

## Parto prematuro: características das gestantes de uma população da zona sul de São Paulo

Aline Zorzim Berger <sup>1</sup>  
Vivian Inácio Zorzim <sup>2</sup>  
Elias Ferreira Pôrto <sup>3</sup>  
Fábio Marcon Alfieri <sup>4</sup>

<sup>1-4</sup> Centro Universitário Adventista de São Paulo. Estrada de Itapeperica, 5859. Jardim Iae. São Paulo, SP, Brasil. CEP: 05.890-020.  
E-mail: fabioalfieri@usp.br

### Resumo

*Objetivos:* identificar as características das gestantes que tiveram parto prematuro (PPT) na região sul da cidade de São Paulo.

*Métodos:* estudo observacional transversal com coleta de dados de 122 prontuários de gestantes que tiveram PPT em 2013. Os dados coletados foram analisados pelo pacote estatístico Graphpad Prism 6. Para as variáveis que se mostraram significantes dentro da regressão multivariada foi feita análise de forma dicotômica por meio odds ratio.

*Resultados:* a média de idade das gestantes foi de 24,9 anos. Das 122 gestantes, 34,4% estavam na faixa etária considerada de risco pelo Ministério da Saúde. A raça predominante foi parda (46,2%). 41,8% finalizaram o ensino médio. Em relação aos antecedentes pessoais, o que mais se destacou foi o histórico de infecção urinária (37,5%). Em relação aos antecedentes familiares em relação às condições clínicas, 43% possuíam antecedentes com diabetes e 61% com hipertensão arterial. Quanto aos antecedentes ginecológicos, 37,5% relataram apresentar dismenorreia durante os ciclos menstruais. Ao ser realizada análise multivariada, foi verificado que a hipertensão arterial e principalmente a dismenorreia foram as mais significantes.

*Conclusões:* em relação aos fatores de risco das mulheres para parto prematuro das mulheres, a dismenorreia foi o fator mais determinante, seguido de hipertensão arterial.

**Palavras-chave** Trabalho de parto prematuro, Saúde da mulher, Hipertensão arterial, Dismenorreia

## Introdução

A gravidez e o parto são eventos únicos na vida das mulheres e de suas famílias. No Brasil, apesar dos esforços realizados durante o Pré-natal e parto, algumas intercorrências se mantêm, proporcionando um cenário atual de altos índices de mortalidade materno-infantil e morbidades neonatais, principalmente em recém-nascidos prematuros.<sup>1-4</sup>

O parto prematuro (PPT) é a ocorrência do nascimento antes do termo, ou seja, abaixo de 37 semanas de gestação, ou entre 140 e 257 dias após o primeiro dia da última menstruação, independente do peso ao nascer, podendo ser classificado em prematuridade extrema, quando o nascimento ocorre antes da 28ª semana de gestação, prematuridade acentuada, quando ocorre entre a 28ª e 32ª semana de gestação e prematuridade moderada, entre a 32ª e 37ª semana.<sup>2</sup>

De acordo com os motivos relacionados, o PPT pode ser classificado como espontâneo, quando ocorre em consequência do trabalho de parto espontâneo propriamente dito e ou da rotura prematura de membranas, ou induzido, quando ocorre por indicação médica, decorrente de intercorrências maternas e/ou fetais.<sup>5</sup>

As intercorrências maternas mais comuns que estimulam o PPT são pré-eclâmpsia grave, placenta prévia, estado fetal não tranquilizador ou descolamento prematuro de placenta.<sup>6</sup>

De acordo com Goldenberg *et al.*,<sup>3</sup> a maioria dos PPT ocorrem espontaneamente, porém as taxas de PPT induzido vêm aumentando a partir de 1990, correspondendo a 20% na atualidade.

