



UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM – MESTRADO

ELAINE DA COSTA GUIMARÃES

APOIO SOCIAL E PREMATURIDADE EM
PUÉRPERAS DE BAIXA RENDA

Rio de Janeiro
2010

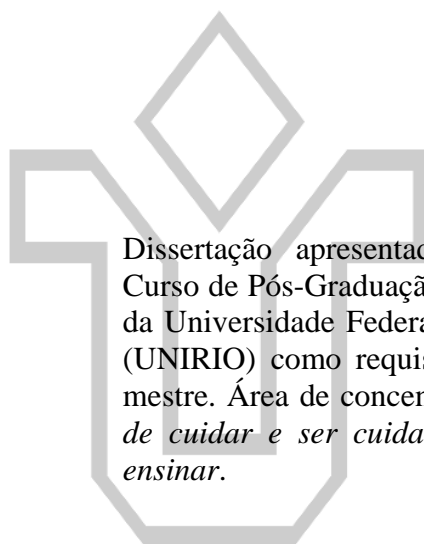
Livros Grátis

<http://www.livrosgratis.com.br>

Milhares de livros grátis para download.

Elaine da Costa Guimarães

**APOIO SOCIAL E PREMATURIDADE EM
PUÉRPERAS DE BAIXA RENDA**



Dissertação apresentado à banca examinadora do Curso de Pós-Graduação em Enfermagem – Mestrado, da Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro (UNIRIO) como requisito para obtenção do grau de mestre. Área de concentração: *O cotidiano da prática de cuidar e ser cuidado, de gerenciar, pesquisar e ensinar.*

Orientadora: Prof^a Dr^a Enirtes Caetano Prates Melo.

Rio de Janeiro
2010

Guimarães, Elaine da Costa.
G963 Apoio social e prematuridade em puérperas de baixa renda / Elaine da Costa Guimarães, 2010.
xiii, 122f.

Orientador: Enirtes Caetano Prates Melo.
Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2010.

1. Prematuros – Fatores de risco. 2. Puerpério – Aspectos sociais.
3. Cuidados em enfermagem – Planejamento. I. Melo, Enirtes Caetano Prates. II. Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro (2003-). Centro de Ciências Biológicas e da Saúde. Curso de Mestrado em Enfermagem. III. Título.

CDD – 618.92011

Elaine da Costa Guimarães

**APOIO SOCIAL E PREMATURIDADE EM
PUÉRPERAS DE BAIXA RENDA**

Dissertação apresentada à banca examinadora do Curso de Pós-Graduação em Enfermagem – Mestrado, da Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro (UNIRIO) como requisito para obtenção do grau de mestre. Área de concentração: *O cotidiano da prática de cuidar e ser cuidado, de gerenciar, pesquisar e ensinar.*

BANCA EXAMINADORA

Prof^ª Dr^ª Enirtes Caetano Prates Melo
Presidente (EEAP – UNIRIO)

Prof^ª Dr^ª Kátia Silveira Silva
1^ª Examinadora (Instituto Fernandes Figueira - FIOCRUZ)

Prof^ª Dr^ª Teresa Tonini
2^ª Examinadora (EEAP – UNIRIO)

Prof^ª Dr^ª Inês Maria Meneses dos Santos
Suplente (EEAP – UNIRIO)

Dedico a Deus engenheiro da minha vida e arquiteto da minha história; a Giselda, mãe, amiga, e a minha maior referência de luta e vitória; e a Diogo meu grande amor, companheiro e incentivador deste momento.

—AGRADECIMENTOS—

Deixo expresso nesta longa lista de agradecimentos, a rede de apoio social que de maneira muito especial contribuiu na realização e concretização deste trabalho.

À **Deus**, causa primária de todas as coisas.

À querida orientadora deste estudo professora Dra. Enirtes Caetano Prates de Melo, por ter me ajudado a percorrer novos caminhos, trabalhando todas as questões que iam surgindo durante o processo de reflexão. Obrigada por ousar trabalhar com novas idéias e conceitos, correndo os riscos inerentes a essa atitude.

À chefe de enfermagem do Hospital Carmela Dutra e Presidente da ABEN/RJ, Iraci do Carmo França e a todos os profissionais de enfermagem do Hospital Maternidade Carmela Dutra que nos recebeu atenciosamente e com muito carinho, dando todo o suporte que precisávamos para que a pesquisa fosse realizada.

À toda minha querida equipe de enfermagem da Obstetrícia, em especial as Enfermeiras Paula, Elaine e Cristiane que durante os meus períodos de ausência, trabalharam com muita competência, dedicação e empenho.

Ao Raphael Mendonça Guimarães, a quem eu devo parte do início dessa jornada; obrigada pelo desprendimento e estímulo nos momentos de dificuldade para a realização deste trabalho.

Aos professores do Programa de Mestrado em Enfermagem da Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro, em especial as professoras Leila Rangel, Tereza Tonini e Inês Maria, por proporcionar-me um passo importante na vida profissional.

À chefia de enfermagem do HUGG: Luzia, Edson e Maria da Penha, pelo suporte e apoio sempre que precisei estar ausente.

À chefia do Hospital Municipal Jesus: Lizete e Cristina Palomo, pessoas amigas, que sempre estiveram solidárias comigo em todos os momentos, dirigindo meus plantões.

À minha querida equipe de enfermagem do CCI: Jorge, Celina, Josete, Maria do Carmo e Helissandra agradeço pelo apoio, amizade e estímulo permanente.

À Audrey Fischer, pela valiosa contribuição com seus conhecimentos de informática; e a todos aqueles que contribuíram para a realização deste estudo: bolsistas de iniciação científica e alunos da graduação, por juntos termos vencido cada desafio.

À minha amada família e aos meus pais pelo suporte e apoio imprescindível em todas as horas, em especial à Profa. Giselda, minha mãe querida, minha incentivadora e inspiradora, pelo amor de uma vida inteira; as minhas irmãs (Claudia e Viviane) e cunhados (Luther e Ronald), sobrinhos (Igor, Lara e Natan), Tios (Célia e Odair) pessoas importantes que estiveram sempre presentes em todas as etapas da minha vida, pelo apoio e incentivo incondicional.

A minha segunda família, Sogro, Sogra e Cunhada, pelo doce convívio e parceria.

Ao meu amado marido Diogo, por ser um exemplo a ser seguido, pelo amor, carinho, dedicação a nós, compreensão nos momentos de ausência, paciência nos momentos de puro estresse, incentivo e coragem nos momentos mais difíceis; por ter demonstrado na prática todas as formas de apoio necessárias para que este trabalho se materializasse.

RESUMO

Guimarães, E. C. **Apoio Social e Prematuridade em Puérperas de Baixa Renda.** Dissertação (Mestrado em Enfermagem). Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro – UNIRIO. Rio de Janeiro, 2010.

Atualmente o apoio social é apontado como um fator capaz de proteger a saúde ou tornar os indivíduos menos suscetíveis a doenças. A ocorrência da prematuridade está envolvida em uma série de questões, dentre elas, destacamos o apoio social. O objetivo deste estudo foi investigar a associação entre apoio social e prematuridade entre puérperas de baixa renda. Trata-se de um estudo caso-controle realizado com 336 mulheres que se encontravam internadas em um hospital maternidade do município do Rio de Janeiro, dentre elas 108 eram casos e 228 controles. Para medir o apoio social foi utilizada a escala do Medical Outcomes Study traduzida e adaptada para o português. Trabalhou-se com o modelo de apoio com quatro dimensões: material, afetivo, emocional-informativo e interação social positiva. A população desta pesquisa eram puérperas que tinham idade entre 14 e 45 anos (mediana: 24 e desvio-padrão: 6,66); 49,8% moravam em aglomerados subnormais (favelas); 75,9% moravam com o companheiro. Ao avaliar cada dimensão do apoio social entre o grupo de casos e controles, observou-se que somente o apoio material apresentou significância estatística com p -valor= 0,08. As associações estimadas das dimensões do apoio afetivo, emocional-informativo e de interação social não foram estatisticamente significativas. Na análise multivariada foi observado que as co-variáveis gestação múltipla, Fez pré-natal, prematuridade anterior, número de consultas e parto Cesário apresentaram risco para prematuridade (OR= 7,68; OR= 3,01; OR= 3,99; OR= 4,75; OR= 2,42); enquanto o apoio material, embora tenha apresentado um sobrerisco para a prematuridade (OR= 1,89), esta associação não foi estatisticamente significativa. Neste estudo apesar de não observarmos associação direta do apoio social com a prematuridade, verificamos que algumas variáveis apresentavam modificações de comportamento ao serem analisadas com as dimensões do apoio social, sugerindo efeito mediador entre o apoio social e a prematuridade.

Palavras-chaves: apoio social, nascimento prematuro, fatores de risco, enfermagem em saúde pública.

ABSTRACT

Guimarães, E. C. **Social Support and Prematurity in Low-Income Postpartum Women.** Dissertação (Mestrado em Enfermagem). Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro – UNIRIO. Rio de Janeiro, 2010.

Currently social support is identified as a factor able to protect the health or make individuals less susceptible to disease. The incidence of prematurity is involved in a number of issues, among them, we highlight the social support. The aim of this study was to investigate the association between social support and prematurity among mothers with low incomes. This is a case-control study conducted with 336 women who were admitted to a maternity hospital of Rio de Janeiro, among which 108 were cases and 228 controls. To measure the social support scale the Medical Outcomes Study (MOS) was used translated and adapted into Portuguese. In this study we worked with the support model with four dimensions: material, emotional, emotional-informative and positive social interaction. The population of this study were mothers who were aged 14-45 years (median 24 and standard deviation: 6.66), 49.8% were living in substandard settlements (slums), 75.9% lived with a partner. In assessing each dimension of social support among the group of cases and controls, we observed that only the material support was statistically significant with p -value = 0.08. The association estimated the dimensions of emotional support, emotional-informative and social interaction were not statistically significant. In multivariate analysis it was observed that the covariates multiple pregnancy, prenatal care, previous preterm birth, number of medical and cesarean section were at risk for preterm birth (OR = 7.68, OR = 3.01, OR = 3.99, OR = 4.75, OR = 2.42), while the support material, although presenting a sobrerisco for preterm birth (OR = 1,89), this association was not statistically significant. In this study, although we have not been observed any direct association of social support with prematurity, we found that some variables showed changes in behavior to be analyzed with the dimensions of social support, suggesting mediating effect between social support and prematurity.

Keywords: social support, premature birth, risk factors, public health nursing.

RESUMEN

Guimarães, E. C. **Apoyo Social y la Prematuridad em Puérperas de Bajos Ingresos.** Dissertação (Mestrado em Enfermagem). Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro – UNIRIO. Rio de Janeiro, 2010.

En la actualidad el apoyo social es identificada como un factor capaz de proteger la salud o que los individuos menos susceptibles a la enfermedad. La incidencia de la prematuridad está involucrado en una serie de cuestiones, entre ellas, destacamos el apoyo social. El objetivo de este estudio fue investigar la asociación entre el apoyo social y la prematuridad entre las madres de bajos ingresos. Se trata de un estudio caso-control llevado a cabo con 336 mujeres que fueron ingresados en un hospital de maternidad de Río de Janeiro, entre los cuales 108 fueron casos y controles 228. Para medir la escala de apoyo social se utilizó en el Estudio de Resultados Médicos traducido y adaptado al portugués. Trabajó con el modelo de soporte con cuatro dimensiones: material, la interacción emocional, social-emocional de información y positiva. La población de este estudio fueron las madres que tenían entre 14 y 45 años (media 24 y desviación estándar: 6,66), 49,8% vivían en asentamientos precarios (villas miseria), el 75,9% vivía con un compañero. En la evaluación de cada dimensión de apoyo social en el grupo de casos y controles, se observó que sólo el apoyo material fue estadísticamente significativa con p-valor = 0,08. La asociación calcula que las dimensiones de apoyo emocional, información, interacción emocional y social no fueron estadísticamente significativas. En el análisis multivariado se observó que las covariables embarazo múltiple, prenatal Fez, parto prematuro previo, el número de visitas y el parto Cesario estaban en riesgo de parto prematuro (OR = 7,68, OR = 3,01, OR = 3,99; OR = 4,75, OR = 2,42), mientras que el material de apoyo, a pesar de presentar una sobrerisco de parto prematuro (OR = 1,89), esta asociación no fue estadísticamente significativa. En este estudio, aunque no observamos ninguna relación directa de apoyo social con la prematuridad, se encontró que algunas variables mostraron cambios en el comportamiento para ser analizados con las dimensiones de apoyo social, lo que sugiere un efecto de mediación entre el apoyo social y la prematuridad.

Palabras clave: apoyo social, el nacimiento prematuro, factores de riesgo, enfermería de salud pública.

LISTA DE TABELAS

TABELA 1 – Distribuição da idade gestacional dos casos de prematuridade em uma maternidade pública do município do Rio de Janeiro - 2009

TABELA 2 – Distribuição da idade gestacional dos controles em uma maternidade pública do município do Rio de Janeiro - 2009

TABELA 3 – Características sócio-econômicas e demográficas das puérperas atendidas em uma maternidade pública do município do rio de Janeiro em 2009 – distribuição percentual, odds ratios brutos, intervalos com 95% de confiança e p-valor.

TABELA 4 – Distribuição percentual, odds ratios brutos, intervalos com 95% de confiança das características relacionadas à saúde e a assistência das puérperas atendidas em uma maternidade pública do município do Rio de Janeiro em 2009

TABELA 5 – Distribuição percentual, odds ratios brutos, intervalos com 95% de confiança da rede social das puérperas atendidas em uma maternidade pública do município do Rio de Janeiro em 2009

TABELA 6 – Medidas de tendência central e os respectivos tercís do grupo de controles e as dimensões do apoio social.

TABELA 7 – Associação entre apoio social e prematuridade - distribuição percentual, odds ratios brutos, intervalos de confiança 95% e p-valor.

TABELA 8 – Associação entre apoio material e características sócio-econômicas e demográficas das puérperas atendidas em uma maternidade pública do município do Rio de Janeiro em 2009

TABELA 9 – Associação entre apoio material e características relacionadas à saúde e assistência das puérperas atendidas em uma maternidade pública do município do Rio de Janeiro em 2009

TABELA 10 – Associação entre apoio material e características psicossociais e de rede social das puérperas atendidas em uma maternidade pública do município do Rio de Janeiro em 2009

TABELA 11 – Regressão logística: Associação entre prematuridade, dimensões do apoio e co-variáveis das puérperas atendidas em uma maternidade pública do município do rio de Janeiro em 2009

TABELA 12 – Regressão logística: Modelo final - Associação entre prematuridade, apoio material e co-variáveis da população de puérperas atendidas em uma maternidade pública do município do Rio de Janeiro em 2009

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

OMS - Organização Mundial de Saúde

OPS - Organização Panamericana de Saúde

SINASC - Sistema de Informação de Nascimentos

MA - Maranhão

SP - São Paulo

SC - Santa Catarina

RS - Rio Grande do Sul

IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

DATASUS - Departamento de Informática do SUS, órgão da Secretaria Executiva do Ministério da Saúde.

UFPR - Universidade Federal do Paraná

PP - Parto Prematuro

TPP - Trabalho de Parto Prematuro

EUA - Estados Unidos da América

RR - Risco Relativo

IC - Intervalo de Confiança

OR - *Odds Ratio*

CRH - Corticotropin-Releasing Hormone

SPSS - *Statistical Package for the Social Sciences*

ANC - Cuidados Antinatais

DM - Diabetes Melitos

SUMÁRIO

| | |
|---|-----|
| CAPÍTULO I..... | 3 |
| 1.Introdução..... | 4 |
| 1.1 OBJETIVOS..... | 10 |
| CAPÍTULO II..... | 12 |
| 2. Aproximação Temática | 13 |
| 2.1 Fatores de risco associados ao parto prematuro..... | 17 |
| 2.2 Apoio social e desfechos relacionados à Saúde..... | 19 |
| CAPÍTULO III..... | 38 |
| 3. Material e Métodos | 39 |
| 3.1 Desenho do Estudo e População Estudada..... | 39 |
| 3.2 Instrumento de Coleta de Dados..... | 40 |
| 3.3 Pré-Teste do Instrumento da Coletade Dados | 41 |
| 3.4 Trabalho de Campo e Coleta de Dados | 41 |
| 3.5 Variáveis de Análise | 42 |
| 3.6 Escala de Apoio Social..... | 44 |
| 3.7 Análise dos Dados | 46 |
| 3.8 Aspectos Éticos..... | 48 |
| CAPÍTULO IV | 49 |
| 4. Resultados | 50 |
| CAPÍTULO V..... | 69 |
| 5.Discussão | 70 |
| CAPÍTULO VI | 77 |
| 6. Conclusão | 78 |
| CAPÍTULO VII..... | 80 |
| 7.Referências Bibliográficas | 81 |
| 8.APÊNDICES | 91 |
| Questionário | 92 |
| Orientações para os entrevistadores | 100 |
| Termo de confidencialidade | 112 |
| Termo de consentimento livre e esclarecido | 113 |
| Tabelas | 114 |

9.ANEXO 121
Carta de aprovação do Comitê de Ética e Pesquisa122

CAPÍTULO I

INTRODUÇÃO

1 INTRODUÇÃO

Esse estudo integra a linha de pesquisa Enfermagem na Atenção à Saúde da Mulher, Adolescente e Criança e teve como objeto de investigação a associação entre o apoio social e a prematuridade numa população de puérperas de baixa renda atendidas em uma maternidade pública do Rio de Janeiro.

O baixo peso ao nascer e a prematuridade representam os principais determinantes na ocorrência do óbito infantil e estão associados a cerca de quatro milhões de mortes anuais no período neonatal, concentradas principalmente nos países em desenvolvimento (CASCAES et al, 2008, ARAÚJO, 2006, LAWN; COUSENS; ZUPAN, 2005, KRAMER et al, 2001). Nesse período, o peso ao nascer é o principal fator de risco associado ao óbito. O baixo peso ao nascer resulta de uma complexa cadeia causal que tem como principais fatores relacionados o Crescimento Intra-Uterino Retardado, idades da mãe consideradas como extremas para reprodução, o estado nutricional da mãe antes da gravidez, doenças prévias e situações decorrentes de problemas de saúde da mãe (com destaque para a hipertensão arterial), o tabagismo, o nível de escolaridade da mãe, a ausência do companheiro materno, a ausência da assistência pré-natal (LIMA; CARVALHO; VASCONCELOS, 2008, PAULUCCI; NASCIMENTO, 2007, GIGLIO; LAMOUNIER; MORAIS, 2005, JOHNSTON et al, 2001, ALMEIDA; JORGE, 1996).

