



UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA

ESCOLA DE ENFERMAGEM

GABRIELA ROSÁRIO CAVALCANTE DA SILVA

**FATORES ASSOCIADOS ÀS INTERCORRÊNCIAS NO PERÍODO GESTACIONAL:
UMA REVISÃO SISTEMÁTICA**

Salvador

2014

GABRIELA ROSÁRIO CAVALCANTE DA SILVA

**FATORES ASSOCIADOS ÀS INTERCORRÊNCIAS NO PERÍODO GESTACIONAL:
UMA REVISÃO SISTEMÁTICA**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Graduação da Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia, como requisito parcial para conclusão da graduação de Enfermagem.

Orientadora:

Profª Drª Solange Maria dos Anjos Gesteira

Salvador

2014

Ficha Catalográfica elaborada pela Bibliotecária Solange Della-Cella,
Complexo Hospitalar Universitário Prof. Edgard Santos/SIBI-UFBA.

S586	Silva, Gabriela Rosário Cavalcante da
Fatores Associados às Intercorrências no Período Gestacional: Uma Revisão Sistemática / Gabriela Rosário Cavalcante da Silva - Salvador, 2014.	
30 f.	
Orientadora: Prof. ^a Dr. ^a Solange Maria dos Anjos Gesteira	
Monografia (graduação)- Universidade Federal da Bahia. Escola de Enfermagem, 2014.	
1.Gestação.2. Enfermagem. 3.Pré-natal-Cuidados.I.Gesteira, Solange Maria dos Anjos. II. Universidade Federal da Bahia. Escola de Enfermagem. III. Título.	
CDU:612.63	

GABRIELA ROSÁRIO CAVALCANTE DA SILVA

**FATORES ASSOCIADOS ÀS INTERCORRÊNCIAS NO
PERÍODO GESTACIONAL: UMA REVISÃO SISTEMÁTICA**

Trabalho de Conclusão do Curso de Graduação em Enfermagem apresentado à **da** Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia como requisito parcial para a obtenção do grau de Bacharel em Enfermagem.

Aprovada em de dezembro de 2014

BANCA EXAMINADORA

Prof^a Dr^a Solange Maria dos Anjos Gesteira
Escola de Enfermagem
Universidade Federal da Bahia

Prof^a Pós-Dr^a Nadirlene Pereira Gomes
Escola de Enfermagem
Universidade Federal da Bahia

Mestranda Carolina Barbosa Souza Santos
Escola de Enfermagem
Universidade Federal da Bahia

SILVA, Gabriela Rosário Cavalcante da. Fatores Associados às Intercorrências no Período Gestacional: Uma Revisão Sistemática. 2014. 34f. Trabalho de Conclusão de Curso – Escola de Enfermagem, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2014.

RESUMO

O século XX foi marcado pelos altos índices de morbimortalidade materna e infantil, e como no século XXI esses números continuaram elevados, o Governo Federal lançou em 2011 a Rede Cegonha, a mais nova estratégia que dentre seus objetivos visa a redução dos números de óbito materno e neonatal. Como ferramenta envolvida nessa meta está o pré-natal, que tem como fator primordial identificar na gestação fatores de risco que podem levar às diversas intercorrências ao final da gestação. O objetivo do trabalho é identificar fatores associados às intercorrências no período gestacional a partir da produção científica nacional de Enfermagem. O estudo seguiu os sete passos do processo de elaboração de uma revisão sistemática. Os artigos foram acessados pelas bases de dados SCIELO, LILACS, MEDLINE, BDENF. Foram utilizados os descritores: enfermagem, gravidez, cuidado pré-natal, risco, pré-natal, intercorrências, gestação. Foram definidos ao final 4 artigos a partir dos critérios de inclusão e exclusão. A coleta se deu no período de julho a novembro de 2014. Percebe-se que as intercorrências no período gestacional guardam relação com aspectos sociodemográficos e econômicos, clínicos, psicossociais e assistenciais. Espera-se com esse estudo que os dados encontrados forneçam embasamento para mudanças na prática profissional da Enfermagem e fomentem novos estudos que complementem as lacunas existentes.

Descritores: Cuidado pré-natal. Risco. Gestação. Enfermagem

SILVA, Gabriela Rosário Cavalcante da. Factors Associated with complications of Gestational Period: A Systematic Review. 2014. 32f. Work Course Conclusion - Escola de Enfermagem, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2014.

ABSTRACT

The twentieth century was marked by high rates of maternal and infant mortality, and as the twenty-first century these numbers remained high, the federal government launched in 2011 the Stork Network, the newest strategy that among its objectives aims to reduce maternal death numbers and neonatal. How involved is the tool that goal prenatal, whose primary factor in identifying pregnancy risk factors that can lead to various complications to the end of pregnancy. The objective is to identify factors associated with complications during pregnancy from the national scientific production of Nursing. The study followed the seven steps of the preparation of a systematic review process. The articles were accessed by databases SCIELO, LILACS, MEDLINE, BDNF. The descriptors were used: nursing, pregnancy, prenatal care, risk, prenatal care, complications, pregnancy. Were set to end 4 articles from the inclusion and exclusion criteria. The collection was made in the period from July to November 2014. It can be seen that the complications during pregnancy are related to sociodemographic and economic, clinical, psychosocial and health care. It is hoped that this study found that the data provide basis for changes in professional practice of Nursing and promote new studies that complement existing gaps.

Keywords: Prenatal care . Risk. Prenatal Care . Pregnancy. Nursing .

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	5
1.1	Tema do projeto.....	6
1.2	Justificativa.....	6
1.3	Questão de Pesquisa.....	6
1.4	Objetivo Geral.....	6
2	REVISÃO DE LITERATURA.....	7
3	METODOLOGIA.....	9
3.1	Tipo de Estudo.....	9
3.2	Critério de Inclusão e Exclusão.....	10
3.3	Instrumento de coleta de dados.....	11
3.4	Considerações Éticas.....	11
4	RESULTADOS.....	12
5	ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS DADOS.....	14
5.1	Aspectos sociodemográficos e econômicos.....	14
5.2	Aspectos Clínicos.....	16
5.3	Aspectos Psicossociais.....	21
5.4	Aspectos Assistenciais.....	22
6	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	26
	REFERÊNCIAS.....	28
	APÊNDICE A.....	32

1 INTRODUÇÃO

No Brasil, o século XX foi marcado pelos altos índices de mortalidade materna e infantil, período no qual a sociedade começou a se preocupar com a saúde da mulher e do conceito (GALLETA, 2000).