Segundo relatório da ação global elaborado pela Organização Mundial de Saúde (OMS) são contabilizados 15 milhões de recém-nascidos prematuros no mundo a cada ano, dos quais 1 milhão falecem.<sup>4</sup>

Cerca de 90% desses nascimentos prematuros são concentrados em países em desenvolvimento, com 11 milhões de casos na África e na Ásia e o restante na América Latina e Caribe.<sup>7</sup>

No Brasil, vem se observando uma tendência de aumento da prematuridade. O percentual variou de 5%, em 1994, a 6,6% em 2005. Atualmente é de 10,5%.<sup>2,8</sup>

No município de São Paulo, 12,3% dos partos ocorridos em 2012 foram prematuros, evidenciando um dos principais problemas de saúde. Mais precisamente na Região Sul – Supervisão Técnica de Saúde de Campo Limpo (STSCCL) – onde este estudo foi realizado, o índice é de 12,9%.<sup>9</sup>

Há uma dificuldade na prevenção do PPT devido à multiplicidade de causas e fatores desencadeantes

e da complexa fisiopatologia. Os principais fatores de risco maternos relacionados ao PPT espontâneo são: história pessoal de PPT, gestação múltipla, baixo nível socioeconômico, descendência afro americana, peso extremo: baixo peso ou obesidade, idade extrema: <16 ou >35 anos, tabagismo, estresse, infecção do trato genital, ruptura prematura das membranas, hemorragia pré-parto, Insuficiência do colo do útero, anomalias uterinas congênitas, fragilidade da assistência pré-natal.<sup>10,11</sup>

Sabe-se que espontâneo ou induzido, o PPT representa um grande desafio para os serviços de saúde pública em todo o mundo, pois trata-se da principal causa de morte neonatal, além de ser responsável pela maior parte das morbidades, incluindo paralisia cerebral, déficit cognitivo, cegueira, surdez e doenças respiratórias. Juntas, as morbidades contribuem para a perda de mais de 100 milhões de anos de vida ajustados por incapacidade.<sup>4,12</sup> Isto sem levar em conta sobre o aumento do custo econômico da saúde.<sup>13</sup>

O reconhecimento e a redução dos fatores de risco maternos e fetais, bem como o monitoramento da morbimortalidade perinatal são essenciais para melhorar a qualidade dos serviços de saúde e possivelmente diminuir as complicações materno-fetais em relação ao PPT.<sup>5</sup>

Ramos e Cuman<sup>14</sup> afirmam que o conhecimento das características de um grupo populacional contribui para a redução dos índices dos indicadores de saúde, principalmente o coeficiente de mortalidade infantil. Portanto, uma avaliação contínua desses indicadores de saúde pelas administrações públicas forneceria estratégias para assistência integral à criança e instrumentos para redução da incidência de morbimortalidade infantil.

Como as causas decorrentes do PPT ainda são diversas e este acontecimento vem aumentando em países como o Brasil em especial na cidade de São Paulo na Região Sul, faz-se necessário conhecer as características das gestantes que tiveram o PPT. A busca destas informações torna-se um ponto de partida para ações futuras quanto à promoção da saúde nesta etapa da vida da mulher e do futuro recém-nascido. Portanto, o objetivo deste estudo foi o de identificar as características das gestantes que tiveram parto prematuro na região sul da cidade de São Paulo.

## Métodos

Trata-se de um estudo observacional transversal sobre as características das gestantes e da assistência pré-natal daquelas que tiveram parto prematuro na

Região Sul (Capão Redondo) da cidade de São Paulo no ano de 2013. O estudo estudou a aprovação no Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal da Saúde de São Paulo, sob número: 805.666.

Este estudo foi desenvolvido em 12 Unidades Básicas de Saúde (UBSs) inseridas no Distrito do Capão Redondo, que atendem ao Programa Nacional (PN) através do Programa Saúde da Família (PSF). A população deste estudo foi constituída de gestantes cadastradas nas respectivas UBSs, inscritas no PN, que tiveram parto com idade gestacional entre 20 a 36 semanas e seis dias no ano de 2013.

Em 2013, 249 gestantes inscritas no PN das UBSs estudadas tiveram PPT. Destas gestantes, 122 aceitaram fazer parte da pesquisa através do levantamento dos dados nos seus respectivos prontuários, 118 mudaram-se, 5 não aceitaram fazer parte da pesquisa e 4 não tiveram os prontuários localizados.

Foi realizado uma seleção de gestantes que tiveram PPT no ano de 2013 através do Sistema Integrado de Gestão de Atendimento (SIGA). Através da seleção, os prontuários foram identificados e constituíram a fonte de dados.

Para a coleta de dados, foi utilizado um instrumento elaborado com base no Prontuário de Acompanhamento da Gestação do Programa Mãe Paulistana.