A Organização Mundial de Saúde define como pré-termo todo nascimento que ocorre entre 20 e 37 semanas completas de gestação (CASCAES et al 2008; WORLD HEALTH ORGANIZATION, 1985). Para a Federação Brasileira das Sociedades de Ginecologia e Obstetrícia, pré-termo é todo aquele que nasce entre a 22^a e a 36^a semana e 6 dias de idade gestacional (FEBRASGO, 2001). Desfechos desfavoráveis concentram-se

especialmente entre os prematuros extremos (nascidos com menos de 28 semanas) e nos nascidos com menos de 32 semanas de gestação (TUCKER; McGUIRRE, 2004).

Cerca de 70% das mortes perinatais decorrem da prematuridade, que envolve 5 a 11% das gestações e representa um fator determinante para a morbi-mortalidade neonatal (ESCOBAR et al, 2006, WEN et al, 2004). A prevalência mundial do parto pré-termo vinha se mantendo relativamente estável, entretanto nos últimos anos apresentou um crescimento importante. Nos Estados Unidos da América os nascimentos prematuros representam 10% do total de partos, constituindo a causa principal de morbimortalidade neonatal. A prevalência de prematuridade na Europa varia entre 6 a 10%, (SILVA et al, 2009, GOLDENBERG, 2002).

No Brasil, a taxa de prevalência de prematuridade é de aproximadamente 7%, com uma variação em relação a diferentes regiões e capitais. (SILVEIRA et al, 2008, ARAÚJO; TANAKA, 2007, BARROS; SANTOS; VICTORA et al 2006, KILSZTAJN et al, 2003). Silveira et al (2009) verificou uma redução da ocorrência de prematuridade nas regiões Norte e Nordeste , já nas regiões Sul, Sudeste e Centro-Oeste estas taxas aumentaram, com maior destaque a região Sudeste que aumentou de 3,4% para 8,9%.

O aumento das taxas de prevalência de prematuridade, especialmente em algumas áreas, parece estar relacionado a inúmeros fatores. Dentre os quais, o crescimento de casos de gestação múltipla , decorrente da expansão do emprego de técnicas de reprodução assistida; altas taxas de cesárea; o aumento do número de gestações tardias (acima de 35 anos); baixa qualidade da assistência pré-natal; a desigualdade na oferta de serviços de saúde; a falta de leitos obstétricos, assim como a peregrinação das gestantes em busca de assistência (MELO et al, 2007, SILVEIRA et al, 2008, ANDRADE et al, 2004, DIAS; DESLANDES, 2004, LEAL; GAMA; CUNHA, 2006, TORLONI; KIKUTI; COSTA, 2000).

Prematuros apresentam risco elevado para o adoecimento e para a morte devido ao seu desenvolvimento fetal incompleto, fato que favorece longos períodos de permanência em

unidades neonatais, tornando-os mais suscetíveis a infecções. Entre as afecções observadas logo após o nascimento estão problemas como hemorragia intraventricular, pneumonia e enterocolite necrosante; entre as morbidades destacam-se a paralisia cerebral, as retinopatias e a displasia broncopulmonar (KRAMER et al, 2000). Internações hospitalares durante o primeiro ano de vida são três a quatro vezes mais frequentes entre os recém-nascidos prematuros. Há que se considerar, portanto, os custos elevados envolvidos na manutenção de um recém-nascido pré-termo, assim como possíveis transtornos emocionais para os familiares, em função das seqüelas e limitações que poderão apresentar ao longo da vida (MATTSON et al, 2001).

Dentre os mecanismos explicativos para a prematuridade encontram-se fatores de natureza biológica, social e relacionados à assistência à saúde. O tipo de parto; a raça/etnia, a idade, o estado civil, a ocupação, o estado nutricional da mãe; o tabagismo; a história reprodutiva materna (prematuridade anterior, cirurgia ginecológica prévia); condições da gestação (gestação gemelar, sangramento durante a primeira metade da gestação, pielonefrite, vaginose bacteriana e infecção urinária durante a gestação); a exposição a substâncias tóxicas, a qualidade do pré-natal representam fatores destacados na literatura (RIBEIRO et al, 2009, SILVA et al, 2009, CASCAES et al, 2008, GOLDENBERG et al, 2008, BEZERRA; OLIVEIRA; LATORRE, 2006, MARTINS; VELÁSKEZ-MELENDEZ, 2004, TUCKER; McGUIRE, 2004, WEN et al, 2004, KILSZTAJN et al, 2003, LUMLEY, 2003, GRANDI, 2003, BADLISSI;GUILLEMETTE, 2001, KRAMER et al, 2001).

Nos últimos anos, um número crescente de estudos vem demonstrando que as interações sociais têm um impacto positivo sobre a saúde física e o bem-estar psicológico (KATZ et al, 2008, DeGARMO; PATRAS; EAP, 2008, FISCHER; LIAO; MOSCA, 2008, ARAÚJO; PEREIRA, 2007, GVAZ et al, 2007, DANTAS; PELEGRINO; GARBIN, 2007, CANELLA, 2006, SILVA, 2005, ANDRADE et al, 2005, FELDMAN et al, 2000,

JIROJWONG; DUNT; GOLDSWORTHY, 1999, RIBEIRO, 1999, CASTRO; CAMPERO; HERNÁNDEZ, 1997, BLOOM, 1990). Ainda assim, não é tarefa trivial compreender os mecanismos que pelos quais o apoio social pode prevenir, ou atenuar, as conseqüências negativas relacionadas a eventos de crise ou transição ao longo da vida.

Ao discutir esta dinâmica e complexa rede de proteção, reciprocidade e “*obrigações mútuas*” (com direitos e deveres comuns), Cobb (1976) afirma que o apoio social se inicia com o bebê no útero e pode ser reconhecido/comunicado de diversas formas, dentre as quais através do seio materno. O autor traz uma das primeiras conceituações sobre o apoio, ao afirmar que “*a informação leva o indivíduo a acreditar que é amado, cuidado, estimado e é membro de uma rede social de mútuas obrigações*” (Cobb, 1976, p. 300). O apoio social abrange aspectos qualitativos, funcionais e comportamentais da rede social. Trata-se de relações interpessoais com ênfase na satisfação do indivíduo de acordo com a disponibilidade, qualidade e funcionalidade da rede a qual faz parte (RODRIGUES; SEIDL 2008, COHEN; WILLS, 1985).

Atrelado ao conceito de apoio, estão as redes sociais que correspondem ao aspecto estrutural, caracterizado por um conjunto de pessoas que estabelecem interações entre si, das quais emergem relações de apoio entre seus integrantes. A rede é composta pela família, amigos, colegas de trabalho, relações comunitárias e serviços de saúde, incluindo também as relações íntimas e ocasionais (GRIEP, 2003, FALCETO, 2002). O número de pessoas que fazem parte dessa rede, aspectos que envolvem a frequência do contato, a reciprocidade e a acessibilidade devem ser considerados em relação ao tipo de apoio recebido. A integração em uma rede social pode ajudar a evitar experiências negativas, como aquelas que envolvem problemas econômicos, por exemplo.

Estudos apontam para efeitos benéficos do apoio social sobre a saúde na redução da mortalidade, na adesão a tratamento, na utilização de serviços de saúde com vistas a

diagnóstico e tratamento, nas habilidades de enfrentamento e na qualidade de vida (SIQUEIRA, 2008, BOCCHI; ANGELO, 2008, ANDRADE et al, 2005, SEIDL; ZANNON; TRÓCCOLI, 2005, COSTA; LUDERMIR, 2005, BARBOSA; BYINGTON; STRUCHINER, 2000, DALGARD; HAHEIM, 1998, KAWACHI et al, 1996, COHEN; WILLS, 1985, BERKMAN; SYME, 1979).

O apoio social gera efeitos positivos, aliviando a angústia, inibindo o desenvolvimento de doenças e desempenhando papel importante na recuperação dos indivíduos. Pode funcionar como um mediador (efeito buffer), protegendo e amenizando situações causadoras de estresse no indivíduo, como através de um efeito direto em que os recursos sociais atuam “tamponando” a resposta do organismo ao processo de desenvolvimento de desfechos desfavoráveis (KATZ et al, 2008, DeGARMO; PATRAS; EAP, 2008, OLSTAD et al, 1999, COHEN; WILLS, 1985).

Desde 1980 estudos relacionados à assistência de enfermagem têm evidenciado a importância do apoio social e sua relação com a saúde e o bem estar do indivíduo. O apoio social é listado como descritor em mais de 12 mil estudos publicados em revistas de enfermagem. Entretanto, poucas investigações aprofundam a discussão sobre as implicações do apoio na saúde e no processo de adoecer. Inicialmente, os estudos ligados à enfermagem encontravam-se centrados em preocupações surgidas a partir da prática profissional; muitos buscavam um possível efeito *buffering* relacionado a situações específicas, como a recuperação de pacientes recém operados, adolescentes grávidas e portadores de doenças crônicas. Em meados da década de noventa, os estudos passaram a demonstrar maior preocupação com as implicações da falta de apoio social na qualidade de vida do indivíduo e aos aspectos comportamentais, analisando o efeito direto do apoio, ainda que em populações expostas a situações de estresse, como por exemplo lidar com uma doença crônica ou durante a gravidez (SILVERIO; DANTAS; CARVALHO, 2009, PEDRO et al, 2008, BOCCHI;

ANGELO, 2008, DIAS et al, 2007, WESTDAHL et al, 2007, GRIEP et al, 2005, ZANNON; TROCCOL, 2005, KAVANAUGH; TRIER; KORZEC, 2004, KRISTOFFERSON; LÖFMARK; CARLSSON, 2003, BOHACHICK et al, 2002, PENNINX et al, 1999, STEWART, 1989).

Pesquisas específicas da área têm se dedicado ao uso de diversos instrumentos de mensuração. Com diferenças metodológicas, os estudos utilizam-se de diferentes constructos para avaliar o apoio social. Dentre os instrumentos mais utilizados entre os pesquisadores de enfermagem estão o Social Support Scale, o Social Support Questionnaire, o Perceived Social Support Questionnaire e o MOS Social Support Survey (MATTOS, 2009, SILVERIO; DANTAS; CARVALHO, 2009, PEDRO et al, 2008, FACHADO et al, 2007, MORAIS; DANTAS, 2007). Reconhecer as necessidades de apoio é importante para que se possa planejar o cuidado, a fim de direcionar possíveis áreas de intervenção de enfermagem.

Pesquisas têm revelado que fatores sócio-demográficos, biológicos e hábitos de vida respondem apenas por 30% dos nascimentos prematuros, mostrando que existem outros fatores que estão envolvidos no complexo causal, dentre os quais os fatores psicossociais (FELDMAN et al, 2000, ORR; MILLER, 1995). No que se refere ao apoio na situação de nascimento e prematuridade, faz-se importante elucidar possíveis interrelações entre variáveis ainda pouco investigadas nos estudos brasileiros, como o apoio social, e as já tradicionalmente conhecidas envolvidas na rede de causalidade deste evento, identificando o momento em que exercem maior impacto sobre a saúde.

Estudos mostram que a falta de apoio pode influenciar o desencadeamento de desfechos como prematuridade e baixo peso, a partir de sua associação com fatores biológicos, psíquicos e neuroendócrinos (referência). Gestantes com maior disponibilidade de apoio teriam comportamentos mais saudáveis com abandono de práticas prejudiciais à saúde, maior adesão ao pré-natal, incluindo o uso de serviços de saúde preventiva que auxiliam na

detecção precoce de problemas relacionados à gestação (CANELLA, 2006, MONTIGNY; LACHARITE; AMYOT, 2006, GRANDI et al, 2003, KRAMER et al, 2001, JIROJWONG; DUNT; GOLDSWORTHY, 1999, WADHWA et al, 1996). Laços sociais satisfatórios parecem diminuir o estresse e favorecer mecanismos de enfrentamento em diferentes condições de saúde, gerando efeitos positivos tanto para quem recebe quanto para quem oferece. Múltiplas formas de apoio oriundas de diferentes fontes da rede de relações da mulher influenciam no crescimento fetal e no peso ao nascer (FELDMAN et al, 2000). O apoio social durante a gestação é benéfico para a mãe e o bebê, especialmente num momento gerador de inseguranças devido às aceleradas transformações pelas quais a mulher passa, gerando demanda maior de assistência à saúde durante todo o processo evolutivo do bebê (RAPOPORT; PICCININI, 2004).

Muito embora a literatura tenha demonstrado o efeito benéfico proporcionado pelo apoio social, estudos adicionais que se atenham a influência dos recursos sociais sobre a saúde são bem-vindos. Ao investigar a associação entre apoio social e prematuridade em uma população específica, o presente estudo propõe-se a contribuir para a compreensão de processos que precisam ser melhor conhecidos e que envolvem o efeito do apoio sobre uma dada condição.

OBJETIVOS

São objetivos do presente estudo:

Geral

- Investigar a associação entre apoio social e prematuridade entre puérperas de baixa renda.

Específicos

- Descrever e analisar o perfil do apoio social recebido pelas puérperas de baixa renda atendidas em uma maternidade pública do Rio de Janeiro.
- Estimar a associação entre as diferentes dimensões do apoio social e a prematuridade.

CAPÍTULO II

APROXIMAÇÃO TEMÁTICA

2 APROXIMAÇÃO TEMÁTICA

Mesmo com avanços importantes da ciência e tecnologia, os índices de prematuridade, morbidade e mortalidade neonatal permanecem elevados e suas complicações estão entre as principais causas de morte no primeiro ano de vida da criança, tal problemática tem motivado muitas pesquisas na área materno-infantil.

Morrem a cada ano no mundo, aproximadamente, 7,1 milhões de crianças no primeiro ano de vida, sendo 50% no período neonatal, dos quais 75% dos óbitos ocorrem na primeira semana de vida (GIGLIO; LAMOUNIER; MORAIS, 2005). Os países em desenvolvimento concentram cerca de 98% dos óbitos neonatais ocorridos no mundo. A prematuridade constitui um problema de saúde pública não apenas pelos elevados índices de morbidade e mortalidade, mas também pelos aspectos relacionados à qualidade de vida dos recém-natos prematuros que sobrevivem (BEZERRA; OLIVEIRA; LATORRE, 2006).

O baixo peso ao nascer e a prematuridade são os principais determinantes diretos ou proximais na ocorrência do óbito neonatal, porque os agravos ocorridos nas primeiras semanas de vida são determinados pelas condições da gestação e do nascimento, ligados à saúde da mãe e aos serviços de saúde (ARAÚJO, 2006).

No Brasil, a prematuridade representou 30% dos óbitos neonatais ocorridos no período de 1990 a 1995 (MAGALHÃES; CARVALHO, 2003). No estudo realizado em Caxias do Sul, a prematuridade contribuiu com 77% na ocorrência do óbito neonatal. No entanto, esses óbitos poderiam ser evitados com intervenções realizadas durante a gestação, o parto e o pós-parto (ARAÚJO; TANAKA; MADI et al, 2005).

Em Pelotas, a prematuridade registrada em um estudo de coorte de 1993 foi de 7,5%, resultado que praticamente dobrou na coorte iniciada em 2004 (15,3%). A prevalência de baixo peso ao nascer manteve-se em torno de 10% nos dois estudos. Em 2004, verificou-se

uma concentração da prematuridade nas idades gestacionais de 35 e 36 semanas, o que explica os resultados encontrados (BARROS; SANTOS; VICTORA et al, 2006).

Em Caxias do Sul, no período de 1994 a 1995, a incidência de prematuridade foi de 9,4% e o risco de óbito entre os recém-nascidos prematuros foi 5 vezes maior que o grupo de recém-nascidos com idade gestacional entre 39 e 41 semanas. O risco de morrer entre o grupo de 37 a 38 semanas ser 60% maior do que o grupo de 39 a 41 semanas, fato que chama atenção em função do grande número de cesariana eletiva entre 37 e 38 semanas de gestação (ARAÚJO; BOZZETTI; TANAKA, 2000).

Estudo realizado na região sul do município de São Paulo, entre 2000 e 2001, verificou um importante efeito das variáveis proximais no desfecho, destacando a prematuridade e o baixo peso ao nascer. Do total de óbitos ocorridos nos primeiros dias de vida, 81,5% pesavam menos que 2500 gramas e 79,5% com idade gestacional inferior a 37 semanas (SCHOEPS; ALMEIDA; ALENCAR et al, 2007).

Os bebês prematuros representam a principal população atendida nas unidades neonatais. Esse grupo inclui crianças com viabilidade remota (prematuros extremos) até aqueles próximos ao termo, apresentando características muito variáveis (GOULART, 2004). A sobrevivência de prematuros extremos aumentou significativamente nos países desenvolvidos a partir do final da década de 1980, devido à disponibilidade de surfactante exógeno, ao aumento da administração de corticosteróides a gestante e utilização de tecnologias avançadas para o cuidado dessas crianças. Em 2000 a sobrevivência para esses recém-nascidos prematuros no Hospital São Paulo da Unifesp foi de 71,5% para aqueles com idade gestacional inferior a 28 semanas, 89% para 28 a 34 semanas e 98% entre os nascidos com 34 a 37 semanas de gestação (GOULART, 2004).

A prematuridade pode ser dividida em três categorias: leve (entre 32 e 36 semanas de gestação), moderada (28 a 31 semanas) e extrema (abaixo de 28 semanas) (MOUTQUIN,

2003). A maior concentração da morbidade perinatal está especialmente nos “pré-termos com idade gestacional inferior a 32 semanas (REZENDE; MONTENEGRO, 2008).

A prematuridade pode ser classificada segundo a sua evolução clínica como eletiva ou espontânea. No parto pré-termo espontâneo, geralmente a etiologia é multifatorial ou de causa desconhecida, sendo responsável por 75% dos casos, dificultando a implementação de estratégias preventivas. Por outro lado na prematuridade eletiva a gestação é interrompida devido a complicações maternas, fetais e também ao número importante de cesarianas (RADES; BITTAR; ZUGAIB, 2004).