A Rede Cegonha (RC), a mais atual estratégia lançada pelo Governo Federal no dia 28 de março de 2011, visa, dentre outros objetivos, a redução do número de óbitos de mulheres e de crianças no país. A Rede Cegonha parte do princípio de que a morbimortalidade materna e infantil ainda permanece elevada, atribuindo-a a medicalização do parto, a utilização, cada vez mais, dos saberes sem evidências científicas e a não condição da mulher enquanto protagonista do seu direito reprodutivo, processo gestacional, parto e puerpério (BRASIL, 2013; CAVALCANTI et al., 2013).

A Rede Cegonha tem o objetivo de reorganizar a atenção à saúde materno-infantil, buscando garantir acesso, acolhimento e resolutividade; assegurando à mulher o direito ao planejamento reprodutivo e à atenção humanizada pré-gestacional, no período gestacional, parto e puerpério, assim como ao seu filho, o direito ao nascimento seguro, ao crescimento e ao desenvolvimento saudável nos dois primeiros anos de vida (BRASIL, 2013).

Fazem parte da Rede Cegonha quatro temas sendo eles: o pré-natal, parto e nascimento seguro, puerpério e atenção integral á saúde da criança, e o sistema organizacional do fluxo (transporte e regulação). Esse programa visa a sua implementação gradativa em todo o território nacional, respeitando-se critérios epidemiológicos, as taxas de mortalidade materno-infantil e a razão da mortalidade materna (BRASIL, 2013).

De acordo com Galetta (2000), quando a assistência pré-natal se desenvolveu buscou resolver a preocupação social com o bem-estar fetal e não com a proteção à saúde da mulher. A assistência pré-natal tem o objetivo de assegurar o desenvolvimento gestacional, permitindo o parto de um recém-nascido saudável, sem impacto para a saúde materna, inclusive abordando aspectos psicossociais além da realização das atividades educativas e preventivas.

Com essas atividades consolidadas deseja-se ao fim do processo alcançar maiores impactos que iriam se refletir na redução da morbimortalidade materno-fetal.

Os profissionais de saúde durante as consultas de pré-natal devem fazer uso de exames físicos, clínicos e laboratoriais que permitam identificar situações de risco e agir precocemente nos casos necessários (BRASIL, 2013; SILVA et al., 2013).

De acordo com o Ministério da Saúde (2001), durante a gravidez pode surgir uma gestação de risco, que é aquela na qual a vida ou saúde da mãe e/ou do feto e/ou do RN têm maiores chances de serem atingidas que as da média da população considerada. Neste sentido, torna-se essencial se conhecer os fatos de risco associados a tais intercorrências. Consideram-se fatores de risco gestacional, características, situações ou patologias que levam a uma maior probabilidade de complicações e, como conseqüência, um maior risco para morte materna e/ou fetal.

A realização deste trabalho justifica-se pelo fato de que publicações de estudos sobre as intercorrências no período gestacional podem instrumentalizar os profissionais de Enfermagem para o exercício da sua prática.

O meu interesse por esse tema originou-se do contato com a disciplina Saúde da Mulher da Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia, onde foi observado que várias intercorrências gestacionais poderiam ser identificadas e evitadas com a realização do pré-natal resolutivo e sobretudo humanizado. Nesse contexto, é que nos propomos a realizar um estudo com o intuito de responder ao seguinte questionamento: Quais os fatores associados às intercorrências no período gestacional a partir da produção científica nacional de Enfermagem?

Visando responder a este questionamento traçou-se como objetivo geral: identificar fatores associados às intercorrências no período gestacional a partir da produção científica nacional de Enfermagem.

2 REVISÃO DE LITERATURA

A humanização e a qualidade da atenção em saúde são ferramentas essenciais para que os profissionais atuem na resolução dos problemas identificados, na satisfação das gestantes, no fortalecimento da atitude das mulheres frente à identificação de suas demandas, para que elas reconheçam e reivindiquem seus direitos e atuem na promoção do seu autocuidado. Muitas vezes, as mulheres na busca pelos serviços de saúde deparam-se com a discriminação, frustração e violação do seu direito e o que gera além da tensão, o mal-estar psíquico-físico. Por essa razão, a humanização praticada pelo profissional e a qualidade da atenção implicam na promoção, reconhecimento, e respeito aos direitos humanos das gestantes, com base ética profissional que garanta a saúde integral e bem-estar das mulheres (BRASIL, 2009).

A realização da Humanização, qualidade da atenção e do acolhimento pelos profissionais em todas as consultas é essencial, pois no pré-natal essas ferramentas serão abordadas de acordo com o contexto de cada gestação tornando-se determinantes para o seu bom desenvolvimento e servindo para fortalecer a relação entre a mãe, o pai, toda a família e a criança (BRASIL, 2000).

De acordo com Galleta (2000) deve-se considerar que durante a realização do pré-natal as mulheres confundem o mesmo com um check-up e se tranquilizam ao realizarem vários exames de rotina durante apenas um período da gravidez. Nesse sentido torna-se prioridade, durante as consultas, informar às gestantes que a realização de todos os exames necessários e em distintos períodos da gestação podem assegurar a boa evolução da gravidez. Chamam atenção este autor e o MS que não existe alta do pré-natal (Brasil, 2012). Também é importante considerar o quantitativo de consultas que a gestante deverá realizar no Pré-natal.

Quanto a este aspecto observa-se a existência de consenso visto que para a Organização Mundial da Saúde (OMS) o número adequado seria igual ou superior a 6 (seis) e o Ministério da Saúde (MS) em consonância com OMS preconiza no mínimo seis consultas, preferencialmente uma no primeiro trimestre, duas no segundo trimestre e três no terceiro trimestre da gestação, com ênfase para que a realização da primeira consulta de pré-natal ocorra até no máximo no quarto mês de gestação (BASTON, 2010; BRASIL, 2012; BRASIL, 2013).

É importante que seja realizado na primeira consulta o rastreamento e diagnóstico das gestantes com risco habitual ou alto risco gestacional. No entanto, esta atitude deve perdurar durante todas as consultas de pré-natal (BRASIL, 2010; FEBRASGO, 2011; FLORIANÓPOLIS, 2010).

Com relação ao profissional que assiste a mulher no pré-natal, o MS preconiza que o mesmo seja realizado pelos profissionais médico (a) e/ou Enfermeiro (a). No entanto, exige desses profissionais, além da capacidade técnica, a prática do acolhimento e humanização à gestante, ao seu acompanhante e aos seus familiares com o intuito de esclarecer queixas, dúvidas, ansiedades e medos, como também, garantir e estimular a adesão ao programa de pré-natal (SÃO PAULO, 2010).