O prontuário da gestante foi composto pela ficha de cadastro do SISPRENATAL, pela ficha pré natal e pela folha de evolução utilizada nas UBSs que constituíram fonte de dados.

No instrumento elaborado para esta pesquisa, constaram o número do SISPRENATAL, número do prontuário, nome da UBS, dados sociodemográficos, antecedentes familiares, antecedente pessoais, antecedentes ginecológicos, antecedentes neonatais, dados das consultas, condição vacinal, suplementação, exames, intercorrências e dados do parto.

Os dados coletados foram analisados pelo pacote estatístico Graphpad Prism 6.0 para Windows onde as características antropométricas e clínicas avaliadas nos pacientes foram descritas com o uso de frequências absolutas e relativas (média, desvio padrão, intervalo de confiança 95%).

Para as variáveis que se mostraram significantes dentro da regressão multivariada foram analisadas de forma dicotômica por meio *odds ratio* (OR). Em todas as análises, foi adotado um nível de significância de 5% ( $p < 0,05$ ).

## Resultados

Identificou-se que a média de idade das gestantes

pesquisadas foi de  $24,9 \pm 6,9$  anos, sendo que a mais nova possuía 14 anos e a mais velha 31 anos. A Tabela 1 apresenta que das 122 gestantes, 42 (34,4%) estavam compreendidas na faixa etária considerada de risco pelo Ministério da Saúde (MS), 73,8% menores de 20 anos e 26,1% maiores de 35 anos.

A raça predominante foi parda. 46,2%, 41,8% finalizaram o Ensino Médio, 32,5% moravam com familiares sem o companheiro, bem próximo a 31,6% que moravam com companheiro e filhos e 43,6% referiram ser solteiras como estado civil.

A maioria das gestantes (59,2%) não trabalhava. Em relação a renda familiar, 50% das gestantes possuíam a renda familiar de 1 a 2 salários mínimos. A outra metade das gestantes pesquisadas ficaram divididas em 20,3% menos de um salário mínimo, 20,3% 2 a 3 salários mínimos, 7,4% 3 a 4 salários mínimos e 1,85% 6 a 7 salários mínimos.

Em relação aos antecedentes familiares em relação à condições clínicas, 43% possuíam antecedentes com diabetes e 61% com hipertensão arterial.

Em relação aos antecedentes pessoais, o que mais se destacou foi o histórico de infecção urinária (37,5%) conforme mostra a Tabela 2.

Das 122 mulheres, 14,7% faziam uso de tabaco, 5,7% de álcool e 4,13% de drogas ilícitas.

Quanto aos antecedentes ginecológicos, a média da menarca foi de  $13 \pm 3,94$  anos. A média de duração da menstruação foi de 5,1 dias com intervalo entre um ciclo e outro de 29,1 dias. A maioria 64,8% referiu ter o ciclo menstrual regulado e 37,5% relataram apresentar dismenorreia durante os ciclos menstruais.

Em relação a atividade sexual, a média de idade para o início da vida sexual foi de 16,1 anos. A maioria, 83,1% referiu que teve somente um parceiro no último ano.

Um pouco mais da metade (52,7%) das mulheres já havia utilizado métodos contraceptivos, sendo que o que mais se destacou foi método hormonal oral.

Em relação aos antecedentes obstétricos das mulheres, estas possuíam em média  $2,26 \pm 1,65$  gestações. E destes nascimentos, 74,7% foram por parto vaginal.

Em relação as principais queixas das gestantes no início da gestação foram, hiperemese (41,6%), dor em baixo ventre (36,4%), alterações urinárias (9,3%), sangramento (10,3%), leucorreia (18,3%), dentre outras menos frequentes.

Com o objetivo de verificar os fatores que pudessem interferir para que a gestante tivesse PPT, foi feita uma análise multivariada tendo como a

Tabela 1

Distribuição das gestantes, conforme as variáveis sociodemográficas. São Paulo, 2013.