A causa básica de óbito representa a doença ou lesão que iniciou a cadeia de acontecimentos patológicos que conduziram diretamente à morte (OMS, 1997). Nos países em desenvolvimento, as causas maternas representam a principal e mais freqüente causa básica, e a principal desencadeante, do óbito neonatal. Já nos países desenvolvidos, as malformações congênitas são consideradas a principal causa do óbito neonatal. O preenchimento correto da causa básica na Declaração de Óbito apresenta peculiaridades, a exemplo da prematuridade, asfixia e insuficiência respiratória, que não são diagnósticos próprios à causa básica, porque a sua ocorrência depende da existência de uma causa anterior, sendo esta a causa básica (PEDROSA; SARINHO; ORDONHA, 2007).

A prematuridade só deve ser considerada causa básica quando for a única afecção diagnosticada. Algumas situações como doença hipertensiva específica da gestação, placenta prévia, deslocamento prematuro da placenta, entre outras, que são consideradas como causas maternas, têm sido relacionadas na literatura como determinantes do nascimento de prematuros, no entanto não são citadas na Declaração de Óbito.

Aumentam as evidências clínicas e laboratoriais de que muitos partos pré-termos resultam da ativação de células no colo, na decídua e nas membranas fetais, em resposta a

mediadores do estresse materno ou fetal, à infecção ascendente do trato genital e hemorragias decíduais (CORRÊA; JÚNIOR, 2005, FONSECA; VAINTRAUB; MACHADO, 2001).

Uma das hipóteses mostra que o parto pré-termo espontâneo está associado à infecção bacteriana intra-uterina (GOLDENERG et al, 2008, SILVA et al, 2009). A invasão bacteriana do espaço coriodesidual, agindo ativa a decídua e as membranas fetais a produzirem numerosas citocinas, incluindo o fator de necrose tumoral interleuciana-1, interleucina-8. Além disso, citocinas, endotoxinas e exotoxinas estimulam a síntese de prostaglandina (PGE_2 E $PGE_{2\alpha}$) e também inciam a quimiotaxia, infiltração e ativação de neutrófilos, culminando na síntese e liberação de metaloproteinases. As protaglandinas estimulam as contrações uterinas, enquanto as metaloproteinases agem na membrana corioamniótica, levando à sua rotura. As metaloproteinases também remodelam o colágeno da cérvix e o amolecem. A infecção crônica, por outro lado, diminui a atividade da prostaglandina que alcança o miométrio. O feto também participa desse mecanismo. Em fetos com infecção, há aumento da produção hipotalâmica e da placentária do hormônio de liberação da corticotrofina (CRH), no que resulta elevação da produção de cortisol pela supra renal fetal. (REZENDE; MONTENEGRO, 2008).

Evidências clínicas e laboratoriais têm sugerido que muitos partos pré-termos são precedidos por alterações em marcadores bioquímicos presentes no organismo das gestantes como: hormônios liberadores da corticotropina no soro e no sangue materno; o estrógeno salivar; a colagenase sérica; as citocinas cervico-vaginais; a elastase granulocítica e a fibronectina fetal (CORRÊA; JÚNIOR, 2005).

FATORES DE RISCO ASSOCIADOS AO PARTO PREMATURO

Vários estudos destacam a multifatorialidade relacionada à prematuridade e à necessidade de redução dos índices de morbi-mortalidade perinatal (BEZERRA; OLIVEIRA; LATORRE, 2006, KILSZTAJN et al, 2003, LUMLEY, 2003).

Na literatura há um consenso sobre os riscos maternos e neonatais entre as gestantes menores de 20 anos e com mais de 35 anos, consideradas gestação de alto risco. Entre as mais jovens, além de fatores biológicos, há também repercussões socioeconômicas e afetivas, tais como interrupção nos estudos, gravidezes repetidas, maior chance de pobreza e separação do companheiro. Já entre as mais velhas, além do envelhecimento ovariano, essas mulheres têm mais chance de terem hipertensão arterial e diabetes mellitus, que são fatores de risco potenciais para a gravidez (AZEVEDO et al, 2002).

Estudo realizado na Maternidade do Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Paraná identificou 13,1% de nascimentos prematuros. As principais causas relacionadas ao parto pré-termo foram os estados hipertensivos da gravidez (25,7%), amniorrexe prematura (18,2%), infecções (7,1%), óbitos fetais (6,4%), sangramentos (4,4%), malformações fetais (3,4%) e causas não identificáveis (28,7%). Das gestantes com história anterior de bebês prematuros, 40% evoluíram para parto pré-termo, enquanto apenas 7% tiveram bebês a termo (TRISTÃO, 1996).

O parto prematuro prévio, a baixa condição socioeconômica, o tabagismo, a infecção do trato urinário e da cérvix uterina são os fatores de maior significância, associados ao trabalho de parto prematuro (TPP) e ao parto prematuro (PP) (HARAM; MORTENSEN; WOLLEN, 2003).

Nos EUA, 20 a 25% das mulheres grávidas são fumantes. A nicotina e o monóxido de carbono substâncias componentes do cigarro são vasoconstritores e interagem em danos

placentários com decréscimo no fluxo sanguíneo uterino. Tais fatores tendem a restringir o crescimento fetal contribuindo com a ocorrência da prematuridade (EBRAHIM et al, 2000; CNATTINGIUS, 2004).

Nos EUA e na Inglaterra, mulheres negras, afro-americanas e afro-caribenhas apresentam um elevado índice de partos prematuros. Os nascimentos prematuros beiram os 16-18% em mulheres negras comparadas com 5-9% em mulheres brancas. As negras são quatro vezes mais propensas ao parto prematuro do que mulheres de outras raças e grupos étnicos (GOLDENBERG et al, 2008).

O risco de recorrência de prematuridade em relação à gestação anterior varia de 15% até mais de 50%, dependendo do número de partos e idade gestacional do parto anterior (MERCER et al, 1999). Estudo realizado por Goldenberg et al (2008) mostrou que mulheres com parto prematuro anterior têm 2 a 5 vezes mais chance de ter bebês pré-termos na próxima gestação. O risco de outro parto prematuro é inversamente proporcional à idade gestacional do parto prematuro anterior. Este mesmo estudo mostrou que apesar deste mecanismo não ser bem conhecido, mulheres com pré-termos espontâneos são mais suscetíveis a terem bebês prematuros subsequentes.

Em estudo realizado por Bezerra, Oliveira e Latorre (2006) encontrou associação estatística significativa inversamente proporcional entre o número de consultas e a ocorrência parto prematuro, ou seja, quanto maior o número de consultas realizado menor é a chance de ocorrência do parto prematuro. Os autores ressaltam a importância da assistência pré-natal na identificação de gestantes com maior risco para prematuridade a fim de prevenir esta complicação. Quanto mais adequada for a assistência pré-natal melhores serão os resultados obtidos sobre a gestação (LEAL; GAMA; CUNHA, 2006).

Fatores de ordem biológica como anemia, asma brônquica, ruptura prematura de membranas e hipertensão apresentaram associação estatística significativa para ocorrência do parto prematuro (MEDINA, 2001).

Apresentaram sobrerisco para o nascimento prematuro no estudo realizado por Araújo e Tanaka (2007) gestantes que não realizaram pré-natal, com idade maior ou igual a 35 anos, aquelas que apresentaram intercorrências na gestação (hipertensão e infecções do trato urinário), e história de filho anterior com baixo peso.

Estudo caso-controle realizado em Santa Catarina encontrou associação do parto prematuro com a variável ausência de companheiro fixo (OR= 7,92), parto prematuro anterior (OR= 11,68), infecção urinária na gestação (OR= 4,12), pielonefrite (OR= 65,71), vaginose na gestação (OR= 21,83), intercorrências na gestação (OR= 28,98), sangramento na gestação (OR= 14,29), e gestação gemelar (OR= 10,85) (SILVA et al, 2009).

APOIO SOCIAL E DESFECHOS RELACIONADOS À SAÚDE

Uma das primeiras teorias surgidas na década de 70 definia o apoio social a partir da percepção que os indivíduos tinham sobre si, acreditando que ele é amado e que as pessoas se preocupam e se interessam pelos seus problemas, pertencendo a uma rede que apresenta relações satisfatórias de apoio com disponibilidades e obrigações entre si (COBB, 1976). Os estudos realizados por Cobb (1976) buscavam entender como o apoio social poderia influenciar na saúde dos indivíduos, levando em consideração que tal recurso poderia tanto aumentar a vulnerabilidade a doenças ou proteger os indivíduos de problemas de saúde devido ao estresse.

Alguns estudos mostram que o apoio social pode ter efeito protetor ou moderador e ainda exercer efeito direto sobre a saúde. O efeito “*buffer*” ou protetor defendido por alguns

pesquisadores refere que indivíduos que possuem maior disponibilidade de apoio social reagiriam positivamente moderando os eventos estressores, tornando-os menos suscetíveis a situações indesejáveis (KESSLER; PRINCE; WORTMAN, 1985). Em relação ao efeito direto, o apoio atuaria diretamente sobre os processos fisio-patológicos melhorando a saúde e impedindo a instalação de doenças (CASTRO; CAMPERO; HERNÁNDEZ, 1997).

Pesquisas afirmam que a rede e o apoio social exercem influência sobre a saúde e constituem recurso importante para o enfrentamento de situações adversas (CASTRO; CAMPERO; HERNÁNDEZ, 1997, PAULA; NASCIMENTO; ROCHA, 2008).

O período gestacional é um momento especial na vida da mulher. As vivências deste período são semelhantes e, nesse contexto, ter pessoas que apóiam e ajudam num momento de mudanças, incertezas e vulnerabilidades como o período da gestação, o apoio social se constitui num fator crucial para sensação de bem estar e para a saúde da gestante (TSUNECHIRO; BONADIO, 1999).

Hodnett e Fredericks (2008) realizaram um estudo de meta-análise, cujo objetivo principal foi avaliar os efeitos dos programas que oferecem apoio social adicional para grávidas com alto risco de parto prematuro e baixo peso. Apoio adicional foi considerado como uma forma de apoio emocional (por exemplo, orientação, confiança e compreensão) mediante consultas domiciliares, consultório e telefone. Este apoio também inclui ajuda material como traslado para consultas médicas, e cuidados com os filhos. Nesta mesma pesquisa, embora tenha considerado que todos os estudos selecionados, os participantes tiveram risco de ter um bebê com baixo peso ao nascer ou prematuro, os critérios de inclusão definiram que os estados de risco foram variáveis. A maioria dos estudos clínicos utilizou uma combinação de fatores sociais e obstétricos. Os estudos clínicos foram conduzidos na Austrália, Reino Unido, França, a América Latina, Holanda, África do Sul e os Estados Unidos. Em geral as descrições do apoio adicional foram consistentes em todos os estudos.

Nesta meta-análise ficou constatado que o apoio social como uma atividade complementar a assistência pré-natal de grávidas com risco para parto prematuro e baixo peso ao nascer, não se associaram a diminuição da ocorrência da prematuridade e nem para baixo peso. Para prematuridade foram realizados 11 ensaios clínicos, com recrutamento de 10.237 mulheres. O apoio dado pelos profissionais de saúde foi integral e intensivo, com ênfase nas dimensões materiais e informativas. Uma das explicações utilizadas, para a falta de efeito do apoio social sobre os resultados do prematuro ou baixo peso ao nascer, é a dificuldade para identificar as mulheres com risco elevado para o nascimento prematuro ou bebês com baixo peso ao nascer. Nesses ensaios foram incluídas muitas mulheres que realmente não tinham qualquer aumento de risco para os desfechos estudados.

Alguns estudos mostram a associação entre apoio social e comportamentos de saúde positiva e práticas de saúde preventiva (WAGLE; KOMORITA, 1997, MARSDEN; DONNELLY, 1996).

Ficher, Liao e Mosca (2008) verificaram que maior apoio social foi positivamente associado com tempo de atividade física por semana. Em uma análise de mediação, a relação entre suporte social emocional e lipoproteína de alta densidade foi significativamente atenuada por dias de atividade física e o número de doses de vinho por semana ($p = 0,02$ e $0,007$). Portanto, nesse estudo foi constatado que percepção do apoio social contribuiu para o aumento da atividade física e ingestão de vinho mostrando o efeito protetor do apoio social funcionando como mediador na redução da doença cardiovascular. Estudo realizado por Moraes e Dantas (2007) revelou que indivíduos com apoio social insatisfatório ou inadequado poderão ser incapazes de adquirir hábitos de vida saudável.

Gvaz et al (2007), em estudo realizado com pacientes portadores de DM2 (diabetes melitos tipo 2), constataram que o apoio social aumenta a qualidade de vida, permitindo a determinação de metas e estratégias individualizadas no controle da doença.

Pesquisa realizada nos Estados Unidos sobre apoio social e prática de saúde positiva com 152 mulheres grávidas, utilizando duas variáveis mediacionais (estado de saúde percebido e otimismo), verificou que o apoio social encontra-se relacionado com as práticas de saúde positiva, ou seja, mulheres grávidas quando apoiadas se sentem mais motivadas a cuidarem de sua saúde (CANELLA, 2006). Para Longsdon e Koniak-Griffin (2005), o apoio social desempenha papel importante na redução do stress no pós-parto em adolescentes. Estudo realizado por Hung (2004) recrutou 861 mulheres no período pós-parto e identificou que a melhora do apoio social diminui o estresse e a depressão pós-parto, atuando indiretamente sobre a saúde das mulheres.

Jirojwong, Dunt e Goldsworthy (1999) investigaram o impacto do nível de apoio social em mulheres tailandesas e o seu comparecimento às consultas para cuidados pré-natais. Nesse estudo cento e setenta mulheres foram entrevistadas no pós-parto em suas casas. Cônjuges, parentes e amigos foram importantes fontes dos quatro tipos de apoio: informação, emocional e instrumental. Aproximadamente 76% das mulheres estudadas tinham apoio, 47% das mulheres tinham quatro ou mais visitas de pré-natal como recomendado pelo governo tailandês. De acordo com esse estudo, a família tailandesa, por ser ampla, gera muitos apoiadores e, portanto ocorreu pouca variação nos níveis de apoio. Concluiu-se que o apoio social não é um determinante importante para os cuidados pré-natais.

Jussani, Serafim e Marcon (2007) realizaram um estudo de natureza qualitativa, com dezesseis mulheres durante a gravidez e constataram que apenas uma mulher não recorreu à rede de apoio durante a gestação. As outras quinze mulheres recorreram a sua rede de apoio conforme as necessidades apresentadas por elas. Esse estudo concluiu que o apoio social foi fundamental para o bom desenvolvimento da gravidez.

Foi realizado um levantamento bibliográfico de estudos publicados em bases de dados eletrônicas a respeito dos temas prematuridade e apoio social (Quadro 1 e 2)

Quadro 1 : Estudos sobre apoio social e rede social

| ANO | AUTOR(ES) | TITULO | OBJETIVOS DO ESTUDO | MATERIAL E MÉTODOS | RESULTADOS E DISCUSÃO | CONCLUSÃO DO ESTUDO |
|------|---------------|--|---|---|---|--|
| 1979 | Sidney Cobb | SOCIAL SUPPORT AS A MODERATOR OF LIFE STRESS | Revisar evidências da influência do apoio social na saúde do indivíduo. | Realizou-se a busca de referências bibliográficas em bases diversas | O apoio social é definido como informações que levem um indivíduo a acreditar que é amado, estimado e querido. Há evidência de que interações de suporte entre pessoas são fatores de proteção contra as conseqüências do estresse de vida são revistas. | O apoio social parece ser capaz de oferecer proteção a pessoas em crise contra uma variedade de problemas na vida do insivíduo |
| 1985 | Sheldon Cohen | STRESS, SOCIAL SUPPORT, AND THE BUFFERING HYPOTHESIS | Determinar se a associação entre o bem-estar e o apoio social pode ser atribuída a um efeito geral do apoio ou se o processo de apoio pode proteger indivíduos contra possíveis efeitos adversos do estresse (buffering model). | Realizou-se a busca de referências bibliográficas em bases diversas | Evidencia do efeito buffering é encontrado quando a mensuração aborda a percepção de recursos interpessoais disponíveis que respondem a necessidades erguidas por eventos estressantes. O efeito geral pode ser observado quando a mensuração do apoio aborda o grau de integração do indivíduo em uma rede social maior. | Ambos os conceitos são corretos em alguns aspectos, mas cada um representa um processo diferente – pelo qual o apoio social pode afetar o bem-estar. |

| ANO | AUTOR(ES) | TITULO | OBJETIVOS DO ESTUDO | MATERIAL E METODOS | RESULTADOS E DISCUSSÃO | CONCLUSÃO DO ESTUDO |
|------|---|--|---|--|---|---|
| 1999 | Maria Alice Tsunechiro Isabel Cristina Bonadio | A FAMÍLIA NA REDE DE APOIO A GESTANTE | Estudar a família e seus membros na rede de apoio e gestantes. | Estudo descritivo realizado em instituição filantrópica na cidade de São Paulo. Os sujeitos da pesquisa foram 30 gestantes.. Para entrevista utilizou-se um formulário estruturado com perguntas abertas e fechadas, realizadas após a consulta pré-natal. | Cerca de 83,3% das gestantes tinham convívio parental, sendo 63,3% com o marido ou companheiro, enquanto que 16,7% viviam fora do contexto familiar. Como provedores de apoio, foram reconhecidos pela gestante como provedores de apoio: o companheiro, parentes consanguíneos e todas as pessoas não pertencentes ao contexto familiar. | Os membros da família ocupam espaço importante na rede de apoio da maioria das gestantes. |
| 2000 | Maria Auxiliadora Dessen Marcela Pereira Braz | REDE SOCIAL DE APOIO DURANTE TRANSIÇÕES FAMILIARES DECORRENTES DO NASCIMENTO DE FILHOS | (a) investigar as transformações ocorridas na rede social de apoio de famílias brasileiras em períodos de transição familiar decorrentes do nascimento de filhos; (b) a participação do pai nesse contexto e (c) a participação e influência dos avós na vida familiar. | Participaram do estudo 15 mães e 15 pais de famílias de classe social menos favorecida, residentes no Distrito Federal. Os sujeitos da pesquisa participaram de uma entrevista semi-estruturada e responderam um questionário. | Para as mães, como nascimento do filho houve um aumento do apoio psicológico recebido; e para os pais, a principal alteração na rede foi o aumento da ajuda financeira e material. | Para compreender as alterações na rede social de apoio no momento de transições decorrentes do nascimento de filhos, é necessário conhecer as relações entre os subsistemas familiares e o contexto social no qual as famílias estão inseridas. |