A avaliação do risco no período gestacional não é algo facilmente diagnosticado, por isso, o conceito de risco presente na gravidez remete a probabilidades, ou seja, entre um fator de risco e a identificação de um dano pode haver lacunas a serem preenchidas por um pré-natal de qualidade (BRASIL, 2000).

3 METODOLOGIA

3.1 Tipo de Estudo

A revisão sistemática tem como objetivo integrar as informações de alguns estudos realizados separadamente sobre determinada terapêutica/intervenção, que podem apresentar resultados convergentes e/ou divergentes, assim como identificar lacunas em temas que precisam de evidências, buscando novas investigações (SAMPAIO; MANCINI, 2007).

A realização de uma revisão sistemática deve ser iniciada com o desenvolvimento do trabalho. No trabalho deve conter uma descrição detalhada e clara dos sete passos: primeiro a formulação da pergunta; localização e seleção dos estudos; avaliação crítica dos estudos; coleta de dados; análise e apresentação dos dados; interpretação dos dados; melhoria atualizada da revisão uma vez que pode surgir novos estudos sobre o tema (HANDBOOK, 1997 APUD ATALLAH; CASTRO,1998).

3.2 Critérios de Seleção dos Estudos

Foram acessadas, de julho a novembro de 2014, período em que ocorreu a coleta, nas seguintes bases de dados: Scientific Eletronic Library Online (SCIELO), Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), Medical Literature Analysis and Retrieval System on-line (MEDLINE) e Base de Dados de Enfermagem (BDENF) por intermédio da Biblioteca Virtual da Saúde (BVS), uma vez que esta permite uma busca mais ampla das principais fontes de artigos publicados em Enfermagem.

A investigação e busca na literatura foi realizada por meio dos descritores, disponíveis nos Descritores em Ciências da Saúde (DECS): Cuidado Pré-natal; Enfermagem; Intercorrências; Risco habitual; Alto risco; Risco; Fatores; Gestação; Qualidade da assistência de saúde; Gravidez de alto risco.

3.2.1 Critérios de Inclusão: disponibilidade do artigo na íntegra; artigos publicados em português; artigos publicados no período de 2004 a novembro de 2014; artigos contidos nas revistas nacionais de enfermagem.

3.2.2 Critério de Exclusão: artigos que sejam revisão integrativa ou revisão sistemática; artigos lidos e não condizentes com o objetivo do trabalho; artigos duplicados, editoriais, cartas ao leitor e consensos.

Figura 1: Diagrama de seleção dos estudos da revisão integrativa (1ª etapa)

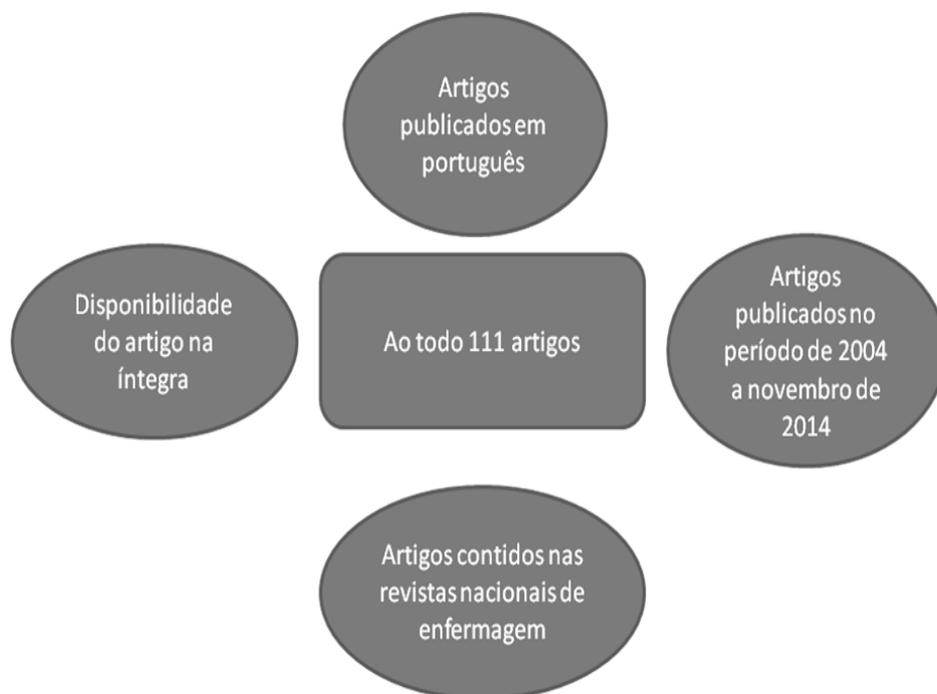
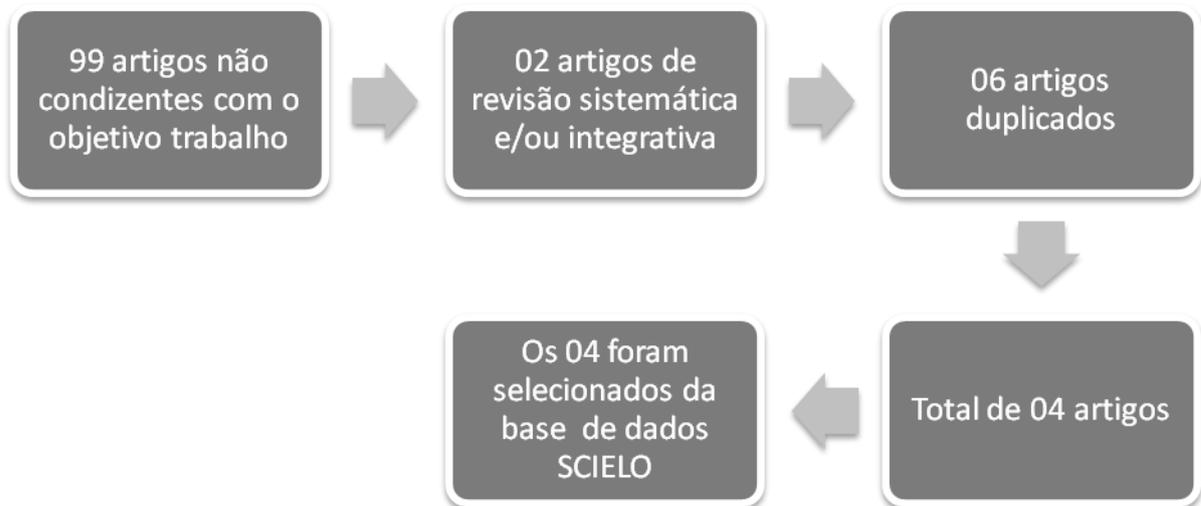


Figura 1: Diagrama de seleção dos estudos da revisão integrativa (2ª etapa)





3.3 Estratégia de Busca

No momento da busca dos artigos foram utilizados os critérios de inclusão fazendo selecionar 111 artigos ao total, ao incorporar o critério de exclusão: artigos não condizentes com o objetivo do trabalho foram excluídos 99 artigos, mais 02 artigos de revisão sistemática e/ou integrativa e 06 artigos duplicados, totalizando ao fim quatro artigos da base de dados SCIELO.