Variáveis	N=122	%
Faixa etária de risco (n= 42; 34,4%)		
< 20 anos	31	73,8
> 35 anos	11	26,1
Raça/Cor informada (n= 119; 97,5%)*		
Branca	42	35,2
Negra	18	15,1
Parda	55	46,2
Amarela	4	3,3
Indígena	0	-
Escolaridade (n= 117; 95,9%)*		
Não saber ler/escrever	0	-
Ensino básico incompleto	21	17,9
Ensino básico completo	18	15,3
Ensino médio incompleto	25	21,3
Ensino médio completo	49	41,8
Superior incompleto	1	0,8
Superior completo	3	2,5
Pós-graduação	0	-
Situação familiar/habita com(n= 120; 98,3%)*		
Companheiro e filhos	38	31,6
Companheiro e sem filhos	31	25,8
Companheiro, filhos e familiares	8	6,6
Familiares e sem companheiro	39	32,5
Outras pessoas	1	0,8
Vive só	3	2,5
Estado Civil/União (n= 119; 97,5%)*		
Casada	32	26,8
Solteira	52	43,6
União estável	34	28,5
Separada/divorciada	1	0,8
Viúva	0	-

\*Justifica-se a alteração no N diferente de 122 nas variáveis devido à ausência de informação na fonte de dados.

Tabela 2

Distribuição das gestantes, conforme os antecedentes pessoais. São Paulo, 2013.

Variáveis	N=120*	%
Infecção urinária		
Sim	45	37,5
Não	75	62,5
Infertilidade		
Sim	0	-
Não	120	100,0
Cardiopatía		
Sim	6	5,0
Não	114	95,0
Diabetes		
Sim	3	2,5
Não	117	97,5
Hipertensão		
Sim	11	9,1
Não	109	90,8
Cirurgia pélvica/uterina		
Sim	15	12,5
Não	105	87,5
Má formação		
Sim	0	-
Não	120	100,0
Doença sexualmente transmissível		
Sim	2	1,6
Não	118	98,3
Outras condições patológicas (n=119)		
Sim	9	7,6
Acidente vascular cerebral	1	0,8
Anemia	1	0,8
Bronquite	1	0,8
Cálculo renal	1	0,8
Câncer de tireóide	1	0,8
Doença de behçet	1	0,8
Doença mental	1	0,8
Hérnia inguinal	1	0,8
Hipotireoidismo	1	0,8
Não	110	92,4

\*Justifica-se a alteração no N diferente de 122 nas variáveis devido à ausência de informação na fonte de dados.

Tabela 3

Distribuição das gestantes de acordo com a análise de risco para parto prematuro em gestantes hipertensas. São Paulo, 2013.

Variáveis	OR	IC95%	p
Hipertensão vs. Anemia	15,7	2,0 - 121	<0,001
Hipertensão vs. Diabetes	3,9	1,06 - 14,4	0,02
Hipertensão vs. Drogas ilícitas	3,3	1,6 - 9,4	0,01
Hipertensão vs. DSTs	5,9	1,2 - 27,4	0,01
Hipertensão vs. Sangramento	1,2	0,5 - 2,8	ns
Hipertensão vs. Tabagismo	1,2	0,57 - 2,5	ns

DSTs = doenças sexualmente transmissíveis; OR= odds ratio; ns=não significante.

Tabela 4

Distribuição das gestantes de acordo com análise de risco para parto prematuro em gestantes com dismenorreia. São Paulo, 2013.

Variáveis	OR	IC95%	p
Dismenorreia vs. Diabetes	3,8	1,8 - 5,6	0,001
Dismenorreia vs. Hipertensão	4,2	2,0 - 8,6	<0,001
Dismenorreia vs. Infecção urinária	2,7	1,5 - 5,0	0,01
Dismenorreia vs. Regularidade menstrual	3	1,6 - 5,7	0,004
Dismenorreia vs. Tabagismo	1,8	0,9 - 2,5	ns

OR= odds ratio; ns=não significante.

variável desfecho o PPT. Nesta foi verificada que a hipertensão arterial e dismenorreia foram as variáveis que se mostraram significantes. Posteriormente foi realizada análise de risco para estas variáveis contra as demais que não foram significantes na análise multivariada. Os dados das Tabelas 3 e 4 mostram os resultados da análise de risco destas duas variáveis com as demais. Foi verificado que o risco de PPT em pacientes hipertensas foi maior do que o risco em mulheres com diabetes, doenças sexualmente transmissíveis, anemia e aquelas que usavam drogas ilícitas. Também foi visto que o risco esteve aumentado nas mulheres com dismenorreia em relação a mulheres com hipertensão, com regularidade menstrual e diabéticas.