| ANO | AUTOR(ES) | TITULO | OBJETIVOS DO ESTUDO | MATERIAL E MÉTODOS | RESULTADOS E DISCUSÃO | CONCLUSÃO DO ESTUDO |
|------|---|---|---|--|--|--|
| 2001 | Dora Chor Rosane Harter Griep Claudia S. Lopes Eduardo Faerstein | MEDIDAS DE REDE E APOIO SOCIAL NO ESTUDO PRÓ-SAÚDE: PRÉ-TESTES E ESTUDO PILOTO. | Descrever a metodologia de seleção de perguntas sobre rede e apoio social, incluídas em um estudo de coorte | Foram relatadas as etapas iniciais percorridas pelos pesquisadores do Estudo Pró-Saúde, entre setembro de 1998 e junho de 1999, para incluir questões relativas à rede e apoio social em um questionário multidimensional acerca de aspectos da saúde física e mental dos funcionários técnico-administrativos de uma universidade pública, no Rio de Janeiro. O questionário do Medical Outcomes Study foi traduzido para o português e as perguntas foram avaliadas em cinco etapas de pré-testes e estudo piloto. | Nenhuma pergunta apresentou proporção de não-resposta acima de 5%. Os coeficientes de correlação de Pearson entre os itens foram distantes de zero e da unidade; a correlação entre cada item e o escore de sua dimensão foi superior a 0,80 em quase todos os casos. Finalmente, os coeficientes Alpha de Cronbach foram superiores a 0,70 em todas as dimensões. | Os resultados sugerem que aspectos de rede e apoio social são satisfatórios, permitindo a investigação de sua associação com desenlaces relacionados a saúde em um grupo populacional no Brasil. |
| 2003 | Rosane Harter Griep Dora Chor Eduardo Faerstein Claudia S. Lopes | APOIO SOCIAL: CONFIABILIDADE TESTE-RETESTE DE ESCALA NO ESTUDO PRÓ-SAÚDE. | Descrever a confiabilidade teste-reteste abrangendo as cinco dimensões de apoio social: material, emocional, informação, afetivo e interação social positiva. | Utilizou-se uma amostra de 192 funcionários de uma universidade do Rio de Janeiro que preencheram o mesmo questionário em duas etapas, com intervalo de 15 dias. Para medir estabilidade, foram utilizados o coeficiente de correlação intraclassa (CCIC), a estatística kappa ponderado e modelos log-lineares. | As dimensões de apoio social apresentaram consistência interna variando entre 0,75 e 0,91 no teste e entre 0,86 e 0,93 no reteste. O CCIC variou entre 0,78 e 0,87 nas cinco dimensões da escala, e não tiveram diferenças importantes para sexo, idade ou nível de escolaridade. | A confiabilidade do instrumento foi considerada adequada, possibilitando sua utilização em estudos de associação entre apoio social e desfechos relacionados à saúde. |

| ANO | AUTOR(ES) | TITULO | OBJETIVOS DO ESTUDO | MATERIAL E MÉTODOS | RESULTADOS E DISCUSÃO | CONCLUSÃO DO ESTUDO |
|------|--|---|--|--|--|---|
| 2005 | Katia Silveira da Silva Evandro Silva Freire Coutinho | ESCALA DE APOIO SOCIAL APLICADA A UMA POPULAÇÃO DE GESTANTES: CONFIABILIDADE TESTE-RETESTE E ESTRUTURA DE CONCORDÂNCIA DOS ITENS. | Avaliar a confiabilidade e estrutura de concordância da escala de apoio social. | A população foi composta de 65 mulheres internadas durante a gestação ou parto no ano de 2003 em uma maternidade pública do Rio de Janeiro. Utilizada a escala do Medical Outcomes Study. A confiabilidade teste-reteste foi investigada por intermédio CCIC e do kappa ponderado. | A versão da escala de apoio social mostrou, um índice alto de confiabilidade quando aplicada por intermédio de entrevista a uma população de gestantes O CCIC para o escore total foi de 0,90 (IC95%0,84-0,94). | Neste estudo a confiabilidade da escala ao medir o apoio social principal exposição, no estudo sobre pré- eclampsia entre gestantes de baixa renda. |
| 2005 | Rosane Harter Griep Dora Chor Eduardo Faerstein Guilherme L. Werneck Cláudia S. Lopes | VALIDADE DE CONSTRUCTO DE ESCALA DE APOIO SOCIAL DO MEDICAL OUTCOMES STUDY ADAPTADA PARA O PORTUGUÊS NO ESTUDO PRÓ-SAÚDE. | Verificar a validade do constructo da escala de apoio social utilizada em um estudo com trabalhadores de uma universidade no Rio de Janeiro. | A coleta de dados foi feita através de um questionário multidimensional e autopreenchível aplicado a 4.030 funcionários técnico-administrativos no ambiente de trabalho . A versão original da escala foi avaliada por meio de análise fatorial. | Foram discriminadas três dimensões do apoio: afetivo/interação social positiva; apoio emocional/informação; e apoio material. Tiveram maior percepção do apoio os indivíduos menos solitários, com melhor estado de saúde auto-referido. | O instrumento apresentou validade de constructo, indicando-se sua utilização em outros estudos em populações similares. |

| AN O | AUTOR(ES) | TITULO | OBJETIVOS DO ESTUDO | MATERIAL E MÉTODOS | RESULTADOS E DISCUSÃO | CONCLUSÃO DO ESTUDO |
|---------|---|--|---|--|--|---|
| 005 | José Leonel Gonçalves Pinto Adriana Carla de Oliveira Garcia Silvia Cristina Mangini Bocchi Maria Antonieta B. L. Carvalhaes | CARACTERÍSTICAS DO APOIO SOCIAL OFERECIDO A IDOSOS DE ÁREA RURAL ASSISTIDA PELO PSF. | Descrever as características do apoio social e identificar associações entre as variáveis sociodemográficas e categorias de suporte social. | Estudo transversal, realizado com 58 idosos da população rural do Bairro dos Aleixos, no município de Taquariuba, São Paulo. Para medir o apoio social, utilizou-se da escala Medical Outcomes Study (MOS), traduzida e adaptada para o português. | O perfil dos idosos com apoio social inadequado foram mulheres, analfabetos, viúvos/solteiros, idosos com rendimento entre um e dois salários mínimos e idosos vivendo com menor número de pessoas. Foram encontrados escores de apoio médios elevados, indicando situação satisfatória entre os idosos da pesquisa. | O escore de interação social positiva apresentou menor média, mostrando que a maior dificuldade dos idosos da pesquisa é participar das atividades sociais. |
| 2006 | Elane Mara Fleury Sedl Bartholomeu T. Tróccol | DESENVOLVIMENTO DE ESCALA PARA AVALIAÇÃO DO SUPORTE SOCIAL EM HIV/AIDS | Investigar a estrutura fatorial e as propriedades psicométricas de uma escala especialmente desenvolvida para o estudo do suporte social em pessoas soropositivas para o HIV. | A amostra foi composta de 241 pacientes com sorologia positiva para o HIV. Foi utilizada a Escala de Suporte Social para Pessoas Vivendo com HIV/AIDS, traduzida para o português. | A análise fatorial exploratória, indicou a existência de dois fatores: suporte social emocional e suporte social instrumental. A estrutura fatorial encontrada foi satisfatória para avaliar as principais dimensões do suporte social em pessoas HIV+. | A escala utilizada no estudo, permitiu avaliar disponibilidade e satisfação nas dimensões do suporte emocional e instrumental. |
| 2007 | Nádia Cristina Jussani Deise Serafim Sonia Silva Marcon | REDE SOCIAL DURANTE A ESPANSAO DA FAMÍLIA | - Identificar a rede de suporte de famílias em processo de expansão no município de Atalaia (PR); - Relacionar as ações que são desempenhadas pela rede de suporte; | Estudo de natureza qualitativa. A população estudada foi dezesseis (16) mães residentes em Atalaia - Paraná, identificadas por meio de consulta ao SINASC. | Os resultados revelaram que as redes são procuradas conforme o tipo de problema vivenciado, seja por dificuldade econômica, aceitação da gravidez, necessidades de informação, ajuda no afazeres domésticos entre outros. | O suporte ou apoio foi considerado fundamental pois favorece o bem estar físico e emocional no desenvolvimento da gestação, interferindo positivamente em suas vidas. |

| ANO | AUTOR(ES) | TITULO | OBJETIVOS DO ESTUDO | MATERIAL E MÉTODOS | RESULTADOS E DISCUSÃO | CONCLUSÃO DO ESTUDO |
|------|---|---|--|--|---|---|
| 2007 | Rosana Aparecida Spadoti Dantas Viviane Martinelli Pelegrino Livia Maria Garbin | AVALIAÇÃO DO APOIO SOCIAL E SUA RELAÇÃO COM VARIÁVEIS SOCIODEMOGRÁFICAS DE PACIENTES COM INSUFICIÊNCIA CARDÍACA EM SEGUIMENTO | - Medir o apoio social a pacientes com insuficiência cardíaca em seguimento ambulatorial - Verificar as relações existentes entre o apoio social e as variáveis sócio-demográficas. | Trata-se de um estudo não-experimental, descritivo, do tipo corte transversal. A população do estudo constou de pacientes com IC, de ambos os sexos, em acompanhamento ambulatorial. A coleta de dados se fez através de entrevista estruturada individual; consulta aos respectivos prontuários e um instrumento de medida para avaliar o apoio social. | O apoio social dos participantes foi elevado tanto para o apoio emocional quanto para o instrumental. Isto ocorre porque a família adota uma conduta de preservar os doentes de contrariedade, aborrecimentos e outras emoções. | Conclui-se que o apoio social tem sido um fator que facilita o enfrentamento da doença e recuperação do paciente cardíaco.. |
| 2007 | Talita Poliana Roveroni Moraes Rosana Aparecida Spadoti Dantas | AVALIAÇÃO DO SUPORTE SOCIAL ENTRE PACIENTES CARDÍACOS CIRÚRGICOS: SUBSÍDIO PARA O PLANEJAMENTO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM | Medir o suporte social de indivíduos internados para tratamento cirúrgico de cardiopatias e verificar as relações existentes entre suporte social e variáveis sociodemográficas. | Estudo descritivo de corte transversal. População composta por indivíduos de ambos os sexos. A coleta de dados foi feita através de entrevista e busca em prontuário. Para avaliação do apoio utilizou-se a versão adaptada para o português da escala Social Support Inventory for People who are HIV Positive or Have AIDS. | O suporte social dos participantes foi maior tanto para apoio emocional quanto para instrumental, indicando elevada satisfação e disponibilidade quanto aos suportes recebidos. | A presença de elevado suporte social foi associado ao baixo nível de stress e depressão, após cirurgia cardíaca, sendo considerado fator facilitador do enfrentamento da doença e recuperação da saúde. |

| ANO | AUTOR(ES) | TITULO | OBJETIVOS DO ESTUDO | MATERIAL E MÉTODOS | RESULTADOS E DISCUSSÃO | CONCLUSÃO DO ESTUDO |
|------|--|--|---|---|---|--|
| 2007 | Jaqueline Dias Lucila Castanheira Nascimento Iranilde José Messias Mendes Semiramis Melani Melo Rocha | PROMOÇÃO DE SAÚDE DAS FAMÍLIAS DE DOCENTES DE ENFERMAGEM: APOIO, REDE SOCIAL E PAPÉIS NA FAMÍLIA | Identificar apoios sociais, redes e papéis em famílias de docentes de enfermagem, utilizando a fundamentação teórica sobre promoção da saúde em enfermagem familiar | Foram selecionados como sujeitos deste estudo três famílias de enfermeiras docentes do curso de enfermagem que possuíam estruturas familiares distintas. Os dados deste estudo foram: o conteúdo das entrevistas, as observações anotadas, o genograma e o ecomapa. Foi utilizado método de análise do conteúdo temático. | Nas três famílias estudadas os membros da família constituem a principal fonte de apoio e identificam como as principais redes como sendo a própria família, o trabalho, a igreja, a escola e centros de lazer. | A identificação das fontes de apoio, permitiu aos familiares encontrarem meios de enfrentamento para lidar com os fatores estressantes e de atuarem na promoção da saúde. |
| 2008 | Hodnett ED Fredericks S | SUPPORT DURING PREGNANCY FOR WOMEN AT INCREASED RISK OF LOW BIRTHWEIGHT BABIES | Avaliar os efeitos dos programas que oferecem suporte social adicional para gestantes com risco de ter bebês prematuros ou com baixo peso ao nascer. | Realizada busca por ensaios clínicos randomizados que compararam o apoio adicional durante gestação de risco. Foram incluídos 16 estudos com 13651 mulheres. | Os estudos tinham qualidade boa ou excelente, embora três tenham usado um método de alocação com possibilidade de viés. Os programas que ofereceram suporte social adicional às gestantes de risco não se associaram a melhora em nenhum dos desfechos perinatais. Os estudos isolados mostraram alguma melhora nos desfechos psicossociais maternos imediatos. | Os programas que oferecem suporte adicional durante a gestação não tendem a prevenir parto prematuro ou nascimento de bebê com baixo peso ao nascer. Entretanto, eles podem ajudar a reduzir a probabilidade de parto cesárea. |

| ANO | AUTOR(ES) | TITULO | OBJETIVOS DO ESTUDO | MATERIAL E MÉTODOS | RESULTADOS E DISCUSÃO | CONCLUSÃO DO ESTUDO |
|------|---|--|---|--|--|---|
| 2008 | Angelita dos Santos Simione Teresinha Consalter Geib | A PERCEPÇÃO MATERNA QUANTO AO APOIO SOCIAL RECEBIDO NO CUIDADO ÀS CRIANÇAS PREMATURAS NO DOMICÍLIO | Conhecer a percepção das mães de crianças nascidas prematuras acerca do apoio social recebido no domicílio para o cuidado do recém-nascido. | Estudo de abordagem qualitativa. A população do estudo abrangeu mães que tiveram filhos nascidos com menos de 37 semanas no período de maio a junho de 200. A coleta de dados foi feita por meio de entrevista individual semi-estruturada, genograma e ecomapa e incluiu 12 mães de prematuros, maiores de 20 anos, da área de cobertura das Unidades de Saúde da Família de Passo Fundo-RS.. | As mães de recém-nascidos prematuros, em sua maioria, percebem o apoio social advindo predominantemente de seu núcleo familiar. A análise evidenciou as avós como construtoras e mantenedoras do ninho social; desalento do abandono e base segura; e a inclusão social promovida pelos amigos. O apoio social não suprido centrou-se no cuidado à criança e nas atividades domésticas. | A percepção das mães revela um apoio predominantemente intra-familiar, cuja expansão permitiria configurar uma rede social mais efetiva para fortalecimento do cuidado materno. |
| 2008 | Iara Cristina da Silva Pedro Cristina Maria Galvão Semiramis Melani Melo Rocha Lucila Castanheira Nascimento | APOIO SOCIAL E FAMÍLIAS DE CRIANÇAS COM CÂNCER: REVISÃO INTEGRATIVA | O objetivo do estudo foi buscar evidências disponíveis na literatura que abordem o apoio social aos membros de famílias de crianças com câncer. | Realizou-se revisão integrativa e busca dos artigos na bases de dados PubMed, Web of Science, CINAHL, PsycINFO, e LILACS. | Selecionados 15 artigos que contemplavam a pergunta norteadora do trabalho e os critérios de inclusão pré-estabelecidos. Os dados indicaram falta de consenso entre os pesquisadores em relação ao uso do termo apoio social e a necessidade de maior rigor metodológico na realização dos estudos. Reconhecer as necessidades de apoio é importante para se planejar o cuidado de enfermagem e direcionar o desenvolvimento de pesquisas, cujos resultados possam ser desenvolvidos na prática. | Pesquisas devem ser direcionadas a fim de compreender o enfrentamento das famílias que vivenciam a criança com câncer. |

| ANO | AUTOR(ES) | TITULO | OBJETIVOS DO ESTUDO | MATERIAL E MÉTODOS | RESULTADOS E DISCUSÃO | CONCLUSÃO DO ESTUDO |
|------|--|---|--|--|--|--|
| 2008 | Érica Simpionato de Paula Lucila Castanheira Nascimento Semiramis Melani Melo Rocha | A INFLUÊNCIA DO APOIO SOCIAL PARA O FORTALECIMENTO DE FAMÍLIAS COM CRIANÇAS COM INSUFICIÊNCIA RENAL CRÔNICA | Enfatizar a identificação de apoios e de redes sociais para fortalecer intervenções que objetivam a promoção da saúde, no contexto das desigualdades entre os países desenvolvidos e em desenvolvimento. | Trata-se de um estudo qualitativo. A coleta de dados se deu por meio de entrevistas, foram construídos genogramas e ecomapas. | O apoio esteve relacionado à facilidade das famílias em fazer contato com os recursos disponíveis. A identificação e a caracterização dos apoios e redes sociais permitiram às enfermeiras e as famílias melhorar sua utilização e fortalecer mecanismos de enfrentamento do problema. | Em virtude de famílias viverem em precárias condições econômicas, elas necessitam de programas adequados de apoio, para que possam conduzir seus descendentes a um potencial máximo. |
| 2008 | Iara Cristina da Silva Pedro Semiramis Melani Melo Rocha Lucila Castanheira Nascimento | APOIO E REDE SOCIAL EM ENFERMAGEM FAMILIAR: REVENDO CONCEITOS | Refletir sobre os principais conceitos de rede e apoio social, relacionando-os à Enfermagem Familiar para sua aplicação na pesquisa e na prática de enfermagem. | Realizou-se revisão bibliográfica a respeito dos conceitos e definições do apoio na perspectiva da enfermagem familiar. | Foram encontradas definições de rede e apoio social, tanto em estudo qualitativo quanto em estudos quantitativos. São conceitos diferentes porém interligados. A enfermagem familiar tem por finalidade cuidar da família em seus aspectos físicos, emocionais, culturais, psíquicos e sociais. Entretanto o pesquisador, ao utilizar a enfermagem familiar deve selecionar na literatura, os conceitos de rede e apoio social que garantam os aspectos relevantes para os objetivos a serem atingidos | O pesquisador, ao utilizar a Enfermagem Familiar, deve selecionar, na literatura, os conceitos de rede e de apoio social mais relevantes para se atingirem os objetivos propostos. |
| 2009 | Grace Andreani Zaira Aparecida O. Custódio Maria Aparecida Crepaldi | TECENDO AS REDES DE APOIO NA PREMATURIDADE | Fornecer um panorama sobre o nascimento prematuro e suas repercussões no âmbito familiar. | Realizou-se pesquisa bibliográfica que contemplou questões referentes ao apoio social, nascimento prematuro e as suas repercussões na família. | Dentre as bases de dados pesquisadas (SciELO, Lilacs e Medline), constatou-se que os trabalhos se reportam ao envolvimento de pais na atenção a seus filhos prematuros e os efeitos no desenvolvimento infantil. A família geralmente não dispõe de recursos pessoais para lidar com situações estressoras como a prematuridade. | É possível encontrar nas redes sociais múltiplas funções que visam reduzir os impactos produzidos pelo nascimento prematuro. |