3.4 Instrumento de coleta de dados

A obtenção dos dados foi feito mediante a uma aplicação de um instrumento de coleta (APÊNDICE A), previamente definido onde serão coletadas as seguintes variáveis: numeração do artigo; título do artigo; autores; fonte de publicação; objetivos; tipo de pesquisa; resultados; discussão; e conclusões.

3.4 Considerações Éticas

No que se refere aos aspectos éticos e legais da pesquisa, estes foram obedecidos e respeitados em todas as etapas da pesquisa de acordo com a Lei nº 12.853, de 14 de agosto de 2013 que dispõe sobre a gestão coletiva de direitos autorais e permite a reprodução de dados de obras literárias e científicas, desde que haja menção ao nome do autor e da publicação de onde foram extraídas as informações (BRASIL, 2013).

4 RESULTADOS

Inicialmente, dentro dos critérios de inclusão o período previamente estabelecido para seleção foi de novembro de 2004 a novembro de 2014, mas os artigos foram encontrados nos anos de 2007 a 2014. O quadro1 apresenta o quantitativo de artigos encontrados e respectivos descritores de acordo com as bases de dados utilizadas.

Quadro1- BASES DE DADOS X DESCRITORES.

Descrito res	Lilacs	BDEFN	MEDLINE	SCIELO
Enfermagem AND gravidez AND cuidado pré-natal	5	6	Nenhuma referência encontrada	6
Enfermagem AND risco AND pré-natal	2	2	Nenhuma referência encontrada	Nenhuma referência encontrada
Enfermagem AND gravidez AND risco	4	4	4	12
Intercorrência AND gestação AND risco	60	5	Nenhuma referência encontrada	1
Total	71	17	4	19

Fonte: Quadro 1- Artigos encontrados nas bases de dados consultadas: SILVA, 2014

Após busca nas principais bases de dados foram encontrados 111 artigos. Aplicando os critérios de inclusão e de exclusão foram selecionados quatro artigos, sendo dois publicados na Revista Latino Americana de Enfermagem, e dois na Revista Brasileira de Enfermagem e os quatro fazem parte da Base de Dados da SCIELO.

Ao longo da busca dos artigos nos bancos de dados foi percebido que existem poucas publicações a respeito da temática do estudo. Ao analisar as publicações que foram selecionadas para este estudo, observa-se que as intercorrências presentes na gravidez associam-se às repercussões que acometem ao recém-nascido, isto porque três dos quatro artigos encontrados relacionam-se a prematuridade, e o outro estudo ao óbito fetal.

Observa-se que os artigos foram publicados recentemente. No ano de 2007 foi publicado o artigo que abordou as intercorrências gestacionais durante a gestação e o parto como fatores de risco para prematuridade; o segundo artigo, referente ano de 2009, aborda quais os fatores de risco para prematuridade; já o terceiro, no ano de 2012, sobre riscos maternos que levam a prematuridade, e o último, no ano de 2014, relata a associação do pré-natal com os óbitos neonatais.

Tabela: Dados dos Artigos selecionados

	Artigo 01	Artigo 02	Artigo 03	Artigo 04
ESTUDO	Estudo descritivo de natureza qualitativa	Comparativo transversal	Estudo epidemiológico de corte transversal	Pesquisa quantitativa tipo coorte retrospectiva
ANO	2007	2012	2009	2014
LOCAL	Maringá	Guarapuava- PR	Imperatriz-MA	Londrina-PR
BASE DE DADOS	SCIELO	SCIELO	SCIELO	SCIELO
TITULAÇÃO DOS AUTORES	Especialista em Políticas Sociais: Infância e Adolescência Enfermeira	Enfermeira Farmacêutico	Enfermeira Enfermeira Terapeuta ocupacional Doutor em Enfermagem Mestre em Enfermagem	Enfermeira Enfermeira Estatístico Farmacêutico
AUTORES	Débora Cristina de Arruda, Sônia Silva Marcon	Roberto Kenji Nakamura Cuman, Helena Ângela de Camargo Ramos	Adriana Carvalho de ALMEIDA, Ana Cristina Pereira de JESUS, Pamylla Fortes Tanikawa LIMA, Márcio Flávio Moura de ARAÚJO, Thiago Moura de ARAÚJO	Rosângela Aparecida Pimenta Ferrari, Maria Rita Bertolozzi, José Carlos Dalmas, Edmarlon Giroto
REVISTA	Texto Contexto Enferm	Ver Gaúcha Enferm	Esc Anna Nery Ver Enferm	Ver Bras Enferm

Fonte: Dados sobre os dados dos quatro artigos selecionados da Scielo: SILVA, 2014

5 ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS DADOS

Os artigos permitiu conhecer que dentre os fatores associados às intercorrências no período gestacional encontraram-se associados a aspectos sociodemográficos, econômicos, clínicos, psicossociais e assistenciais apresentados a partir das variáveis abaixo:

5.1 Aspectos sociodemográficos e econômicos

Os artigos revelam uma associação entre intercorrências no período gestacional com a escolaridade, estado civil, sexo do recém-nascido, idade das mulheres, renda, e moradia. As variáveis, a seguir, expressam tal associação.

Escolaridade

No artigo um, de acordo com Arruda e Marcon (2007), mostra associação entre a escolaridade média de oito anos completos de estudo das mulheres com a prematuridade.

Ramos e Cuman (2009), no artigo dois realizado com 101 mães, observaram que 47% não tinham sequer o estudo fundamental completo.

Já Almeida et al.,(2012) não encontraram associação entre escolaridade e prematuridade.

Ferrari et al.,(2014) associou número de consultas pré-natal com escolaridade. Dentre as mulheres que realizaram até 6 consultas pré-natal, 36,5% tinham menos de 7 anos de estudo. E as mulheres que realizaram mais de 7 consultas, 21% tinham abaixo de 7 anos.

Corroboram com esses estudos Maia, Souza e Mendes (2012) quando afirmam, em um estudo realizado por eles em cinco cidades brasileiras, que em Belém e Porto Alegre apresentou como resultado o nível de escolaridade da mãe associado com a mortalidade infantil.