### Discussão

O objetivo deste estudo foi o de traçar alguns aspectos do perfil de mulheres que tiveram parto prematuro na região sul da cidade de São Paulo. Em relação as características sociodemográficas, a

média de idade das mulheres estudadas foi de 24,9 anos, idade semelhante encontrada em outro estudo por Guimarães e Melo<sup>15</sup> que encontram média de 25,8 anos em mulheres que tiveram o parto prematuro na rede pública na cidade do Rio de Janeiro.

Cabe ressaltar que mais de um terço das gestantes possuía idade na faixa etária de risco, ou seja, com menos de 20 anos e com mais de 35 anos. Uma pesquisa de caso controle de fatores de risco para o parto prematuro realizada em Bangkok afirma que mulheres menores de 20 anos comparadas com mulheres entre 25 e 29 anos, possuem 1,69 mais chances de terem PPT. Já as que possuem mais de 35 anos, apresentam um risco 1,75 vezes maior.<sup>16</sup>

A raça predominante com 46,2% foi a raça parda, semelhante ao estudo de Almeida *et al.*<sup>17</sup> que afirmam que a raça predominante em mulheres que tiveram PPT em uma maternidade pública de Imperatriz – MA também era a raça parda. Os resultados destas pesquisas são semelhantes possivelmente pelo fato da grande maioria das mulheres que frequentam aos serviços públicos de saúde para

realizarem o PN pertencerem a esta raça. De acordo com a pesquisa de Lansky *et al.*<sup>18</sup> 54,65% das mulheres que tiveram os seus filhos entre fevereiro de 2011 e outubro de 2012 no Brasil, também eram pardas.

Em relação a escolaridade, mais de 40% das gestantes possuíam ensino médio completo, valor menor quando comparado com a pesquisa de Guimarães e Melo<sup>15</sup> que afirmam que mais da metade das mulheres pesquisadas que tiveram PPT haviam concluído o ensino médio. Provavelmente este nível de escolaridade reflita a falta de condição de acesso a níveis mais elevados de instrução, bem como a situação baixa socioeconômica desta população também encontrada por outros estudos.<sup>5,15,19,20</sup> Acredita-se que possuir menos condições financeiras, possa possibilitar um maior risco de parto prematuro devido a falta de acesso a informação e cuidados pessoais como alimentação e higiene. Outro fato encontrado foi a questão de que cerca de um terço das gestantes conviviam com familiares e sem o companheiro, predominando o estado civil solteira com 43,6%. Estes dados corroboram com outras pesquisas.<sup>5,21</sup>

Em relação ao uso de drogas lícitas e ilícitas, 14,7% das gestantes fumavam, 5,7% bebiam bebida alcoólica e 4,13% usavam drogas ilícitas, dentre elas crack e cocaína. De acordo com Barbosa *et al.*<sup>22</sup> o consumo de bebida alcoólica durante a gestação pode provocar Síndrome Alcoólica Fetal que caracteriza-se por alterações craniofaciais, distúrbios no crescimento e desenvolvimento, disfunção no sistema nervoso central. Toda bebida alcoólica consumida pela gestante atravessa a barreira placentária, a exposição fetal é maior, porque o metabolismo e eliminação são mais lentos, fazendo com que o líquido amniótico permaneça impregnado de álcool. Miyake *et al.*<sup>23</sup> informam que de acordo com uma pesquisa realizada em Okinawa – Japão, o consumo de 1.0g ou mais de álcool por dia durante a gestação está significativamente associado ao PPT. Quanto ao tabagismo, Moutinho e Alexandra<sup>24</sup> afirmam através dos resultados de suas pesquisas que fumar representa um significativo fator de risco para a prematuridade, comparado com gestantes não tabagistas.<sup>22</sup>

Em relação as doenças citadas, hipertensão arterial foi a doença predominante, existente em mais da metade dos antecedentes familiares. Sabe-se que a hipertensão arterial complica cerca de 7 a 10% de todas as gestações, incidência que pode variar com a população estudada e os critérios utilizados para diagnóstico. É a complicação mais comum da gravidez e a principal causa de morbimortalidades

materna e perinatal, portanto, qualquer possibilidade de desenvolvimento durante a gestação deve ser monitorada.<sup>1,3,8</sup>