QUADRO 2: Estudos sobre fatores de risco associados a prematuridade

| ANO | AUTOR(ES) | TITULO | OBJETIVOS DO ESTUDO | MATERIAL E MÉTODOS | RESULTADOS E DISCUSÃO | CONCLUSÃO DO ESTUDO |
|------|---|---|--|---|--|--|
| 1998 | Eleonora D'orsi Marília Sá Carvalho | PERFIL DE NASCIMENTOS NO MUNICÍPIO DO RIO DE JANEIRO: UMA ANÁLISE ESPACIAL. | Detectar a existência de padrão espacialmente condicionado das variáveis selecionadas. | Utilizados os dados do Sinasc para 1994, geocodificados com o auxílio do campo referente ao bairro de residência da mãe, presente na Declaração de Nascidos Vivos. | As proporções de nascidos vivos com Apgar entre oito e dez, de cesáreas, de mães com escolaridade acima de segundo grau e de mães adolescentes apresentaram padrão espacial visualmente identificável e autocorrelação espacial significativa. O baixo peso apresentou padrão espacial aleatório, demonstrando que, nesta escala de análise, este indicador não discrimina grupos de risco, apesar do seu inquestionável valor preditivo para morbimortalidade infantil em nível individual. | A metodologia permitiu aprofundar o conhecimento sobre o perfil de nascimentos no Município, dando condições para o direcionamento de ações voltadas para áreas específicas. |
| 1998 | Edson Nunes de Morais Taciana L. Alflen Patricia Spara Patrícia El Beitune | MOMENTO E FREQUÊNCIA DAS VISITAS DE PRÉ-NATAL: REPERCUSSÕES SOBRE OS NASCIMENTOS PRÉ-TERMO. | Determinar a eficácia da assistência pré-natal, com respeito às visitas, sobre a idade gestacional e peso fetal ao nascimento. | Avaliou-se prospectivamente o efeito da assistência pré-natal sobre um grupo de 648 recém-nascidos de gestações com idade entre 28 e 40 semanas. Empregou-se o teste do qui quadrado observando-se um nível de significância de 1%. | Quando a primeira visita pré-natal foi realizada antes da 12ª semana de gestação, somente 5,1% dos neonatos nasceram antes da 37ª semana de idade gestacional ou tiveram peso ao nascimento < 2.500 g. Entretanto, quando a primeira visita foi realizada após a 28ª semana, a porcentagem de nascimentos pré-termo foi de 41,3% e o peso fetal inferior a 2.500 g, de 43,5%. | O aumento do número de visitas pré-natais e a assistência no início da gravidez auxiliam na redução do nascimento pré-termo e de fetos de baixo peso. |

| ANO | AUTOR(ES) | TITULO | OBJETIVOS DO ESTUDO | MATERIAL E MÉTODOS | RESULTADOS E DISCUSÃO | CONCLUSÃO DO ESTUDO |
|------|--|--|---|---|---|---|
| 1999 | Eduardo Sérgio Borges da Fonseca Roberto Eduardo Bittar Marcelo Zugaib | PREVENÇÃO DO NASCIMENTO PREMATURO: IMPORTÂNCIA DA MONITORIZAÇÃO DAS CONTRAÇÕES UTERINAS. | Avaliar a relação entre alterações das contrações uterinas e parto prematuro. | Foram submetidas à monitorização externa das contrações uterinas 73 gestantes com risco para o parto prematuro, da 24 à 34 semana de gestação, duas vezes por semana, durante 60 minutos. Comparou-se o grupo cujo nascimento foi prematuro com o que evoluiu para o parto a termo, pelo teste de X ² e teste de Fisher. | A incidência de partos prematuros espontâneos foi de 23,21%. A frequência média das contrações uterinas foi significativamente maior no grupo que evoluiu para o parto prematuro. | Neste estudo o teste positivo, indicou risco para o nascimento prematuro. |
| 2003 | Samuel Kilsztajn Anacláudia Rossbach Manuela Santos Nunes do Carmo Gustavo Toshiaki Lopes Sugahara | ASSISTÊNCIA PRÉ-NATAL, BAIXO PESO E PREMATURIDADE NO ESTADO DE SÃO PAULO, 2000. | Mostrar a importância dos dados da evolução histórica da taxa de mortalidade infantil e neonatal por peso ao nascer e duração da gestação e analisar o papel do número de consultas pré-natais entre outros fatores de risco. | Com base nos dados de estatísticas vitais da Fundação Seade, foram analisadas quatro variáveis (idade, estado civil, escolaridade da mãe e ordem de nascimento do filho), desdobradas em duas categorias, de acordo com o risco relativo de prevalência de baixo peso e/ou pré-termo. | Com o aumento do número de consultas pré-natais em todos os dezesseis grupos houve redução da prevalência de baixo peso e/ou pré-termo; e a diferença da prevalência de baixo peso e/ou pré-termo entre os dezesseis grupos analisados decresceu de 14% para 4% com o aumento do número de consultas de 0 a 3 para 7 ou mais. | O aumento do número de consultas pré-natais e a melhora do acesso para as categorias consideradas de risco permitiriam reduzir a prevalência de algumas intercorrências gestacionais. |
| 2003 | Alessandra Maria Mont'Alverne Pierre Germana Zélia Gomes Bastos Régis Oquendo Carlos Augusto Alencar Júnior | REPERCUSSÕES MATERNAS E PERINATAIS DA RUPTURA PREMATURA DAS MEMBRANAS ATÉ A 26ª SEMANA GESTACIONAL | Avaliar o prognóstico materno e perinatal em casos com amniorrexe prematuro ocorridas até a 26ª semana de gravidez. | Foi realizada uma análise retrospectiva dos casos de ruptura prematura das membranas ocorridas até a 26ª semana gestacional. Todas as grávidas foram submetidas a exame ultrassonográfico para determinação da idade gestacional e índice de líquido amniótico. | A ruptura ocorreu entre a 17 e a 26 semana, com média de 23,6 semanas. Houve sinais de infecção antes do parto em seis casos. Ocorreram três óbitos fetais e 25 neonatais. Não ocorreram óbitos maternos. | Na instituição onde foi realizada a pesquisa foi constatado que a amniorrexe prematuro até a 26ª semana, apresentou prognóstico ruim, com mortalidade perinatal de 96,6%. |

| ANO | AUTOR(ES) | TITULO | OBJETIVOS DO ESTUDO | MATERIAL E MÉTODOS | RESULTADOS E DISCUSÃO | CONCLUSÃO DO ESTUDO |
|------|--|---|--|---|---|--|
| 2004 | Érica Rades Roberto Eduardo Bittar Marcelo Zugaib | DETERMINANTES DIRETOS DO PARTO PREMATURO ELETIVO E OS RESULTADOS NEONATAIS. | Caracterizar gestantes submetidas ao parto prematuro eletivo e relacionar diagnósticos clínicos e obstétricos com os resultados neonatais. | Coletados dados de 100 gestantes Para avaliar os resultados neonatais, considerou-se: acidose, Apgar no 1º e no 5º minuto (menor que 7), hemorragia intracraniana, mortalidade neonatal, sepse neonatal e síndrome do desconforto respiratório. A análise estatística utilizada foi realizada por modelos log-lineares. | As causas diretas mais comuns do parto foram: sofrimento fetal anteparto (49,5%), síndromes hipertensivas (21,2%), restrição do crescimento fetal (13,1%) e outras causas (16,2%). Entre as complicações neonatais, destacaram-se: asfixia (33,3%), acidose (30,4%), síndrome do desconforto respiratório (26,3%), sepse (22,2%), hemorragia intracraniana (21,2%) e morte neonatal (13,1%). | A causa do parto influencia os resultados neonatais. Entretanto, as complicações mais graves dependeram diretamente da idade gestacional no parto. A interrupção da gestação deve ser criteriosa para que as complicações neonatais possam ser evitadas. |
| 2004 | Vânia Maria de Farias Aragão Antônio Augusto Moura da Silva Lívia Farias de Aragão Marco Antônio Barbieri Heloísa Bettiol Liberata Campos Coimbra Valdinar Sousa Ribeiro | FATORES DE RISCO PARA PREMATURIDADE EM SÃO LUÍS, MARANHÃO, BRASIL. | Identificar fatores de risco para o parto prematuro em São Luís, Maranhão, Brasil. | Foram selecionados 2.443 nascidos vivos de forma aleatória, sendo excluídos os nascimentos de partos múltiplos e os natimortos. | Os fatores de risco para a prematuridade foram: idade materna menor de 18 anos, renda familiar menor ou igual a um salário mínimo, primiparidade, nascer em hospital público e de parto vaginal, viver sem companheiro, e não ter feito pré-natal. Após análise multivariável para controle dos fatores de confundimento, permaneceram associados ao nascimento prematuro :idade materna menor de 18 anos ,primiparidade e o não comparecimento ao pré-natal. | Conclui-se que entre os fatores sociais, renda familiar foi associado com o alto risco para prematuridade. |

| ANO | AUTOR(ES) | TITULO | OBJETIVOS DO ESTUDO | MATERIAL E MÉTODOS | RESULTADOS E DISCUSÃO | CONCLUSÃO DO ESTUDO |
|------|---|--|---|--|--|--|
| 2006 | Lucila Coca Bezerra Sonia M. Junqueira V. de Oliveira Maria do Rosário Dias de Oliveira Latorre | PREVALÊNCIA E FATORES ASSOCIADOS À PREMATURIDADE ENTRE GESTANTES SUBMETIDAS À INIBIÇÃO DE TRABALHO DE PARTO PREMATURO. | Identificar a prevalência de parto prematuro em gestantes submetidas ao tratamento de inibição de trabalho de parto prematuro e analisar os fatores associados. | Estudo transversal, com dados coletados de 163 prontuários de gestantes submetidas a inibição de trabalho de parto prematuro. A variável dependente foi o parto prematuro e as independentes foram: idade, escolaridade, ocupação, paridade, companheiro, tabagismo, infecção urinária prévia, número de consultas pré-natal e intervalo interpatal. | Do total de 163 gestantes com diagnóstico de TPP, verificou-se que 66,3% dos partos ocorreram prematuramente; e em 22,7% dos casos, o parto ocorreu antes de 34 semanas. Houve associação estatística significativa entre parto prematuro e ser nulípara e apresentar número baixo de consultas pré-natal. | Merecem atenção especial, a fim de prevenir o parto prematuro; às gestantes nulíparas e com número reduzido de consultas pré-natais submetidas ao tratamento de inibição de trabalho de parto prematuro. |
| 2006 | Maria do Carmo Leal Silvana Granado Nogueira da Gama Cynthia Braga da Cunha | DESIGUALDADES SOCIODEMOGRÁFICAS E SUAS CONSEQUÊNCIAS SOBRE O PESO DO RECÉM-NASCIDO. | Analisar as desigualdades sociodemográficas, na assistência pré-natal e ao parto e suas consequências sobre o peso ao nascer. | Estudo realizado em amostra de 10.072 puérperas atendidas em maternidades públicas e particulares do Município do Rio de Janeiro. Para verificar a associação entre peso ao nascer e características maternas, sociodemográficas, biológicas e da assistência pré-natal utilizou-se o índice de Kotelchuck modificado. | Na análise bivariada, as médias de peso ao nascer foram menores entre as mães de escolaridade mais baixa. Na análise da regressão múltipla para o grupo de baixa escolaridade, o peso ao nascer associou-se diretamente com o índice de Kotelchuck modificado e a idade gestacional, e inversamente com as variáveis cor da pele preta, hábito de fumar e a experiência de filhos prematuros anteriores. | Verificou-se o papel protetor da assistência pré-natal, independente do nível de escolaridade das mães, assim como o efeito negativo do hábito de fumar. |

| ANO | AUTOR(ES) | TITULO | OBJETIVOS DO ESTUDO | MATERIAL E MÉTODOS | RESULTADOS E DISCUSÃO | CONCLUSÃO DO ESTUDO |
|------|--|---|---|--|--|---|
| 2007 | Breno Fauth de Araújo Ana Cristina d'Andretta Tanaka | FATORES DE RISCO ASSOCIADOS AO NASCIMENTO DE RECÉM-NASCIDOS DE MUITO BAIXO PESO EM UMA POPULAÇÃO DE BAIXA RENDA. | Identificar os fatores de risco associados ao nascimento de recém-nascidos de muito baixo peso no Hospital Geral de Caxias do Sul, Rio Grande do Sul, Brasil. | Estudo caso-controle, abrangendo 200 recém-nascidos com peso entre 500 e 1.499g (casos) e 400 recém-nascidos com peso entre 3.000 e 3.999g (controles). A variável dependente foi o peso de nascimento e as variáveis independentes foram as sócio-econômicas, educacionais, gestacionais e do parto. | A mortalidade dos recém-nascidos de muito baixo peso foi de 32,5%. As variáveis relacionadas com o nascimento prematuro foram: idade materna 35 anos, ausência de pré-natal, doenças na gestação, hipertensão materna, internação na gestação e filho anterior de baixo peso ao nascer. | Muitos nascimentos prematuros ocorreram por causas que poderiam ser evitadas, por meio de programas preventivos e de baixo custo. |
| 2008 | Andreia Morales Cascaes Heide Gauche Fabiana Martin Baramarch Carolina Marques Borges Karen Glazer Peres | PREMATURIDADE E FATORES ASSOCIADOS NO ESTADO DE SANTA CATARINA, BRASIL, NO ANO DE 2005: ANÁLISE DOS DADOS DO SISTEMA DE INFORMAÇÕES SOBRE NASCIDOS VIVOS. | Estimar a prevalência da prematuridade e identificar os fatores associados aos nascimentos prematuros no Estado de Santa Catarina no ano de 2005. | Trata-se de um estudo transversal. Os dados foram obtidos no banco de dados do Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos de Santa Catarina. Considerou-se como variável dependente a prematuridade. As variáveis independentes foram: sexo; idade da mãe; estado civil da mãe; escolaridade da mãe; tipo de parto; número de consultas pré-natal; e cor da pele. | Verifica-se uma tendência de aumento na prematuridade no Estado de Santa Catarina, cuja prevalência foi de 5,54% no ano 2000 a 6,05% no ano de 2005. A chance de prematuridade foi maior quanto menor o número de consultas pré-natal, em mães com idade superior a 40 e inferior a 20 anos e em mães submetidas ao parto cesariano. | O incentivo à assistência pré-natal e o desestímulo à cesariana eletiva poderiam contribuir com a redução da prematuridade |

| ANO | AUTOR(ES) | TITULO | OBJETIVOS DO ESTUDO | MATERIAL E MÉTODOS | RESULTADOS E DISCUSÃO | CONCLUSÃO DO ESTUDO |
|------|--|--|---|---|--|--|
| 2008 | Mariângela F Silveira Iná S Santos Aluísio J D Barros Alicia Matijasevich Fernando C Barros Cesar G Victora | AUMENTO DA PREMATURIDADE NO BRASIL: REVISÃO DE ESTUDOS DE BASE POPULACIONAL. | Avaliar a evolução das taxas de prematuridade no Brasil. | Foi realizada revisão nas bases de dados Medline e Lilacs, incluindo estudos publicados em periódicos, teses e dissertações, desde 1950. Dos 71 estudos encontrados, a análise foi realizada com apenas 12. | A prevalência de prematuridade variou de 3,4% a 15,0% nas regiões Sul e Sudeste, entre 1978 e 2004, sugerindo tendência crescente a partir da década de 1990. Estudos na região Nordeste, entre 1984 e 1998, encontraram prevalências de prematuridade de 3,8% a 10,2%, também com tendência a aumentar. | As diferenças das taxas de prematuridade entre os dados do Sistema de Informações de Nascidos Vivos, e as taxas medidas nos estudos incluídos nesta revisão, não confirmam o aumento da prematuridade. |
| 2009 | Luísa Aguiar da Silva Raquel Gomes Aguiar da Silva Fernanda de Fátima Laus Thiago Mamôru Sakae Paulo Fernando Brum Rojas | FATORES DE RISCO ASSOCIADOS AO PARTO PRÉ-TERMO EM HOSPITAL DE REFERÊNCIA DE SANTA CATARINA | Relacionar exposição materna aos fatores de risco para partos pré-termo | Estudo caso-controle. Incluídas 192 puérperas numa proporção de 2:1 (64 casos e 128 controles). Foi aplicado um questionário confeccionado a partir de revisão bibliográfica devidamente complementado com dados da carteira da gestante. Foram considerados fatores de risco as razões de chance (OR) >1.0 com intervalo de confiança de 95% significativo. 95%. | Apresentaram associação com parto prematuro independente do efeito das outras variáveis: ausência de companheiro fixo (OR 7,92), parto pré-termo anterior (OR 11,68), infecção urinária na gestação (OR 4,12), pielonefrite (OR 65,71), vaginose na gestação (OR 21,83), intercorrências na gestação (OR 28,98), sangramento na gestação (OR 14,29) e gestação gemelar (OR 10,85). | Ausência de companheiro fixo, parto pré-termo anterior, infecção urinária na gestação, pielonefrite, vaginose bacteriana na gestação, intercorrências gestacionais, sangramento durante a primeira metade da gestação e gestação gemelar são fatores de risco estatisticamente significantes para parto pré-termo. sangramento durante a primeira metade da gestação e gestação gemelar. |

CAPÍTULO III

MATERIAL E MÉTODOS

3 MATERIAL E MÉTODOS

3.1 DESENHO DO ESTUDO E POPULAÇÃO ESTUDADA:

Este estudo foi desenvolvido de forma prospectiva, com um desenho caso-controle, que permitiu investigar a relação existente entre apoio social e prematuridade numa população de puérperas de baixa renda.