Bem como Klein et al., (2012) em um estudo realizado em Caxias do Sul foram encontrados fatores de risco para mortalidade neonatal variáveis como escolaridade inferior a oito anos.

Esses dados mostram que o nível de escolaridade da gestante interfere diretamente no desenvolvimento e bom desfecho da gestação, percebe-se a partir disso que quando a escolaridade é de poucos anos se torna mais difícil o entendimento da necessidade dos cuidados na gestação, causando o diagnóstico tardio da gestação e acompanhamento do pré-natal, alimentação inadequada, continuação do fumo e da utilização do álcool (SAMPAIO; PINTO; SAMPAIO, 2012).

Estado Civil

No artigo um, de acordo com Arruda e Marcon (2007), afirma que dentre as 8 mulheres que tiveram seu filho prematuro, 5 eram casadas e 3 solteiras. Os autores perceberam, dentre o que foi dito pelas mulheres, que a figura do homem-pai, no contexto da gravidez, é indispensável, e a sua ausência foi considerada um fator de risco gestacional.

Ramos e Cuman (2009), o artigo dois realizado com 101 mães demonstra que a taxa de mortalidade infantil é maior para crianças de mãe solteira, com exceção das mães brancas que tem alto grau de instrução neste estudo.

No artigo três de Almeida et al.,(2012), não foi possível constatar evidência estatisticamente significativa no cruzamento.

No artigo quatro, Ferrari et al.,(2014) associou número de consultas pré-natal com estado civil. Dentre as mulheres que realizaram até 6 consultas pré-natal, 17,2% não tinham companheiro. E as mulheres que realizaram mais de 7 consultas, 8,7% não tinham companheiro.

Com relação ao estado civil da mulher, a maior prevalência de prematuridade foi encontrada em viúvas 6,8% e a menor em mães casadas 5,7% (CASCAES et al., 2008).

Em um estudo realizado nas cidades de Recife, Guarulhos e Goiânia, mostrou que ser mãe solteira, viúva, ou separada judicialmente apresentaram fator de risco para mortalidade infantil (MAIA; SOUZA; MENDES, 2012).

Sexo do Recém-Nascido

No artigo um, de acordo com Arruda e Marcon (2007), afirma que das crianças estudadas, duas eram meninas e seis meninos, mas não foi feita associação entre prematuridade e sexo do RN neste estudo.

No artigo dois não apresentaram associação entre sexo do RN e prematuridade. No artigo três e quatro não foi realizada associação entre o sexo do RN e prematuridade e óbito neonatal, respectivamente.

Corroboram Cascaes et al.,(2008) que a associação entre o sexo e prematuridade não se encontram associados, pois o quantitativo de prematuridade em Recém-Nascido (RN) do sexo masculino foi de 6,2% e no sexo feminino foi de 5,9%.

Em outro estudo realizado no Município de Minas Gerais, o sexo feminino apresentou 42,5% e o sexo masculino 52,5% evidenciando que não houve disparidade entre os sexos, portanto não houve relação entre os sexos no estudo (SILVA et al., 2013).

Idade das Mulheres

Arruda e Marcon (2007), no artigo um, afirmam que a idade das mães variava de 16 a 34 anos, neste contexto não houve associação da idade das mães com a prematuridade.

Ramos e Cuman (2009), no artigo dois realizado com 101 mães, afirmam que a gravidez na adolescência é fator de maior agravo para a saúde materna e complicações perinatais.

Já Almeida et al.,(2012) não encontraram associação entre idade e prematuridade.

No artigo quatro, Ferrari et al.,(2014) associou menor frequência de consultas pré-natal com a menor idade materna levando ao óbito neonatal.

No estudo realizado no Ceará verificou-se, dentre os nascimentos pré-termo, que houve uma visível redução de 47,1% para 21,6%, quando ocorreu o aumento da idade das mães, do intervalo compreendido entre 21 e 29 anos para o de 30 a 39 anos, respectivamente (SAMPAIO; PINTO; SAMPAIO, 2012).

No Rio de Janeiro, o perfil epidemiológico das adolescentes apresentou que quando gestantes, elas se encontram na fase em que os fatores de risco obstétrico podem ser maiores do que a população considerada, podendo ocorrer casos de prematuridade, recém-nascido com baixo peso, anemia e complicações no parto (SPINDOLA; SILVA, 2009).

Renda

ARRUDA e MARCON (2007), no artigo um, não encontraram associação da renda com a prematuridade.

Os artigos de número dois e três (RAMOS; CUMAN, 2009; ALMEIDA et al., 2012) afirmam que a prematuridade relativas à gravidez na adolescência se potencializam quando associadas a condições socioedemográficas e econômicas.

O estudo quatro afirma que 18,6% das mulheres, que tiveram óbito neonatal, tem renda inferior a um salário mínimo (FERRARI et al.,2014).

Em um estudo realizado no Rio de Janeiro com gestantes adolescentes comprova que 43,7% das jovens tinham renda familiar de até um salário mínimo, ou seja, não ter boa condição socioeconômica e além de ser adolescente interfere no processo gestacional (SPINDOLA; SILVA, 2009).

Corroborando com que os artigos trouxeram em um estudo realizado em uma maternidade localizada no município do Rio de Janeiro, Fisher; Guimarães e Melo, (2012) afirmam que 73,9% das mulheres entrevistadas que tiveram seus filhos prematuros, possuíam renda familiar até três salários mínimos.

Moradia

ARRUDA e MARCON (2007), no artigo um e Ferrari et al.,(2014) no artigo quatro não avaliaram a associação da moradia com a prematuridade e da moradia com o óbito neonatal, respectivamente (LAMARCA; VETTORE, 2011).

Os artigos de número dois e três (RAMOS; CUMAN, 2009; ALMEIDA et al., 2012), afirmam que as intercorrências, neste caso a prematuridade, relativas à gravidez na adolescência se potencializam quando associadas as condições socioeconômicas e geográficas. A localização da moradia geralmente é em locais de difícil acesso aos serviços de saúde o que faz com que o acompanhamento do pré-natal seja tardio ou muitas vezes não ocorra (SPINDOLA; SILVA, 2009).

5.2 Aspectos Clínicos

Os artigos revelam o mais relevante fator de risco clínico: doença hipertensiva específica da gestação (DHEG) associada às intercorrências prematuridade óbito neonatal:

DHEG

No artigo um, das 8 crianças com nascimento prematuro, duas foram decorrentes da DHEG, o artigo dois traz associação da DHEG com a prematuridade; e o artigo quatro, traz a associação entre hipertensão arterial e óbito neonatal.