Importante salientar que embora mais da metade das gestantes tenha referido antecedentes familiares portadores de Hipertensão Arterial, verificamos que um número pequeno, 9,1% referiu ser hipertensa antes de engravidar. Este dado se assemelha ao da pesquisa realizada por Assunção *et al.*<sup>19</sup> que relatam que 8,8% das gestantes estudadas relataram hipertensão prévia. Os níveis elevados de pressão arterial materna estão associados ao comprometimento do crescimento fetal durante o terceiro trimestre de gravidez, e aumentam os riscos de resultados adversos como o nascimento pré- termo e a morte perinatal. Há relato de que 11% dos partos, entre a 34<sup>a</sup> a 37<sup>a</sup> semana de gestação, são de mulheres que desenvolveram pré-eclâmpsia e, no caso de recorrência, isso se duplica para 22%. Também, em estudo, aponta-se que 33% dos prematuros advindos de gravidez com pré-eclâmpsia, necessitaram de cuidados intensivos. Desta forma, percebe-se que as SHGs favorecem o nascimento prematuro e a consequente hospitalização em UTI neonatal, sendo consideradas, portanto, de alto risco gravídico e perinatal.<sup>1</sup>

Alguns autores também têm concluído que a presença de síndromes hipertensivas na gestação está relacionada com o PPT.<sup>19,20,25</sup>

Outro fator relacionado a doenças, porém em relação as doenças pregressas entre as gestantes estudadas, foi a existência de histórico de infecção do trato urinário, presente em cerca de 37,5% das gestantes, ou seja, mais de um terço.

As infecções do trato urinário (ITUs) são consideradas o segundo tipo de infecção mais detectada e tratada, perdendo somente para as infecções respiratórias, representando um problema frequente de atenção primária, pois é decorrente principalmente pela falta de higiene e baixa ingestão hídrica. Estima-se que a mulher possui maior susceptibilidade a possuir ITU devido a uretra ser mais curta e pela maior proximidade entre o vestíbulo e o ânus, por isso, o fator higiene torna-se de extrema importância para a prevenção de ITUs. Durante a gravidez a presença de ITU é mais comum devido às mudanças fisiopatológicas (mecânicas e hormonais) que ocorrem durante esta fase. A musculatura lisa da bexiga possui seu poder de contração diminuído, possibilitando o acúmulo de microorganismos em seu interior devido o não esvaziamento total no momento da micção. Portanto, se faz necessário o aumento da ingestão hídrica, para que o microorganismo não fiquem alojados por muito tempo na

bexiga e no canal uretral.<sup>26</sup>

Além da presença da hipertensão, a presença de histórico de dismenorreia também surgiu como fator significativo para a ocorrência de PPT. Dismenorreia é um distúrbio ginecológico caracterizado por dores em baixo ventre que podem irradiar para as coxas e parte inferior e superior da coluna vertebral, sendo comumente associada à náuseas, cefaleia, cansaço e diarreia, sintomas esses que aparecerem normalmente no dia anterior ou no primeiro dia de fluxo menstrual desaparecendo no fim da menstruação.<sup>27</sup>

Poucos relatos existem a respeito da presença da dismenorreia como fator de risco para o PPT. Bayram *et al.*<sup>28</sup> realizaram a aplicação de um teste de avaliação de dores pélvicas progressas a gestação em 57 gestantes, e constataram que aquelas que possuíam dores relacionadas a dismenorreia tiveram PPT. Juang *et al.*<sup>29</sup> realizaram uma pesquisa com 329 gestantes solteiras, onde concluiu-se que as que apresentaram histórico de dismenorreia apresentaram maior risco para a ocorrência de PPT espontâneo e ruptura prematura de membranas. Porém em estudo realizado por Tayebbeh *et al.*<sup>30</sup> no Irã, chegou-se a conclusão que não há relação entre dismenorreia e PPT.

Portanto, faz-se necessário a intensificação de um trabalho de identificação precoce de fatores de risco e promoção a saúde durante o PN pela equipe multiprofissional que entra em contato com esta mulher. Desde a agente comunitária de saúde que conhece o seu domicílio e seus hábitos de vida, até o médico que prescreve a medicação para controlar os níveis pressóricos bem como orientações e

prescrições como a prática de exercício físicos para diminuir a dismenorreia. Além da medicação, toda a equipe deve estimular a prática de um estilo de vida saudável, priorizando o consumo de alimentos naturais, sem conservantes e a realização de exercícios físicos adequados para a gestação.