A pesquisa foi realizada em um hospital maternidade da rede pública do Município do Rio de Janeiro, que atende gestantes de alto e baixo risco para complicações obstétricas. Selecionou-se como população elegível para o estudo puérperas que se encontravam no pós-parto mediato, no período de 27 de janeiro de 2009 a 3 de abril de 2009. A prevalência de prematuridade na maternidade estudada se manteve em torno de 10%. Nasceram aproximadamente 1220 bebês durante o período de realização do estudo.

Foram considerados casos todas as puérperas cujos filhos nasceram prematuramente, entre 22 a 36 semanas e 6 dias, durante o período de desenvolvimento do estudo. No Brasil, a Federação Brasileira das Sociedades de Ginecologia e Obstetrícia (FEBRASGO) define como pré-termo todo aquele que nasce entre a 22^a e a 36^a semana e 6 dias de idade gestacional (FEBRASGO, 2001).

Como **controles** foram recrutadas mulheres cujos bebês nasceram com idade gestacional igual ou acima de 37 semanas. O grupo de controles hospitalares foi formado por uma amostra aleatória de puérperas internadas cujo parto foi a termo. A seleção aleatória dos controles levou em conta a ordem de nascimento do recém-nato; buscou-se selecionar aqueles que nasceram no mesmo dia e em horário próximo ao nascimento do recém-nato definido como caso a partir dos critérios estabelecidos. Para o processo de identificação dos casos e seleção aleatória dos controles foi realizado um monitoramento diário do Livro de Registro da sala de parto.

As puérperas foram selecionadas numa proporção de dois controles para um caso (2:1), sendo então entrevistados 108 casos e 228 controles. Foram excluídos do estudo, recém-nascidos portadores de síndromes ou malformações (genéticas, neurológicas, gastro-intestinais, renais, polimalformados). Não houve perdas ou recusas em relação aos grupos de casos e controles.

Para estabelecer a idade gestacional do recém-nato, utilizou-se como referência a data da última menstruação relatada pela mãe no momento da entrevista. Nos casos em que houve discordância entre a DUM e a ultrassonografia registrada no prontuário obstétrico, o ultrasson mais recente foi utilizado como padrão de referência.

3.2 INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS:

Foi elaborado um questionário, subdivido em duas partes (Apêndice 1). A primeira composta por identificação materna, local e condições de moradia, escolaridade, renda familiar, antecedentes obstétricos, informações sobre a gestação atual, assistência pré-natal, uso de medicamentos. A segunda parte corresponde ao bloco de apoio social, que é a exposição de interesse, a qual se encontra dividida em perguntas relacionadas a rede social e perguntas relacionadas ao apoio social. A terceira e última parte foi feito um formulário para busca de informações diretamente ao prontuário hospitalar sobre saúde reprodutiva, dados de admissão do trabalho de parto, intercorrências da gestação e referências do recém-nascido (peso, comprimento e sexo) (Apêndice 1). As perguntas que compõem a primeira e a segunda partes do instrumento de coleta de dados foram baseadas em questionários de outros estudos (LEAL et al, 2004, SILVA, 2005; GRIEP, 2003).

O bloco de rede social é composto por cinco perguntas: número de parentes e número de amigos que se sente à vontade e pode falar sobre quase tudo, participação e frequência em atividades artísticas e esportivas, participação e frequência em reuniões de

associação de moradores, sindicatos ou partidos e se realizou trabalho voluntário e com que frequência (CHOR et al, 2001).

3.3 PRÉ-TESTE DO INSTRUMENTO DA COLETA DE DADOS

O treinamento dos entrevistadores foi desenvolvido através de sessões de apresentação e discussão dos objetivos da pesquisa. Nessas sessões foram realizadas simulações relacionadas ao trabalho de campo. Os entrevistadores receberam, após treinamento, um manual de instruções (Apêndice 2) com todos os procedimentos a ser em adotados durante a realização do trabalho de campo.

Na etapa de pré-teste buscou-se testar os instrumentos, avaliando a clareza e compreensão das questões e adequar os procedimentos relacionados à coleta de dados. Nesta etapa foram realizadas 11 entrevistas com puérperas do referido hospital.

3.4 TRABALHO DE CAMPO E COLETA DE DADOS

A equipe de entrevistadores foi composta pelo orientador da pesquisa, a investigadora principal como coordenadora e por oito alunos do Curso de Graduação da Escola de Enfermagem Alfredo Pinto, treinados pelos coordenadores da pesquisa.

A coleta de dados do estudo foi realizada através de um formulário padronizado, dividido em duas partes: a primeira parte destinada a entrevista com puérperas no pós-parto imediato e a segunda parte correspondente ao levantamento de informações registradas em prontuário. Considerando que o período mínimo de permanência de uma puérpera, cujo parto se deu sem qualquer intercorrência, é de 36 horas, a coleta de dados se deu em dias alternados durante os sete dias da semana.

3.5 VARIÁVEIS DE ANÁLISE

As variáveis coletadas no estudo foram: variável dependente – prematuridade – e as variáveis independentes – o apoio social e a rede social, as características socioeconômicas e demográficas e relacionadas à saúde e assistência. As variáveis de saúde e assistência se referem à gravidez e ao parto. Foram selecionadas como categorias de referência aquelas que apresentavam menor probabilidade de ocorrência do evento de interesse (prematuridade). A categorização de algumas variáveis foi definida após a análise bivariada.

a) Características socioeconômicas e demográficas:

- Idade materna - expressa a idade da mãe na ocasião do nascimento da criança. Variável categorizada em: 14 a 19 anos, 20 a 24 anos (categoria de referência), 35 ou mais.
- Cor/etnia materna - informação auto referida. Inicialmente o questionário contemplou as seguintes categorias: branca (pessoa que se declara branca), negra: (pessoa que se declara negra), amarela (pessoa que se declara de origem amarela, de origem japonesa, chinesa e coreana), mestiça (pessoa de pele morena, parda, mulata, cabocla, mameluca, cafuza). Posteriormente agrupada em duas categorias: branca (categoria de referência) e não branca (para negras, amarelas e mestiças).
- Situação conjugal - variável criada a partir da informação dada pela puérpera a respeito do seu estado civil no cartório (solteira, casada, divorciada/separada, viúva) e sua atual situação conjugal, ou seja, se mora com companheiro ou não. Com estas informações a variável foi posteriormente categorizada em: sem companheiro (solteira, divorciada/separada, viúva) e com companheiro (categoria de referência).

- Escolaridade - considerou-se o total de anos de estudo em função da última série concluída com aprovação. A escolaridade refere-se ao total de anos de estudo e foi assim categorizada em 0 a 8 anos, 8 ou mais anos (categoria de referência).
- Trabalho remunerado - variável relacionada ao exercício de algum tipo de trabalho remunerado. Categorizada em: sim (categoria de referência) e não.
- Renda familiar - a renda total da família foi expressa numericamente e convertida em salários mínimos (SM). O valor do salário mínimo utilizado para cálculo foi aquele relativo ao dia da entrevista. Considerando o período de realização do estudo, utilizou-se como referência o valor de R\$ 465,00, que entrou em vigor a partir de 1 de fevereiro de 2009. A renda foi categorizada em: abaixo de um salário mínimo (SM), um a dois SM e acima de três SM (categoria de referência).
- Número de hospitais em que passou para ter o bebê - um hospital (categoria de referência), dois a cinco hospitais.

b) Características relacionadas à saúde e à assistência:

- Fez pré-natal - categorizada em: sim (categoria de referência) ou não.
- Número de consultas de pré-natal - categorizada em não fez consultas, 1 a 3 consultas e 4 ou mais consultas (categoria de referência).
- Início do pré-natal - categorizada em: não fez pré-natal; acima de 13 semanas e início até 12 semanas (categoria de referência).
- Gestação - esta informação foi obtida a partir do prontuário da mãe. Inicialmente a variável foi categorizada em: única, dupla, tríplice, mais de três. Posteriormente agrupadas em: múltipla, única (categoria de referência).
- Primeira gravidez - categorizada em: sim e não (categoria de referência).

- Ameaça de parto prematuro na gestação atual - categorizada em: sim; não (categoria de referência).
- Prematuridade anterior (informação obtida do prontuário hospitalar do paciente) - categorizada em: sim, não (categoria de referência).
- História de recém-nato: menor 2500g (informação obtida do prontuário hospitalar do paciente) - categorizada em: sim (categoria de referência), não.
- Fumava antes de engravidar - categorizada em: sim (categoria de referência), não.
- Fumou na gravidez - categorizada em: sim (categoria de referência), não.
- Tipo de parto (informação obtida do prontuário hospitalar do paciente) - categorizada em: cesáreo (categoria de referência), vaginal.

3.6 ESCALA DE APOIO SOCIAL

Nesse estudo a exposição de interesse foi o *apoio social* percebido por mulheres durante a gestação atual. Para avaliar o apoio social foi utilizada a versão para a língua portuguesa da escala produzida para o Medical Outcomes Study (MOS), traduzida e adaptada através do estudo Pró-Saúde (FAERSTEIN et al, 1999, CHOR et al, 2001).

A escala, composta por 19 itens, contém cinco dimensões do apoio social: material (quatro perguntas); afetivo (três perguntas); emocional (quatro perguntas); informação (quatro perguntas); interação social positiva (quatro perguntas) (GRIEP, 2003). Cada questão relacionada a um tipo de apoio foi iniciada com a seguinte pergunta: “*com que frequência você conta com alguém ...*”.. Os itens das dimensões do apoio social são:

- **Apoio material:**

...que o ajude se ficar de cama?

...para levá-lo ao médico?

...para ajudá-lo nas tarefas diárias, se ficar doente?

...para preparar suas refeições se você não puder prepará-las?

- **Apoio afetivo:**

...que demonstre amor e afeto por você?

...que lhe dê um abraço?

...que você ame e faça você se sentir querido?

- **Apoio emocional:**

...para ouvi-lo, quando você precisar falar?

...em quem confiar para falar de você ou sobre seus problemas?

...para compartilhar suas preocupações e medos mais íntimos?

...que compreenda seus problemas?

- **Apoio informativo:**

...para dar bons conselhos em situações de crise?

...para dar informação que o ajude a compreender uma determinada situação?

...de quem você realmente quer conselhos?

...para dar sugestões de como lidar com um problema pessoal?

- **Apoio de interação social positiva:**

...com quem fazer coisas agradáveis?

...com quem distrair a cabeça?

...com quem relaxar?

...para se divertir juntos?

Nesse estudo optou-se por utilizar a escala de apoio social com quatro dimensões, a partir da integração das dimensões emocional e informação, constituindo uma única dimensão. Estudos recentes de validação da escala e confiabilidade realizaram agrupamento das duas dimensões (emocional e informação) por apresentarem pouca diferença entre si (GRIEP et al, 2005). Fachado et al (2007) e Mattos (2009) defendem o modelo de quatro dimensões como aquele que melhor expressa os aspectos contidos na escala de mensuração de apoio social produzida no Medical Outcomes Study.

Os escores foram obtidos por meio da soma de pontos atribuídos às perguntas de cada dimensão. A cada uma das respostas foi atribuído um escore que variou de 1 a 5 : um ponto para a alternativa *nunca*, dois pontos para *raramente*, três pontos para *às vezes*, quatro pontos para *quase sempre* e cinco pontos para *resposta sempre* (GRIEP et al, 2005; GRIEP, 2003). O resultado da razão do total de pontos, obtidos pela pontuação máxima de cada dimensão, foi multiplicado por 100. Os índices de apoio foram considerados como variável contínua. Quanto maior o escore, maior o nível de apoio social. Utilizou-se como ponto de corte os valores dos tercís a partir do escore total da escala entre os controles.

Foram incluídas duas questões específicas de apoio relacionadas ao apoio do familiar mais próximo (mãe da puérpera) e do pai da criança, conforme utilizado por Silva (2005) em estudo sobre a associação entre apoio social e pré-eclâmpsia.

3.7 ANÁLISE DOS DADOS

Inicialmente todas as variáveis independentes foram testadas em relação à variável dependente (prematuridade). Aquelas com p-valor $< 0,2$ permaneceram na modelagem. A regressão logística foi utilizada como procedimento de análise multivariada para controlar as

possíveis variáveis de confusão. Para cada estrato foram apresentados os valores absolutos, proporções e medida de associação com os respectivos intervalos de confiança.

Com a finalidade de identificar possíveis variáveis de confundimento, foram observados os resultados dos testes de qui quadrado durante as análises bivariadas e estratificadas.

Efetou-se a análise dos índices de apoio social por meio de medidas de tendência central. As diferentes dimensões do apoio foram categorizadas a partir dos seus respectivos tercís. Os tercís do escore de apoio social foram utilizados no modelo logístico, sendo a categoria de referência, o tercil correspondente ao valor mais alto de apoio social.

Foi utilizada a técnica de regressão logística multivariada com o objetivo de investigar os fatores de risco que podem estar envolvidos no complexo causal da prematuridade (variável dependente e dicotômica), a fim de analisá-los simultaneamente. Nos modelos de regressão logística obteve-se a estimativa de razão de chances (OR) bruta de associação entre cada uma das variáveis independentes e a variável dependente (prematuridade) e seus intervalos de confiança (com 95% de IC). A OR é a chance de exposição no grupo que sofreu o desfecho dividida pela chance de exposição no grupo que não sofreu o desfecho. As co-variáveis que se mostraram significativas ao nível de 20%, na análise bivariada, foram selecionadas para fazer parte do modelo multivariado. A ordem de entrada das variáveis foi determinada pelo p-valor de sua OR; adicionalmente levou-se em consideração o papel que determinadas variáveis apresentavam, segundo a literatura, na explicação do desfecho.

Na análise multivariada foram propostos nove modelos. A fim de permitir comparação das estimativas pontuais e dos respectivos intervalos de confiança, todos os modelos foram ajustados segundo idade da mulher.

Os dados coletados foram digitados para um banco de dados eletrônico, construído a partir do programa Epi Info 2008 versão 3.5.1. Para análise e processamento dos dados foi utilizado o programa SPSS 17.

3.8 ASPECTOS ÉTICOS

Por envolver seres humanos, esse estudo foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde - CEP SMS-RJ, através do protocolo N° 247/08 CAAE 0281.0.314.313-08 (Apêndice 3).

Antes do preenchimento do instrumento de coleta de dados, cada participante foi informada sobre os propósitos do estudo e assinou o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndices 4 e 5). Procedimentos para impossibilitar a identificação dos indivíduos e para a manutenção da confidencialidade dos dados individuais foram adotados.

CAPÍTULO IV

RESULTADOS

4 RESULTADOS

4.1 CARACTERÍSTICAS SÓCIODEMOGRÁFICAS DAS PUÉRPERAS

A população do presente estudo é formada por 108 casos e 228 controles. A idade das mulheres variou entre 14 e 45 anos. A média da idade foi de 25,8 anos (desvio-padrão: 6,9) para os casos e de 24,9 (desvio-padrão 6,5) para os controles. Verifica-se nos dois grupos uma concentração de mulheres na faixa etária entre 20 e 34 anos.

A Tabela 1 permite observar que entre os 108 casos de nascimento prematuro, 6,5% foram classificados como prematuros extremos (20 a 27 semanas) e 10,4% tinham entre 28 a 31 semanas de gestação (prematividade moderada). Nascimentos com idade gestacional entre 32 a 36 semanas representaram 83,1% daqueles considerados próximos ao termo ou pré-termo leve (Tabela 2). A idade gestacional média para casos foi de 33,3 semanas (desvio-padrão=3,25) e para os controles 39,2 semanas (desvio-padrão=1,53) (Tabela 3).

A distribuição de frequências de variáveis sociodemográficas apresentou perfil semelhante entre casos e controles. A distribuição por faixa etária foi relativamente homogênea nos dois grupos ($p= 0,90$), assim como raça/etnia ($p= 0,83$) e escolaridade ($p= 0,94$). Das mulheres, 38,9% dos casos e 40,4% dos controles cursaram até o ensino fundamental. Quanto à raça/etnia auto-referida, 77,8% se denominaram como não brancas no grupo de casos e 76,8% no de controles ($p= 0,83$). Mulheres que não eram da raça branca apresentaram um risco um pouco mais acentuado de apresentar prematuridade, no entanto não se observou associação estatística (Tabela 3).

Entre os casos 25% não tinha um companheiro, para os controles a proporção foi um pouco menor: 23,7% ($p= 0,79$). Referiram renda familiar abaixo de um salário mínimo 21,3% dos casos e 18% dos controles ($p= 0,74$). Uma proporção expressiva de mulheres informou que se dirigiu a outro hospital antes de ser admitida na maternidade em que seu filho nasceu (35,2% dos casos e 25,9% dos controles) (Tabela 3). Não foram encontradas diferenças

significativas entre casos e controles para as variáveis: idade biológica da mãe, cor/etnia, situação conjugal, escolaridade, trabalho remunerado e renda familiar.