No que tange a Doença Hipertensiva Específica da Gestação (DHEG) ela é uma das causas da prematuridade neonatal na gestação e, além disso, é um dos motivos que levam aos altos números de morbimortalidade da mãe e do feto (GOLINO; CHEIN; BRITO, 2006).

A hipertensão arterial nas gestantes é um dos responsáveis pelos grandes números de morbimortalidade materno-infantil, Klein et al.,(2012) corroboram em seus resultados quando as gestantes hipertensas apresentaram um risco 2,5 vezes maior do que as não hipertensas para óbito neonatal. Através da assistência pré-natal precoce é possível fazer detecção e tratamento da hipertensão arterial e variante na gestação logo que detectada a intercorrência, fazendo diminuir os riscos de um desfecho desfavorável para o binômio.

De acordo com o Ministério da Saúde (2012), uma das principais intercorrências gestacionais que levam ao óbito tanto a mãe quanto o bebê é a hipertensão arterial sistêmica (HAS) além de ser uma das causas da prematuridade, acometendo de 5% a 10% das gestações. Com instituição da Rede Cegonha, foram incluídos novos exames dentre eles está o exame de proteinúria (teste rápido), a ser realizado na Unidade Básica de Saúde este exame é importante, pois ajuda no diagnóstico das gestantes com suspeita de hipertensão possibilitando o manejo precoce das gestantes, diminuindo riscos de morbimortalidade.

5.3 Aspectos Psicossociais

Stress

O estresse na gestação é um fator psicossocial, Ramos e Cuman (2009), no artigo dois afirmam que as gestantes que vivenciaram durante a gestação situações estressantes apresentaram duas vezes mais chances de terem seus bebês prematuros. Esse stress pode estar relacionado não ter apoio do companheiro e da família no período gestacional. No estudo não foi feito um instrumento que mensurasse o stress sofrido por essas gestantes, sendo importante que um novo estudo seja realizado, que crie um instrumento e o valide para um maior embasamento já que se trata se um fator subjetivo.

Uma explicação fisiológica encontrada para o nascimento pré-termo em gestantes que vivenciaram momentos de estresse foi pelo aumento da liberação da adrenalina, noradrenalina e cortisol no plasma que causam a liberação do hormônio corticotrófico placentário (SILVA et al., 2009).

5.4 Aspectos Assistenciais

Número de consultas

Com relação ao número de consultas de acompanhamento pré-natal, Almeida et al.,(2012) demonstrou que quanto menor o número de consultas maior é associação a prematuridade.

Com relação ao número de consultas de acompanhamento pré-natal, os autores anteriores demonstraram que 32% realizaram sete ou mais consultas, 51% realizaram de quatro a seis consultas, 14% realizaram de uma a três consultas e 3% não realizaram nenhuma consulta.

De acordo com Klein et al.,(2012) em um estudo realizado em Caxias do Sul apontou o número de consultas de pré-natal como o fator de risco que apresenta maior chance de diminuir o número de natimortalidade, pois ao se comparar o grupo caso com o controle, o primeiro grupo apresentou menos de seis consultas pré-natal o que levou a terem 5 vezes mais chances de óbito fetal. A assistência pré-natal iniciada o mais precocemente permite que possíveis intercorrências gestacionais

sejam identificadas o mais rápido possível possibilitando atuações pontuais nesses riscos, permitindo o desenvolvimento gestacional saudável.

No estudo quatro (FERRARI et al.,2014). A quase totalidade das mulheres (11,8%) que realizaram ≤ 6 consultas apresentaram algum tipo de afecção gestacional e, em contrapartida, 88,2% fizeram ≥ 7 consultas

Qualidade da consulta

De acordo com o artigo dois, possuir assistência pré-natal deficitária aumenta em cinco vezes as chances de prematuridade. E em relação a assistência pré-natal ausente ou inadequada, possuir assistência pré-natal deficitária aumenta em cinco vezes as chances de prematuridade, pois neste estudo praticamente 60% das puérperas de prematuros realizaram menos de cinco consultas de pré-natal e apresentaram cinco vezes mais chances de prematuridade em relação às mães de crianças a termo.

Já o estudo realizado por Valente (2013) em Fortaleza abordando sobre a qualidade da assistência pré-natal em seus dados observou-se que entre as gestantes 28 realizaram de uma a três consultas, 31 de quatro a seis e 10 sete ou mais no total de 75 gestantes. E que 80% das gestantes iniciaram o pré-natal no primeiro trimestre, o Ministério da Saúde recomenda que a primeira consulta deva ser realizada antes do 4º mês de gestação (BRASIL, 2012).

Exame de Rotina

No artigo quatro, quanto aos exames de rotina, mostra que 14,3% das mulheres não realizaram o exame de ultrassonografia e 13,8% exames laboratoriais. Ressalta-se que esses exames podem fornecer subsídios para informações precisas sobre a gestação e diminuir os índices de mortalidade perinatal.

Ferrari et al.,(2014) fala que o acompanhamento no programa pré-natal foi realizado por 91,4% das mulheres. Quanto ao número de consultas, a variação foi elevada, entre uma e vinte consultas, sendo 296 (55,1%) entre uma e seis vezes e 195 (36,3%) sete ou mais vezes. Em sua maioria (71,7%), as mulheres iniciaram o acompanhamento no primeiro trimestre de gestação. Quanto ao acompanhamento no pré-natal a maior porcentagem das mulheres realizou menos de sete consultas. Ressalta-se que entre as mulheres que realizaram de uma a seis consultas pré-natal

(55,1%), 19,1% fizeram de uma a três e 41,1% entre quatro e seis. Observa-se que, entre as mulheres que realizaram até seis consultas no pré-natal, 27,0% eram adolescentes (12 a 19 anos).

Quanto aos exames de rotina, 14,3% das mulheres não realizaram o exame de ultrassonografia e 13,8% exames laboratoriais. A informação sobre a cobertura da vacina antitetânica foi registrada no caso de 47,7% mulheres, ressaltando-se que, para mais da metade (52,3%), este dado não foi informado (FERRARI et al.,2014).

Em um estudo realizado em Fortaleza, quanto a ultrassonografia afirma que a causa de não ter sido realizada pode ser pelo fato de as mulheres entrevistadas retratarem o incômodo causado por não poderem fazer uma ultrassonografia no serviço e serem encaminhadas para outros lugares ou, até mesmo, pagarem por um ultrassonografia para obter os resultados imediatos (GUERREIRO et al., 2012).