Não há relatos que descrevam os possíveis motivos biológicos que podem relacionar a dismenorreia com o PPT. Podemos levantar hipótese como a constante contração uterina durante a vida da mulher. Portanto, mediante estas considerações, através dos dados deste trabalho verifica-se a necessidade da realização de novas pesquisas que investiguem a relação entre dismenorreia e prematuridade, para que medidas de prevenção sejam tomadas. No entanto, questões como a hipertensão arterial e a dismenorreia já devem ser previamente observadas em mulheres que pretendem ser mães a fim de que haja diminuição da probabilidade destas terem partos prematuros. Acredita-se que intervenções gerais como prática de atividade física regular, medicação adequada, dentre outras possam surtir efeitos sobre estas importantes situações clínicas que como visto neste estudo podem afetar o parto destas gestantes.

Algumas principais características das mulheres que tiveram parto prematuro foram: média de idade foi de 25 anos, raça parda, com ensino médio completo, solteiras, sobrevivendo com menos de um ou até dois salários mínimos.

Em relação aos fatores de risco para parto prematuro das mulheres, a dismenorreia foi o fator mais determinante, seguido de hipertensão arterial.

## Referências

1. Souza LF, Botelho NM. Fatores de risco para o parto prematuro em puérperas que tiveram parto pretermo. *Rev Para Med.* 2011;25(4).
2. Organização Mundial da Saúde. Parto Prematuro. 2013. [acesso em 24 jun 2013]. Disponível em: <http://who.int/mediacentre/factsheets/fs363>.
3. Goldenberg RL, Culbane JF, Iams JD, Romero R. Epidemiology and causes of preterm birth. *Lancet.* 2008; 371: 75-84.
4. Howson CP, Kinney MV, McDougall L, Lawn JE. Born too soon: The global action report on preterm birth. Geneva: World Health Organization; 2012. Disponível em: [http://www.who.int/pmnch/media/news/2012/201204\\_born\\_toosoon-report.pdf](http://www.who.int/pmnch/media/news/2012/201204_born_toosoon-report.pdf)
5. Silva LAS, Rojas PFB, Laus FFL, Sakae TM. Fatores de risco associados ao parto pré-termo em hospital de referência de Santa Catarina. *Rev da AMRIGS.* 2009; 53: 354-60.
6. Júnior MDC, Fonseca ESVB, Calisto AC, Evangelista AA. Predição e prevenção do parto pré-termo espontâneo. *Rev Med.* 2013; 23: 330-5.
7. Morisaki N, Togoobaatar G, Vogel JP, Souza JP, Hogue CJR, Jayaratne K, Ota E, Mori R. Risk factors for spontaneous and provider – initiated preterm delivery in high and low human development index countries: a secondary analysis of the world health organization multicountry survey on maternal and newborn health. *BJOG.* 2014; 121: 101-9.
8. Nascido do Brasil. Inquérito nacional sobre parto e nascimento. 2013. [acesso em 07 nov 2013]. Disponível em: <http://www.ensp.fiocruz.br/nascerbrasil/>.
9. SINASC. Dados e Indicadores para a Saúde. 2013. [acesso em 6 nov 2013]. Disponível em: <http://www.prefeitura.sp.gov.br>
10. Beck S, Wojdyla D, Say L, Betran AP, Merialdi M, Requejo JH, Rubens C, Menon R, Look PFAV. The worldwide incidence of preterm birth: a systematic review of maternal mortality and morbidity. *Bull World Organ.* 2010; 88: 31-8.