Tabela 1 – Distribuição da idade gestacional entre os casos de prematuridade em uma maternidade pública do Município do Rio de Janeiro, 2009

| <i>Idade gestacional</i> | <i>n</i> • | % |
|-------------------------------|------------|------|
| Prematuridade Extrema | | |
| 22 a 27 semanas | 7 | 6,5 |
| Prematuridade Moderada | | |
| 28 a 31 semanas | 11 | 10,4 |
| Prematuridade Leve | | |
| 32 a 36 semanas | 90 | 83,1 |
| Total | 108 | 100 |

Tabela 2 - Distribuição da idade gestacional entre os controles em uma maternidade pública do Município do Rio de Janeiro, 2009

| <i>Idade gestacional</i> | <i>n</i> • | % |
|--------------------------|------------|-------|
| A termo | | |
| 37 a 41 semanas | 219 | 96,05 |
| Pós-termo | | |
| Acima de 42 semanas | 9 | 3,95 |
| Total | 228 | 100 |

Entre os controles, 2,2% não realizou acompanhamento pré-natal; entre os casos essa proporção foi ainda maior (7,5%) com valor de $p=0,02$. No grupo de casos 52,8% tiveram seus filhos através de parto cesáreo, entre os controles 31,1% ($p < 0,001$). História de

prematuridade anterior foi relatada por 20,4% dos casos e por 5,7% dos controles ($p < 0,001$). Dos casos, 12% apresentaram gestação múltipla, entre os controles observou-se 1,8% ($p < 0,001$). (Tabela 4).

História de gestação múltipla ou única e história de prematuridade apresentaram os maiores valores da OR não ajustada, respectivamente $OR=7,66$ (IC95% 2,43-24,1) e $OR=4,23$ (IC95% 2,03-8,77). As mulheres submetidas à cesariana, quando comparadas aquelas que tiveram filhos através de parto vaginal, apresentaram um risco aumentado para prematuridade ($OR=2,47$ IC95% 1,54-3,95) Verificou-se um sobrerisco elevado para prematuridade entre aquelas mulheres que não foram acompanhadas durante o pré-natal ($OR=3,56$ IC95% 1,13-11,1). (Tabela 4).

O fumo na gravidez apontou para uma associação positiva com a prematuridade, muito embora sem significância estatística ($OR= 1,76$ IC95% 0,93-3,33) (Tabela 4). O número de hospitais pelos quais a mulher passou antes de ser internada apresentou associação positiva com a prematuridade, sem significância estatística ($OR= 1,55$ IC95%. 0,94-2,54) (Tabela 3)

A rede social entre os casos e os controles mostrou-se pequena, com poucos amigos e parentes (Tabela 5). O fato de a mulher não participar de atividades artísticas mostrou-se altamente associado à prematuridade ($OR=3,86$ IC95%=1,47-10,1). Já a presença de apoio do pai da criança e o tamanho da rede de apoio (número de parentes e amigos) não apresentaram associação significativa (Tabela 5).

Tabela 3 - Características sócio-econômicas e demográficas das puérperas atendidas em uma maternidade pública da rede municipal do Rio de Janeiro em 2009 – distribuição percentual, odds ratios brutos, intervalos com 95% de confiança e p-valor.

| <i>Características sócio-econômicas e demográficas</i> | <i>Casos</i> | | <i>Controles</i> | | <i>OR (bruta)</i> | <i>IC 95%</i> | <i>*p-valor</i> |
|--|--------------|----------|------------------|----------|-------------------|---------------|-----------------|
| | <i>n</i> | <i>%</i> | <i>n</i> | <i>%</i> | | | |
| Idade mãe | | | | | | | |
| 14 – 19 anos | 23 | 21,3 | 53 | 23,2 | 0,90 | 0,51-1,58 | 0,90 |
| 20 – 34 anos | 73 | 67,6 | 152 | 66,7 | 1 | - | |
| 35 ou mais | 12 | 11,1 | 23 | 10,1 | 1,08 | 0,51-2,30 | |
| Cor/etnia | | | | | | | |
| Branca | 24 | 22,2 | 53 | 23,2 | 1 | | |
| Não branca | 84 | 77,8 | 175 | 76,8 | 1,06 | 0,61-1,83 | 0,83 |
| Situação conjugal | | | | | | | |
| Com companheiro | 81 | 75,0 | 174 | 76,3 | 1 | | |
| Sem companheiro | 27 | 25,0 | 54 | 23,7 | 1,07 | 0,63-1,82 | 0,79 |
| Escolaridade | | | | | | | |
| 0-8 anos | 42 | 38,9 | 92 | 40,4 | 0,98 | 0,58-1,50 | 0,94 |
| 8 ou mais anos | 66 | 61,1 | 136 | 59,6 | 1 | | |
| Trabalho remunerado | | | | | | | |
| Sim | 43 | 39,8 | 94 | 41,2 | 1 | | |
| Não | 65 | 60,2 | 134 | 58,8 | 1,06 | 0,66-1,69 | 0,80 |
| Renda familiar | | | | | | | |
| Abaixo de um salário | 23 | 21,3 | 41 | 18,0 | 1,29 | 0,65-2,57 | 0,74 |
| De um a dois salários | 59 | 54,6 | 127 | 55,7 | 1,07 | 0,61-1,86 | |
| Mais que dois salários | 26 | 24,1 | 60 | 26,3 | 1 | | |
| Nº de hospitais passou | | | | | | | |
| Dois a cinco | 38 | 35,2 | 59 | 25,9 | 1,55 | 0,94-2,54 | 0,07* |
| Um hospital | 70 | 64,8 | 169 | 74,1 | 1 | | |

Legenda: n = números de casos e controles, % frequência, OR= odds ratio, IC= intervalo de confiança, *p= teste χ^2 Pearson, mínimos.

Tabela 4 - Distribuição percentual, odds ratios brutos, intervalos com 95% de confiança das características relacionadas à saúde e a assistência das puérperas atendidas em uma maternidade pública do município do Rio de Janeiro em 2009

| <i>Características relacionadas à saúde e assistência</i> | <i>Casos</i> <i>n</i> | <i>%</i> | <i>Controles</i> <i>n</i> | <i>%</i> | <i>OR (bruta)</i> | <i>IC 95%</i> | <i>*p-valor</i> |
|---|--------------------------|----------|------------------------------|----------|-------------------|---------------|-------------------|
| Fez pré-natal (PN) | | | | | | | |
| Não | 9 | 7,5 | 5 | 2,2 | 3,57 | 1,14-11,1 | 0,02* |
| Sim | 99 | 92,5 | 221 | 97,8 | 1 | | |
| Nº de consultas | | | | | | | |
| Não fez consulta | 9 | 7,5 | 5 | 2,2 | 4,11 | 1,30-12,9 | <0,001* |
| 1 a 3 consultas | 17 | 15,9 | 10 | 4,4 | 4,37 | 1,92-9,94 | |
| 4 ou mais | 82 | 76,6 | 211 | 93,4 | 1 | 1 | |
| Início do Pré-natal ** | | | | | | | |
| Não fez pré-natal | 9 | 7,5 | 5 | 2,2 | 3,56 | 1,12-11,2 | 0,06* |
| Acima de 13 semanas | 28 | 26,2 | 63 | 27,9 | 0,98 | 0,58-1,67 | |
| Início até 12 semanas | 71 | 66,4 | 158 | 69,9 | 1 | 1 | |
| Gestação | | | | | | | |
| Múltipla | 13 | 12,0 | 4 | 1,8 | 7,66 | 2,43-24,1 | <0,001* |
| Única | 95 | 88,0 | 224 | 98,2 | 1 | | |
| Primeira gravidez | | | | | | | |
| Sim | 42 | 38,9 | 90 | 39,5 | 0,97 | 0,61-1,56 | 0,91 |
| Não | 66 | 61,1 | 138 | 60,5 | 1 | | |
| Prematuridade anterior | | | | | | | |
| Sim | 22 | 20,4 | 13 | 5,7 | 4,23 | 2,03-8,77 | <0,001* |
| Não | 86 | 79,6 | 215 | 94,3 | 1 | | |
| História de RN<2500g | | | | | | | |
| Sim | 9 | 8,3 | 12 | 5,3 | 1,63 | 0,66-4,01 | 0,27 |
| Não | 99 | 91,7 | 216 | 94,7 | 1 | | |
| Tipo de parto | | | | | | | |
| Cesáreo | 57 | 52,8 | 71 | 31,1 | 2,47 | 1,54-3,95 | <0,001* |
| vaginal | 51 | 47,2 | 157 | 68,9 | 1 | | |
| Fumava antes | | | | | | | |
| Sim | 25 | 23,1 | 39 | 17,1 | 1,46 | 0,83-2,56 | 0,18* |
| Não | 83 | 76,9 | 189 | 82,9 | 1 | | |
| Fumou na gravidez | | | | | | | |
| Sim | 20 | 18,5 | 26 | 11,4 | 1,76 | 0,93-3,33 | 0,07* |
| Não | 88 | 81,5 | 202 | 88,6 | 1 | | |

Legenda: N°= número, RN = recém-nascido, n = números de casos e controles, % = frequência, OR= odds ratio, IC= intervalo de confiança, *p= teste χ^2 Pearson. Foram ignorados 3 casos na variável número de consultas.

Tabela 5 - Distribuição percentual, odds ratios brutos, intervalos com 95% de confiança da rede social das puérperas atendidas em uma maternidade pública do município do Rio de Janeiro em 2009

| <i>Variáveis psicossociais e de rede social</i> | <i>Casos</i> | | <i>Controles</i> | | <i>OR (bruta)</i> | <i>IC 95%</i> | <i>*p-valor</i> |
|---|--------------|----------|------------------|----------|-------------------|---------------|-----------------|
| | <i>n</i> | <i>%</i> | <i>n</i> | <i>%</i> | | | |
| Apoio do pai da criança | | | | | | | |
| Não | 18 | 16,7 | 39 | 17,1 | 0,96 | 0,52-1,78 | 0,92 |
| Sim | 90 | 83,3 | 189 | 82,9 | 1 | | |
| Frequência você conta com ajuda da mãe | | | | | | | |
| Nunca | 25 | 23,1 | 39 | 17,1 | 1,55 | 0,86-2,78 | |
| Raramente/às vezes/quase sempre | 22 | 20,4 | 41 | 18,0 | 1,30 | 0,71-2,36 | 0,29 |
| Sempre | 61 | 56,5 | 148 | 64,9 | 1 | | |
| Frequência você conta com o pai da criança | | | | | | | |
| Nunca | 5 | 4,6 | 13 | 5,7 | 0,76 | 0,26-2,22 | 0,68 |
| Raramente/às vezes/quase sempre | 16 | 14,8 | 41 | 18,0 | 0,78 | 0,41-1,46 | |
| Sempre | 87 | 80,6 | 174 | 76,3 | 1 | | |
| Número de parentes | | | | | | | |
| Até 2 parentes | 73 | 67,6 | 133 | 58,3 | 1,49 | 0,92-2,41 | 0,10* |
| 3 a 20 parentes | 35 | 32,4 | 95 | 41,7 | 1 | | |
| Número de amigos | | | | | | | |
| Até 2 amigos | 77 | 71,3 | 174 | 76,3 | 0,77 | 0,46-1,29 | 0,32 |
| 3 a 20 amigos | 31 | 28,7 | 54 | 23,7 | 1 | | |
| Atividades artísticas/esportivas | | | | | | | |
| Não | 103 | 95,4 | 192 | 84,2 | 3,86 | 1,47-10,1 | 0,004* |
| Sim | 5 | 4,6 | 36 | 15,8 | 1 | | |
| Reunião de moradores | | | | | | | |
| Não | 101 | 93,5 | 214 | 93,9 | 0,94 | 0,37-2,41 | 0,90 |
| Sim | 7 | 6,5 | 14 | 6,1 | 1 | | |
| Trabalho voluntário | | | | | | | |
| Não | 100 | 92,6 | 216 | 94,7 | 0,69 | 0,27-1,75 | 0,43 |
| Sim | 8 | 7,4 | 12 | 5,3 | 1 | | |

Legenda: n = números de casos e controles, % = frequência, OR= odds ratio, IC= intervalo de confiança, *p= teste χ^2 Pearson.

As medidas de tendência central relativas aos escores das quatro dimensões de apoio social, calculadas a partir do número de puérperas do grupo de controles ($n = 228$), mostraram uma distribuição assimétrica com tendência a valores mais altos. A média dos escores situou-se em torno de 80 pontos e a mediana em torno de 85 pontos, com exceção do apoio afetivo que apresentou medidas de tendência central mais elevadas (média de 92 pontos e mediana de 100). Devido à distribuição assimétrica, os valores de demarcação dos tercís foram aproximados (Tabela 6).

Ao avaliar cada dimensão do apoio social entre o grupo de casos e controles, observou-se que somente o apoio material se mostrou fator de proteção para prematuridade, com p -valor de 0,08. Esse nível de significância estatística foi considerado limítrofe, não sendo possível excluir a existência de associação entre apoio material e prematuridade (Tabela 7). As associações estimadas para as dimensões do apoio afetivo, emocional-informativo e de interação social apresentaram razões de chances elevadas, embora sem significância estatística (Tabela 7).

Tabela 6 - Medidas de tendência central e os respectivos tercís do grupo de controles e as dimensões do apoio social.

| <i>Dimensões do apoio social</i> | <i>N° de itens</i> | <i>média</i> | <i>Desvio padrão</i> | <i>Mediana</i> | <i>Tercís</i> |
|----------------------------------|--------------------|--------------|----------------------|----------------|----------------------------|
| Material | 4 | 85,83 | 17,57 | 90,00 | 20 a 75; 80 a 95; 100 |
| Afetivo | 3 | 92,60 | 13,98 | 100,00 | 20 a 86; 93 a 99; 100 |
| Emocional-informativo | 8 | 80,61 | 18,26 | 85,00 | 20 a 72; 75 a 90; 92 a 100 |
| Interação Positiva | 4 | 82,76 | 16,98 | 85,00 | 20 a 70; 75 a 90; 95 a 100 |

Tabela 7 - Associação entre apoio social e prematuridade - distribuição percentual, odds ratios brutos, intervalos de confiança 95% e p-valor.

| <i>Escores do apoio social</i> | <i>Casos</i> | | <i>Controles</i> | | <i>OR (bruta)</i> | <i>IC 95%</i> | <i>*p-valor</i> |
|--|--------------|----------|------------------|----------|-------------------|---------------|-----------------|
| | <i>n</i> | <i>%</i> | <i>n</i> | <i>%</i> | | | |
| Tercis do Apoio Material | | | | | | | |
| 20 a 75 | 39 | 36,1 | 56 | 24,6 | 1,69 | 0,97-2,95 | 0,08* |
| 80 a 95 | 30 | 27,8 | 77 | 33,8 | 0,94 | 0,54-1,66 | |
| 100 | 39 | 36,1 | 95 | 41,7 | 1 | | |
| Tercis do Apoio Afetivo | | | | | | | |
| 20 a 86 | 35 | 32,4 | 64 | 28,1 | 1,29 | 0,77-2,14 | 0,41 |
| 93 a 99 | 10 | 9,3 | 15 | 6,6 | 1,57 | 0,67-3,69 | |
| 100 | 63 | 58,3 | 149 | 65,4 | 1 | | |
| Tercis do Apoio Emocional-informativo | | | | | | | |
| 20 a 72 | 35 | 32,4 | 68 | 29,8 | 1,13 | 0,65-1,99 | 0,89 |
| 75 a 90 | 35 | 32,4 | 76 | 33,3 | 1,01 | 0,58-1,77 | |
| 92 a 100 | 38 | 35,2 | 84 | 36,8 | 1 | | |
| Tercis de Interação Positiva | | | | | | | |
| 20 a 70 | 30 | 27,8 | 64 | 28,1 | 1,04 | 0,58-1,86 | 0,90 |
| 75 a 90 | 40 | 37,0 | 79 | 34,6 | 1,13 | 0,66-1,94 | |
| 95 a 100 | 38 | 35,2 | 85 | 37,3 | 1 | | |

Legenda: n = números de casos e controles, % frequência, OR= odds ratio, IC= intervalo de confiança, *p= teste X^2 Pearson.

Os resultados relativos à associação entre as dimensões de apoio social e as possíveis variáveis de confusão são apresentadas nas tabelas 8 a 10. Em relação às características sócio-demográficas, somente a idade da mãe apresentou associação estatística significativa com o apoio material (Tabela 8). Não foram encontradas diferenças significativas para cor/etnia, situação conjugal, escolaridade, trabalho remunerado e renda familiar. Mulheres multíparas apresentaram níveis mais elevados de apoio entre casos e controles. Entre as características relacionadas à saúde e assistência, apresentou associação estatística significativa com o apoio material apenas história de prematuridade anterior (Tabela 9). Quando analisadas as características psicossociais e o apoio material, as variáveis relacionadas à frequência que

you count on the help of the mother (p value < 0,001), the frequency that you count on the help of the father and the number of relatives presented statistically significant values (Table 10). Although the variables prenatal care, type of delivery and multiple gestation have presented statistically significant association only with the exposure, they were included in the multivariate analysis due to their importance as potential confounding.