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

No que concerne aos aspectos observados, houve em comum entre os quatro artigos uma convergência dos fatores sociodemográficos como a escolaridade, ocupação e idade materna, renda mensal, moradia, estado civil, sexo recém-nascido, e número de consultas pré-natal, e quanto aos aspectos clínicos o desenvolvimento da doença hipertensiva específica da gravidez.

Esses resultados mostram que quanto maior a quantidade de anos de estudo menor é o número de recém-nascidos prematuros. Acredita-se que quanto maior o nível de instrução da mãe maiores são os cuidados das mesmas com a sua gestação e cuidado com o Rn, e que gestantes com maior escolaridade realizam o acompanhamento do pré-natal o mais cedo possível, com maior número de consultas, realização das ultrassonografias, dos exames laboratoriais e clínicos, portanto se houver alguma probabilidade de dano para o feto será tratado previamente.

Nota-se que não existe um consenso no que se refere a faixa etária materna, pois alguns artigos trazem idade inferior a 20 anos e acima de 35anos como associação a prematuridade e óbito neonatal. Fica evidente a necessidade de novos estudos que esclareçam qual faixa etária tem maior associação com essas intercorrências.

Estudos mostraram que a comparação do sexo do RN com prematuridade e óbito neonatal não é significativa, então se faz necessário novos estudos que analisassem em uma amostra maior, se há relação entre sexo do RN com às intercorrência.

Percebe-se que a quantidade do pré-natal interfere no desenvolvimento da gestação, mas se os profissionais de saúde não realizarem o pré-natal com qualidade este pode estar associado a prematuridade e a um desfecho não favorável da gestação. É de suma importância que sejam no mínimo realizados seis consultas de pré-natal e, além disso, de muita qualidade, pois o diagnóstico da Doença Hipertensiva Específica da Gestação (DHEG), dentre outras, deve ser precoce e o tratamento adequado sendo fundamental para poder atuar no melhor desfecho para o binômio mãe-filho.

Faz-se necessário a realização de novos estudos que confirmem o que os quatro artigos trouxeram sobre a moradia como fator de risco para as intercorrências.

Em virtude do que foi mencionado a revisão sistemática facilitou a identificação de fatores que estavam associados às intercorrências no período gestacional. Enfim, esses fatores de risco devem ser identificados e tratados o mais precocemente possível nas consultas de pré-natal. Por isso a importância da qualidade das consultas realizadas, visando que ao final haja redução dos casos de prematuridade e óbito neonatal. Buscando assim instrumentalizar os profissionais de Enfermagem para o exercício da sua prática.

REFERÊNCIAS

BASTON, H.; HALL, Jennifer. Modelos da Assistência pré-natal: as opções disponíveis. In: _____. *Enfermagem Obstétrica essencial: uma abordagem humanizada*. Rio de Janeiro: Elsevier, 2010. cap. 2, p. 9-14. (Série ENFERMAGEM OBSTÉTRICA ESSENCIAL).

BITTAR, R.E.; CARVALHO, M. H. B.de; ZUGAIB, M. Conduas para o trabalho de parto prematuro. **Rev. Bras. Ginecol. Obstet.**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 9, Sept. 2005. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-72032005000900010&lng=en&nrm=iso>. access on 17 Nov. 2014. <http://dx.doi.org/10.1590/S0100-72032005000900010>.

BEZERRA, L.C.; OLIVEIRA, S. M. J. V. de; LATORRE, M. do R. D. de O. Prevalência e fatores associados à prematuridade entre gestantes submetidas à inibição de trabalho de parto prematuro. **Rev. Bras. Saude Mater. Infant.**, Recife, v. 6, n. 2, June 2006. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1519-38292006000200010&lng=en&nrm=iso>. access on 17 Nov. 2014. <http://dx.doi.org/10.1590/S1519-38292006000200010>.

BOTELHO, L. L. R.; CRISTIANO C. de A. C.; MACEDO, M. O método da revisão integrativa nos estudos organizacionais. *Gestão e sociedade*. Belo Horizonte. Volume 5. Número 11. P.121-126 maio/agosto 2011.

BRASIL. Lei n.12.853, de 14 de agosto de 2013. Altera, revoga e acrescenta dispositivos à Lei n. 9.610, de 19 de fevereiro de 1998. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 14 ago 2013. Disponível em <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2011-2014/2013/Lei/L12853.htm>. Acesso em: 15 dez. 2014.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. Guia orientador para a realização das capacitações para executores e multiplicadores em Teste Rápido para HIV e Sífilis e Aconselhamento em DST/Aids na Atenção Básica para gestantes/Aids / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. – Brasília : Ministério da Saúde, 2013a.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. departamento de Atenção Básica. Manual instrutivo das ações de alimentação e nutrição na rede Cegonha [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2013b.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Atenção ao pré-natal de baixo risco [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. – 1. ed. rev. – Brasília : Editora do Ministério da Saúde, 2013c.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Atenção ao pré-natal de baixo risco / Ministério da Saúde.

Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2012. 318 p.: il. – (Série A. Normas e Manuais Técnicos) (Cadernos de Atenção Básica, nº 32).

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

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Política nacional de atenção integral à saúde da mulher : princípios e diretrizes / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – Brasília : Editora do Ministério da Saúde, 2009.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Gestante de Alto Risco: sistema estaduais de referência hospitalar à gestante de alto risco/ Ministério da Saúde, Secretaria Executiva.- Brasília. Ministério da Saúde, 2001.

_____. Ministério da Saúde. Assistência Pré-natal: Manual técnico/equipe de elaboração: Janine Schirmer et al. - 3ª edição -Brasília: Secretaria de Políticas de Saúde -SPS/Ministério da Saúde, 2000.66p.

CARVALHO, M. GOMES, M. A.S. M.A. Mortalidade do prematuro extremo em nosso meio: realidade e desafios. *Jornal de Pediatria* - Vol. 81, Nº1(supl), 2005.

CARVALHO, Q.C.M.; CARDOSO, M.V.L.M.L.; OLIVEIRA, M.M.C.; LÚCIO, I.M.L. Malformação congênita: significado da experiência para os pais. *Maringá*, v. 5, n. 3, p. 389-397, set./dez. 2006.

CASCAES, A. M.et al. Prematuridade e fatores associados no Estado de Santa Catarina, Brasil, no ano de 2005: análise dos dados do Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 24(5):1024-1032, mai, 2008.

CAVALCANTI, Pauline Cristine da Silva et al . Um modelo lógico da Rede Cegonha. **Physis**, Rio de Janeiro , v. 23, n. 4, Dec. 2013 .

FEBRASGO. *Manual de 9 Gestação de Alto Risco*. 2011. 220 p.