11. Hass DM. Preterm Birth. *Clin Evid.* 2006; 15: 1966-85.
12. Lawn JE, Cousens S, Zupan J. 4 million neonatal deaths: When? Where? Why? *Lancet.* 2005; 365: 891-900.
13. Russel RB, Green NS, Steiner CA, Meikle S, Howse JL, Poschman K, Dias T, Potetz L, Davidoff MJ, Damus K, Petrini JR. Cost of hospitalizations for preterm and low birth weight infants in the United States. *Pediatrics.* 2007; 120: 1-9.
14. Ramos HAC, Cuman RKN. Fatores de Risco para Prematuridade: Pesquisa Documental. *Esc Anna Nery Rev Enferm.* 2009; 13: 297-304.
15. Guimarães EC, Melo ECP. Características do apoio social associado à prematuridade em uma população de puérperas de baixa renda. *Esc Anna Nery.* 2011; 51-61.
16. Ip M, Peyman E, Lohsoonthorn V, Williams MA. A case control study of preterm delivery risk factors. *J Obstet Gynaecol Res.* 2010; 36: 34-44.
17. Almeida AC, Jesus ACP, Lima PFT, Araújo MFM, Araújo TM. Fatores de risco maternos para prematuridade em uma maternidade pública de Imperatriz – MA. *Rev Gaúcha Enferm.* 2012; 33: 86-94.
18. Lansky S, Friche AAL, Silva AAM, Campos D, Bittencourt SDA, Carvalho ML, Frias PG, Cavalcante RS, Cunha AJLA. Pesquisa Nascer no Brasil: perfil da mortalidade neonatal e avaliação da assistência à gestante e ao recém-nascido. *Cad Saúde Pública.* 2014; 30: 192-207.
19. Assunção PL, Novaes HMD, Alencar GP, Melo ASO, Almeida MF. Fatores associados ao nascimento pré-termo em Campina Grande, Paraíba, Brasil: um estudo caso-control. *Cad Saúde Pública.* 2012; 28: 1078-90.
20. Silva AM, Almeida MF, Matsuo T, Soares DA. Fatores de risco para nascimentos pré-termo em Londrina, Paraná, Brasil. *Cad Saúde Pública.* 2009; 25: 2125-38.
21. Aragão VMF, Silva AAMS, Aragão LF, Barbieri MA, Bettiol H, Coimbra LC, Ribeiro VS. Fatores de risco para prematuridade em São Luis, Maranhão, Brasil. *Cad Saúde Pública.* 2004; 20: 57-63.
22. Barbosa CS, Libório AGS, Flores DM, Mendes RCD, Schmitz WO. Rastreamento do uso de álcool e Tabaco por gestantes atendidas no serviço público de saúde de um município do Mato Grosso do Sul. *Nutrire.* 2013; 38: 115.
23. Miyake Y, Tanaka K, Okubo H, Sasaki S, Arakawa M. Alcohol consumption during pregnancy and birth outcomes: the Kyushu Okinawa Maternal and Child Health Study. *BMC Pregnancy Childbirth.* 2014; 14: 79.
24. Moutinho A, Alexandra D. Parto pré-termo, tabagismo e outros fatores de risco – um estudo caso controle. *Rev Port Med Geral Fam.* 2013; 29: 107-112.
25. Souza NL, Araújo ACPF, Costa ICC. Representações sociais de puérperas sobre as síndromes hipertensivas da gravidez e nascimento prematuro. *Rev Latino Am. Enfermagem.* 2013; 21(3).
26. Baumgarten MCS, Silva VG, Mastalir FP, Klaus F, D'azevedo PA. Infecção urinária na gestação: uma revisão da literatura. *Unopar Científica.* 2011; 13.
27. Araújo LM, Silva JMN, Bastos WT, Ventura PL. Diminuição da dor em mulheres com dismenorréia primária, tratadas pelo método Pilates. *Rev Dor.* 2012; 13: 119-23.
28. Bayram C, Osmanagaoglu MA, Aran T, Guven S, Bozkaya H. The effect of chronic pelvic pain scoring on pre-term delivery rate. *J Obstet Gynaecol.* 2013; 33: 32-7.
29. Juang CM, Yen MS, Twu NF, Horng HC, Yu HC, Chen CY. Impacto of pregnancy on primary dysmenorrhea. *Int J Gynaecol Obstet.* 2006; 92: 221-7.
30. Tayebbeh NB, Mohsen R, Mozghan J, Ali AJ. The relation between primary dysmenorrhea and spontaneous preterm labor in primiparous womens in Rafsanjan. *Iranian J Obst Gyneocol Fertility.* 2012; 14: 37-43.

---

Recebido em 30 de Junho de 2016

Versão final apresentada em 6 de Outubro de 2016

Aprovado em 29 de novembro de 2016