa, 2 usa todos ou quase todos os dias, 3 usa uma ou duas vezes/semana, 4 usa uma a três vezes/mês, 5 usa menos uma vez/mês
2.9 Realiza atividades regulares de lazer: ( ) 1 sim, 2 não
2.10 Convivência com companheiro, na maioria das vezes: ( ) 1 boa, 2 ruim, 999 não se aplica

ANEXO G - INSTRUMENTO DE CARACTERIZAÇÃO OBSTÉTRICA

III. CARACTERÍSTICAS OBSTÉTRICAS
3.1 Número de gestações: ( ) 222 não sabe, 999 não se aplica
3.2 Idade da mulher na primeira gestação em anos: ( ) 222 não sabe, 999 não se aplica
3.3 Idade da mulher na última gravidez em anos: ( ) 222 não sabe, 999 não se aplica
3.4 Última gestação foi planejada? ( ) 222 não sabe, 999 não se aplica
3.5 Última gestação foi desejada? ( ) 222 não sabe, 999 não se aplica
3.6 Número de partos: ( ) 222 não sabe, 999 não se aplica
3.7 Número de partos normais anteriores: ( ) 999 não se aplica (não teve parto anterior, 222 não teve parto normal)
3.8 Número de cesáreas anteriores: ( ) 999 não se aplica (não teve parto anterior, 222 não teve cesárea anterior)
3.9 Número de partos com fórceps anteriores: ( ) 999 não se aplica (não teve parto anterior, 222 não teve parto com fórceps anterior)
3.10 Número de abortos ( ) 999 não se aplica (não teve)
3.11 Número de filhos vivos: ( ) 999 não se aplica (nenhum)
3.12 Você teve algum filho que nasceu morto? ( ) 1 sim, 2 não, 999 não se aplica
3.13 Você teve algum filho que morreu logo após o nascimento? ( ) 1 sim, 2 não, 999 não se aplica
3.14 Intervalo interpartal entre a penúltima e a última gestação em meses? ( ) 222 não sabe, 999 não se aplica
3.15 Realizou pré-natal durante a última gestação: ( ) 1 sim, 2 não 999 não se aplica
3.16 Teve algum problema relacionado a maternidade: ( ) 1 sim, 2 não, 999 não se aplica
3.17 Qual problema: ( ) 1 hipertensão, 2 diabetes gestacional, 3 DST, 4 infecção do trato urinário, 5 outros, 222 não sabe, 999 não se aplica
3.18 Teve intercorrências na gestação: ( ) 1 sim, 2 não, 222 não sabe, 3 não se aplica
3.19 Qual (is) intercorrências: ( ) pré-eclâmpsia, 2 eclampsia, 3 trabalho de parto prematuro, 4 descolamento de placenta, 5 outros, 222 não sabe, 999 não se aplica

ANEXO H - ALCOHOL USE DISORDER IDENTIFICATION TEST (AUDIT)

1. Com que frequência você consome bebidas alcóolicas?
(0) Nunca [vá para a questão 9-10]
(1) Mensalmente ou menos
(2) De 2 a 4 vezes no mês
(3) De 2 a 3 vezes por semana
(4) 4 ou mais vezes por semana

2. Quantas doses alcoólicas você consome tipicamente ao beber? (0) 0 ou 1
(1) 2 ou 3
(2) 4 ou 5
(3) 6 ou 7
(4) 8 ou mais

3. Com que frequência você consome seis ou mais doses de uma vez?
(0) Nunca
(1) Menos do que uma vez ao mês
(2) Mensalmente
(3) Semanalmente
(4) Todos ou quase todos os dias

Se a soma das questões 2 e 3 for 0, avance para as questões 9 e 10

4. Quantas vezes ao longo dos últimos 12 meses você achou que não conseguiria parar de beber uma vez tendo começado?
(0) Nunca
(1) Menos do que uma vez os mês
(2) Mensalmente
(3) Semanalmente
(4) Todos ou quase todos os dias

5. Quantas vezes ao longo dos últimos 12 meses você, por causa do álcool, não conseguiu fazer o que era esperado de você?
(0) Nunca
(1) Menos do que uma vez os mês
(2) Mensalmente
(3) Semanalmente
(4) Todos ou quase todos os dias

6. Quantas vezes ao longo dos últimos 12 meses você precisou beber pela manhã para poder se sentir bem ao longo do dia após ter bebido bastante no dia anterior?

(0) Nunca
(1) Menos do que uma vez os mês
(2) Mensalmente
(3) Semanalmente
(4) Todos ou quase todos os dias

7. Quantas vezes ao longo dos últimos 12 meses você se sentiu culpado ou com remorso depois de ter bebido?

(0) Nunca
(1) Menos do que uma vez os mês
(2) Mensalmente
(3) Semanalmente
(4) Todos ou quase todos os dias

8. Quantas vezes ao longo dos últimos 12 meses você foi incapaz de lembrar o que aconteceu devido a bebida?

(0) Nunca
(1) Menos do que uma vez os mês
(2) Mensalmente
(3) Semanalmente
(4) Todos ou quase todos os dias

9. Você já causou ferimentos ou prejuízos a você mesmo ou a outra pessoa após ter bebido?

(0) Não
(2) Sim, mas não nos últimos 12 meses
(4) Sim, nos últimos 12 meses

10. Algum parente, amigo ou médico já se preocupou com o fato de você beber ou sugeriu que você parasse?

(0) Não
(2) Sim, mas não nos últimos 12 meses
(4) Sim, nos últimos 12 meses