FISCHER, A. GUIMARÃES, E.C.; MELO, E.C.P. Cuid. fundam. online 2010. out/dez. 2(Ed. Supl.):73-78

Florianópolis. Prefeitura Municipal. Secretaria Municipal de Saúde. Programa Saúde da Mulher. Protocolo de atenção integral a saúde da mulher. /Secretaria Municipal de Saúde. - - Tubarão : Ed. Copiart, 2010.128 p.

GALLETA, Marco Aurélio (2000). A importância do pré-natal. Copyright clube do bebê. WebDesign by Microted. www.clubedobebe.com.br.

GOLINO, P. S.; CHEIN, M. B. da C. BRITO, L. M. O. Ruptura Prematura de Membranas: Fisiopatologia, Diagnóstico e Conduta. FEMININA -Outubro 2006 vol. 34 nº 10.

GUERREIRO, E. M.; RODRIGUES, D. P., SILVEIRA, M. A. M.da S.; LUCENA, N. B. F. de. O cuidado pré-natal na atenção básica de saúde sob o olhar de gestantes e enfermeiros. Rev. Min. Enferm.;16(3): 315-323, jul./set., 2012.

KLEIN, Cecília de Jesus et al. Fatores de risco relacionados á mortalidade fetal. Revista da AMRIGS, Porto Alegre,56(1):11-16,jan.-mar.2012.

LAMARCA G, Vettore M. Condições inadequadas de habitação da gestante: uma iniquidade social que reflete no desenvolvimento saudável do feto e do recém-nascido [Internet]. Rio de Janeiro: Portal DSS Brasil; 2011 Out 04. Disponível em: <http://cmdss2011.org/site/?p=4340&preview=true>.

MAIA, L.T. de S.;SOUZA, W.V.de S.; MENDES, A. da C. G. Diferenciais nos fatores de risco para a mortalidade infantil em cinco cidades brasileiras: em estudo de caso-controle com base no SIM e no SINASC. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 28(11):2163-2176, 2012.

MENDES, K. D. S.; SILVEIRA, R. C.de C. P.; GALVAO, C. M. Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. **Texto contexto - enferm.**, Florianópolis , v. 17, n. 4, Dec. 2008 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072008000400018&lng=en&nrm=iso>. access on 13 Oct. 2014. <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-07072008000400018>.

MOREIRA, L.; CASQUEIRO, J.;JESUÍNO, F.;ADAN, Luis .F.. Recém-nascido de baixo peso: percentual de prematuridade e de restrição de crescimento intra-uterino em duas maternidades de salvador: maternidade climério de oliveira e hospital santo amaro. Gaz. méd. Bahia 2007;77:(Suplemento 1):S93-S97.

NASCIMENTO, Estela Maria Ramos do et al . Estudo de fatores de risco para óbitos de menores de um ano mediante compartilhamento de bancos de dados. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro , v. 24, n. 11, Nov. 2008. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2008001100014&lng=en&nrm=iso>. access on 18 Nov. 2014. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2008001100014>.

SAMPAIO, R. M. M.; PINTO, F. J. M.; SAMPAIO, J. do C. Fatores de risco associados à prematuridade em nascidos vivos no estado do ceará.Revista Baiana de Saúde Pública. v.36, n.4, p.969-978 out./dez. 2012.

SANTOS, F.L.B.; OLIVEIRA, M. I.V. de; BEZERRA,M.G. A. Prematuridade entre recém-nascidos de mães com amniorrexix prematura. Esc Anna Nery R Enferm 2006 dez; 10 (3): 432 - 8.

São Paulo (Estado). Secretaria da Saúde. Coordenadoria de Planejamento em Saúde. Assessoria Técnica em Saúde da Mulher. Atenção à gestante e à puerpera

no SUS – SP: manual técnico do pré natal e puerpério / organizado por Karina Calife, Tania Lago, Carmen Lavras – São Paulo: SES/SP, 2010. 234p.

SENA, C.D.de.; DINIZ, N.M.F.; CARVALHO, M.R.da S.; OLIVEIRA, S. D.; OLIVEIRA, F. J.;CAMPOS, M.da L.A.O. Ocorrência de violência doméstica em mulheres que tiveram parto prematuro. *Revista Baiana de Enfermagem*, Salvador, v. 26, n. 2, p. 488-497, maio/ago. 2012.

SILVA, E. P. et al. Pré-natal na atenção primária do município de João Pessoa-PB: caracterização d serviços e usuárias. *Rev.Bras. Saúde Matern.Infantil.*, Recife, 13(1):29-37 jan./mar.,2013.

SILVA, Ana Maria Rigo et al . Fatores de risco para nascimentos pré-termo em Londrina, Paraná, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 10, Oct. 2009 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2009001000004&Ing=en&nrm=iso>. access on 11 Nov. 2014. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2009001000004>.

SILVA, R. de P. Silva; CAIRES, B. R.; NOGUEIRA,D. A.; MOREIRA, D. da S.; GRADIM, C. V. C;LEITE, E.P. R. C. Prematuridade: características maternas e neonatais segundo dados do sistema de informações sobre nascidos vivos. *Rev enferm UFPE on line.*, Recife, 7(5):1349-55, maio., 2013.

SOUZA, M. T. de; SILVA, M. D. da; CARVALHO, R. de. Revisão integrativa: o que é e como fazer. *Einstein*. 2010; 8(1 Pt 1):102-6.

SPINDOLA, T.;SILVA, L.F.F.da. Perfil epidemiológico de adolescentes atendidas no pré-natal de um hospital universitário. *Esc Anna Nery Ver Enferm* 2009 jan-mar;13(1): 99-107.

TORMAN, V. B. L.;COSTER, R.;RIBOLDI,J. Normalidade de variáveis: métodos de verificação e comparação de alguns testes não-paramétricos por simulação. *Revista HCPA*. 2012;32(2):227-234.

VALENTE, M. M.Q.P. FREITAS, N. Queiroz. de F.; ÁFIO, A. C. E.; SOUSA,C. S. P.de; EVANGELISTA, D. R.; MOURA,E. R. F. *Assistência pré-natal: um olhar sobre a qualidade*. *Rev. RENE*; 14(2): 280-289, mar.-abr. 2013.

ZAMBONATO, Ana Maria Krusser et al . Fatores de risco para nascimento de crianças pequenas para idade gestacional. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 38, n. 1, Feb. 2004 . Available fromm <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S003489102004000100004&Ing=en&nrm=iso>. access on 12 Nov. 2014. <http://dx.doi.org/10.1590/S003489102004000100004>.