Tabela 8 - Associação entre apoio material e características sócio-econômicas e demográficas das puérperas atendidas em uma maternidade pública do município do Rio de Janeiro em 2009

| Variáveis sócio-econômicas e demográficas | Apoio material | | | | | | | |
|---|------------------|------------------|--------------|------|------------------|------------------|--------------|------|
| | Casos | | | | Controles | | | |
| | 20 a 75 n (%) | 80 a 95 n (%) | 100 n (%) | *p | 20 a 75 n (%) | 80 a 95 n (%) | 100 n (%) | *p |
| Idade mãe | | | | | | | | |
| 14 – 19 anos | 6 (15,4) | 9 (30,0) | 8 (20,5) | | 4 (7,1) | 20 (20,6) | 29 (30,5) | |
| 20 – 34 anos | 29 (74,4) | 17 (56,7) | 27 (69,2) | 0,60 | 46 (82,1) | 53 (68,8) | 53 (55,8) | 0,04 |
| 35 ou mais | 4 (10,3) | 4 (13,3) | 4 (10,3) | | 6 (10,7) | 4 (5,2) | 13 (13,7) | |
| Cor/etnia | | | | | | | | |
| Não branca | 30 (76,9) | 25 (83,3) | 29 (74,4) | 0,66 | 47 (83,9) | 59 (76,6) | 69 (72,6) | 0,28 |
| Branca | 9 (23,1) | 5 (16,7) | 10 (25,6) | | 9 (16,1) | 18 (23,4) | 26 (27,4) | |
| Situação conjugal | | | | | | | | |
| Sem companheiro | 10 (25,6) | 7 (23,3) | 10 (25,6) | 0,97 | 17 (30,4) | 13 (16,9) | 24 (25,3) | 0,17 |
| Com companheiro | 29 (74,4) | 23 (76,7) | 29 (74,4) | | 39 (69,6) | 64 (83,1) | 71 (74,7) | |
| Escolaridade | | | | | | | | |
| 0-8 anos | 15 (38,5) | 15 (50,0) | 12 (30,8) | 0,26 | 25 (44,6) | 30 (39,0) | 37 (38,9) | 0,75 |
| 8 ou mais anos | 24 (61,5) | 15 (50,0) | 27 (69,2) | | 31 (55,4) | 47 (61,0) | 58 (61,1) | |
| Trabalho remunerado | | | | | | | | |
| Não | 23 (59,0) | 19 (63,3) | 23 (59,0) | 0,91 | 28 (50,0) | 43 (55,8) | 63 (63,3) | 0,11 |
| Sim | 16 (41,0) | 11 (36,7) | 16 (41,0) | | 28 (50,0) | 34 (44,2) | 32 (33,7) | |
| Renda familiar ***(SM) | | | | | | | | |
| Abaixo de um salário | 12 (30,8) | 7 (23,3) | 4 (10,3) | 0,19 | 7 (12,5) | 18 (23,4) | 16 (16,8) | 0,42 |
| De um a dois salários | 20 (51,3) | 14 (46,7) | 25 (64,1) | | 36 (64,3) | 40 (51,9) | 51 (53,7) | |
| Acima de três salários | 7 (17,9) | 9 (30,0) | 10 (25,6) | | 13 (23,2) | 19 (24,7) | 28 (29,5) | |
| Nº de hospitais passou | | | | | | | | |
| Dois a cinco | 12 (30,8) | 11 (36,7) | 15 (38,5) | 0,76 | 16 (28,6) | 18 (23,4) | 25 (26,3) | 0,79 |
| Um hospital | 27 (69,2) | 19 (63,3) | 24 (61,5) | | 40 (71,4) | 59 (76,6) | 70 (73,7) | |

Legenda: ***SM = salários mínimos, * p= p-valor

Tabela 9 - Associação entre apoio material e características relacionadas à saúde e assistência das puérperas atendidas em uma maternidade pública do município do Rio de Janeiro em 2009

| Características relacionadas a saúde e assistência | Apoio material | | | | *p | Controles | | | | *p |
|--|----------------|-----------|-----------|------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-------|
| | Casos | | | | | 20 a 75 | | 80 a 95 | | |
| | n (%) | n (%) | n (%) | | n (%) | n (%) | n (%) | n (%) | n (%) | |
| Fez pré-natal | | | | | | | | | | |
| Não | 4 (10,3) | 1 (3,3) | 3 (7,7) | 0,55 | 3 (5,4) | 1 (1,3) | 1 (1,1) | 1 (1,1) | 1 (1,1) | 0,17 |
| Sim | 35 (89,7) | 29 (96,7) | 36 (92,3) | | 53 (94,6) | 76 (98,7) | 94 (98,9) | | | |
| Nº de consultas | | | | | | | | | | |
| Não fez consulta | 30 (76,9) | 1 (3,3) | 3 (7,7) | 0,64 | 3 (5,4) | 1 (1,3) | 1 (1,1) | 1 (1,1) | 1 (1,1) | 0,44 |
| 1 a 3 consultas | 8 (20,5) | 4 (13,3) | 5 (12,8) | | 2 (3,6) | 3 (3,9) | 5 (5,3) | | | |
| 4 ou mais consultas | 27 (69,2) | 25 (83,3) | 31 (79,5) | | 51 (91,1) | 73 (94,8) | 89 (93,7) | | | |
| Início do Pré- natal | | | | | | | | | | |
| Não fez pré-natal | 4 (10,3) | 1 (3,4) | 3 (7,7) | 0,25 | 3 (5,5) | 1 (1,3) | 1 (1,1) | 1 (1,1) | 1 (1,1) | 0,28 |
| Acima de 13 semanas | 13 (33,3) | 4 (13,8) | 11 (28,2) | | 15 (27,3) | 18 (23,4) | 30 (31,9) | | | |
| Início até 12 semanas | 22 (56,4) | 24 (82,8) | 25 (64,1) | | 37 (67,3) | 58 (75,3) | 63 (67,0) | | | |
| Gestação | | | | | | | | | | |
| Múltipla | 6 (15,4) | 5 (16,7) | 2 (5,1) | 0,24 | - | 2 (2,6) | 2 (2,1) | 2 (2,1) | 2 (2,1) | 0,50 |
| Única | 33 (84,6) | 25 (83,3) | 37 (94,9) | | 56 (100) | 7 (97,4) | 93 (97,9) | | | |
| Primeira gravidez | | | | | | | | | | |
| Sim | 11 (26,2) | 11 (26,2) | 20 (47,6) | 0,10 | 16 (28,6) | 30 (39,0) | 44 (46,3) | 44 (46,3) | 44 (46,3) | 0,09 |
| Não | 28 (42,4) | 19 (28,9) | 19 (28,8) | | 40 (71,4) | 47 (61,0) | 51 (53,7) | | | |
| Prematuridade anterior | | | | | | | | | | |
| Sim | 11 (50,0) | 4 (18,2) | 7 (31,8) | 0,28 | 8 (14,3) | 2 (2,6) | 3 (3,2) | 3 (3,2) | 3 (3,2) | 0,006 |
| Não | 28 (32,6) | 26 (30,2) | 32 (37,2) | | 48 (85,7) | 75 (97,4) | 92 (96,8) | | | |
| História de RN<2500g | | | | | | | | | | |
| Sim | 6 (15,4) | 2 (6,7) | 1 (2,6) | 0,11 | 4 (7,1) | 3 (3,9) | 5 (5,3) | 5 (5,3) | 5 (5,3) | 0,71 |
| Não | 33 (84,6) | 28 (93,3) | 38 (97,4) | | 52 (92,9) | 74 (96,1) | 90 (94,7) | | | |
| Tipo de parto | | | | | | | | | | |
| Cesáreo | 24 (61,5) | 16 (53,3) | 17 (43,6) | 0,28 | 18 (32,1) | 23 (29,9) | 30 (31,6) | 30 (31,6) | 30 (31,6) | 0,95 |
| Vaginal | 15 (38,5) | 14 (46,7) | 22 (56,4) | | 38 (67,9) | 54 (70,1) | 65 (68,4) | | | |
| Fumava antes de engravidar | | | | | | | | | | |
| Sim | 11 (44,0) | 7 (28,0) | 7 (28,0) | 0,56 | 11 (19,6) | 15 (19,5) | 13 (13,7) | 13 (13,7) | 13 (13,7) | 0,51 |
| Não | 28 (33,7) | 23 (27,7) | 32 (38,6) | | 45 (80,4) | 62 (80,5) | 82 (86,3) | | | |
| Fumou na gravidez | | | | | | | | | | |
| Sim | 11 (55,0) | 3 (15,0) | 6 (30,0) | 0,12 | 7 (12,5) | 11 (14,3) | 8 (8,4) | 8 (8,4) | 8 (8,4) | 0,46 |
| Não | 28 (31,8) | 27 (30,7) | 33 (37,5) | | 49 (87,5) | 66 (85,7) | 87 (91,6) | | | |

Tabela 10 - Associação entre apoio material e características psicossociais e de rede social das puérperas atendidas em uma maternidade pública da rede município do Rio de Janeiro em 2009

| Variáveis psicossociais e de rede social | Apoio material | | | | Controles | | | | | |
|---|------------------|------------------|--------------|-------|-----------|------------------|------------------|--------------|--|----|
| | Casos | | 100 | | *p | Casos | | 100 | | *p |
| | 20 a 75 n (%) | 80 a 95 n (%) | 100 n (%) | | | 20 a 75 n (%) | 80 a 95 n (%) | 100 n (%) | | |
| Apoio do pai da criança | | | | | | | | | | |
| Não | 8 (20,5) | 3 (10,0) | 7 (17,9) | 0,49 | 9 (16,1) | 10 (13,0) | 20 (21,1) | 0,36 | | |
| Sim | 31 (79,5) | 27 (90,0) | 32 (82,1) | | 47 (83,9) | 67 (87,0) | 75 (78,9) | | | |
| Frequência você conta com ajuda da mãe | | | | | | | | | | |
| Nunca | 14 (35,9) | 4 (13,3) | 7 (17,9) | 0,002 | 16 (28,6) | 11 (14,3) | 12 (12,1) | >0,001 | | |
| Raramente/às vezes/quase sempre | 13 (33,3) | 5 (16,7) | 4 (10,3) | | 18 (32,1) | 13 (16,9) | 10 (10,5) | | | |
| Sempre | 12 (30,8) | 21 (70,0) | 28 (71,8) | | 22 (39,3) | 53 (68,8) | 73 (76,8) | | | |
| Frequência você conta com o pai da criança | | | | | | | | | | |
| Nunca | 3 (7,7) | - | 2 (5,1) | 0,07 | 3 (5,4) | 1 (1,3) | 9 (9,5) | 0,004 | | |
| Raramente/às vezes/quase sempre | 10 (25,6) | 3 (10,0) | 3 (7,7) | | 18 (32,1) | 11 (14,3) | 12 (12,6) | | | |
| Sempre | 26 (66,7) | 27 (90,0) | 34 (87,2) | | 35 (62,5) | 65 (84,4) | 74 (77,9) | | | |
| Número de parentes | | | | | | | | | | |
| Até 2 parentes | 31 (79,5) | 18 (60,0) | 24 (61,5) | 0,13 | 37 (66,1) | 50 (64,9) | 46 (48,4) | 0,03 | | |
| 3 a 20 parentes | 8 (20,5) | 12 (40,0) | 15 (38,5) | | 19 (33,9) | 27 (35,1) | 49 (51,6) | | | |
| Número de amigos | | | | | | | | | | |
| Até 2 amigos | 30 (76,9) | 24 (80,0) | 23 (59,0) | 0,10 | 47 (83,9) | 61 (79,2) | 66 (69,5) | 0,09 | | |
| 3 a 20 amigos | 9 (23,1) | 6 (20,0) | 16 (41,0) | | 9 (16,1) | 16 (20,8) | 29 (30,5) | | | |
| Atividades artísticas/esportivas | | | | | | | | | | |
| Não | 38 (97,4) | 29 (96,7) | 36 (92,3) | 0,51 | 50 (89,3) | 62 (80,5) | 80 (84,2) | 0,39 | | |
| Sim | 1 (2,6) | 1 (3,3) | 3 (7,7) | | 6 (10,7) | 15 (19,5) | 15 (15,8) | | | |
| Reunião de moradores | | | | | | | | | | |
| Não | 36 (92,3) | 28 (93,3) | 37 (94,9) | 0,89 | 49 (87,5) | 75 (97,4) | 90 (94,7) | 0,05 | | |
| Sim | 3 (7,7) | 2 (6,7) | 2 (5,1) | | 7 (12,5) | 2 (2,6) | 5 (5,3) | | | |
| Trabalho voluntário | | | | | | | | | | |
| Não | 37 (94,9) | 28 (93,3) | 35 (89,7) | 0,67 | 53 (94,6) | 72 (93,5) | 91 (95,8) | 0,80 | | |
| Sim | 2 (5,1) | 2 (6,7) | 4 (10,3) | | 3 (5,4) | 5 (6,5) | 4 (4,2) | | | |

Na análise multivariada, a influência dos fatores associados à prematuridade foi investigada de acordo com sua relação com cada dimensão do apoio social. As variáveis selecionadas foram incluídas conforme critério descrito no capítulo de material e métodos. Apenas o apoio material apresentou sobrerisco de 1,89 (IC95% 0,94-3,79) para o menor tercil quando testado com a variável dependente (prematuridade), as demais dimensões do apoio social não apresentaram associação com o desfecho (Tabela 11). À exceção do número de hospitais procurados pela gestante antes do parto, todas as demais co-variáveis dos modelos testados apresentaram sobrerisco quando analisadas com apoio material em relação ao menor tercil. Foi observado que as co-variáveis gestação múltipla, Fez pré-natal, prematuridade anterior, número de consultas e parto cesáreo apresentaram risco para prematuridade (OR= 7,68; OR= 3,01; OR= 3,99; OR= 4,75; OR= 2,42); enquanto o apoio material, embora tenha apresentado um sobrerisco para a prematuridade (OR= 1,89), esta associação não foi estatisticamente significativa (Tabela 11). Todos os modelos analisados foram ajustados por idade.

Para o modelo final foram analisadas apenas as variáveis que apresentaram associação com o risco para a prematuridade na análise multivariada e a variável de exposição apoio material. As variáveis que se mostraram associadas à prematuridade no modelo final foram gestação múltipla (OR=4,45 IC95% 1,27-15,5), parto cesáreo (OR=2,24 IC95% 1,33-3,75), número de consultas (OR=4,67 IC95% 1,94-11,2), prematuridade anterior (OR= 2,01 IC95% 1,34-6,76). O apoio material apresentou risco 1,24 vezes para parto prematuro em relação ao menor tercil, porém esta associação não foi estatisticamente significativa (Tabela 12).

Tabela 11 - Regressão logística: Associação entre prematuridade, dimensões do apoio e co-variáveis das puérperas atendidas em uma maternidade pública do Município do Rio de Janeiro em 2009

| MODELOS | OR | IC 95% |
|------------------------------------|------|-----------|
| MODELO 1 | | |
| Apoio Material | | |
| 20 a 75 | 1,89 | 0,94-3,79 |
| 85 a 95 | 0,96 | 0,53-1,73 |
| 100 | 1 | |
| Apoio Afetivo | | |
| 20 a 86 | 1,14 | 0,54-2,42 |
| 93 a 99 | 1,56 | 0,64-3,79 |
| 100 | 1 | |
| Apoio Emocional-Informativo | | |
| 20 a 72 | 0,76 | 0,31-1,85 |
| 75 a 90 | 0,93 | 0,50-1,74 |
| 92 a 100 | 1 | |
| Interação Positiva | | |
| 20 a 70 | 0,87 | 0,41-1,86 |
| 75 a 90 | 0,99 | 0,54-1,83 |
| 95 a 100 | 1 | |
| MODELO 2 | | |
| Apoio Material | | |
| 20 a 75 | 1,85 | 0,92-3,73 |
| 85 a 95 | 0,97 | 0,53-1,75 |
| 100 | 1 | |
| Apoio Afetivo | | |
| 20 a 86 | 1,15 | 0,54-2,44 |
| 93 a 99 | 1,56 | 0,64-3,78 |
| 100 | 1 | |
| Apoio Emocional-Informativo | | |
| 20 a 72 | 0,74 | 0,30-1,80 |
| 75 a 90 | 0,94 | 0,50-1,75 |
| 92 a 100 | 1 | |
| Interação Positiva | | |
| 20 a 70 | 0,91 | 0,42-1,95 |
| 75 a 90 | 0,99 | 0,54-1,84 |
| 95 a 100 | 1 | |
| Idade da mãe | 1,01 | 0,98-1,05 |

MODELO 3*

Cont. da Tabela 11

Apoio Material

| | | |
|---------|------|-----------|
| 20 a 75 | 1,79 | 0,89-3,62 |
| 85 a 95 | 0,98 | 0,54-1,78 |
| 100 | 1 | |

Apoio Afetivo

| | | |
|---------|------|-----------|
| 20 a 86 | 1,14 | 0,54-2,44 |
| 93 a 99 | 1,66 | 0,68-4,04 |
| 100 | 1 | |

Apoio Emocional-Informativo

| | | |
|----------|------|-----------|
| 20 a 72 | 0,74 | 0,30-1,82 |
| 75 a 90 | 0,96 | 0,51-1,79 |
| 92 a 100 | 1 | |

Interação Positiva

| | | |
|----------|------|-----------|
| 20 a 70 | 0,91 | 0,42-1,96 |
| 75 a 90 | 0,98 | 0,53-1,82 |
| 95 a 100 | 1 | |

Fez pré-natal

| | | |
|-----|------|-----------|
| Não | 3,01 | 1,09-8,29 |
| Sim | 1 | |

MODELO 4***Apoio Material**

| | | |
|---------|------|-----------|
| 20 a 75 | 1,76 | 0,86-3,60 |
| 85 a 95 | 0,87 | 0,47-1,60 |
| 100 | 1 | |

Apoio Afetivo

| | | |
|---------|------|-----------|
| 20 a 86 | 1,14 | 0,53-2,44 |
| 93 a 99 | 1,28 | 0,50-3,28 |
| 100 | 1 | |

Apoio Emocional-Informativo

| | | |
|----------|------|-----------|
| 20 a 72 | 0,72 | 0,28-1,82 |
| 75 a 90 | 1,06 | 0,55-2,01 |
| 92 a 100 | 1 | |

Interação Positiva

| | | |
|----------|------|-----------|
| 20 a 70 | 1,01 | 0,46-2,19 |
| 75 a 90 | 0,96 | 0,51-1,81 |
| 95 a 100 | 1 | |

MODELO 5*

Cont. da tabela 11

Apoio material

| | | |
|---------|------|-----------|
| 20 a 75 | 1,64 | 0,80-3,36 |
| 85 a 95 | 0,99 | 0,54-1,80 |
| 100 | 1 | |

Apoio Afetivo

| | | |
|---------|------|-----------|
| 20 a 86 | 1,11 | 0,52-2,40 |
| 93 a 99 | 1,72 | 0,70-4,20 |
| 100 | 1 | |

Apoio Emocional-Informativo

| | | |
|----------|------|-----------|
| 20 a 72 | 0,68 | 0,27-1,68 |
| 75 a 90 | 0,96 | 0,51-1,81 |
| 92 a 100 | 1 | |

Interação Positiva

| | | |
|----------|------|-----------|
| 20 a 70 | 0,97 | 0,45-2,12 |
| 75 a 90 | 1,04 | 0,56-1,95 |
| 95 a 100 | 1 | |

Prematuridade anterior

| | | |
|-----|------|-----------|
| Sim | 3,99 | 1,87-8,49 |
| Não | 1 | |

MODELO 6***Apoio material**

| | | |
|---------|------|-----------|
| 20 a 75 | 1,74 | 0,86-3,52 |
| 85 a 95 | 0,96 | 0,53-1,74 |
| 100 | 1 | |

Apoio Afetivo

| | | |
|---------|------|-----------|
| 20 a 86 | 1,19 | 0,56-2,55 |
| 93 a 99 | 1,62 | 0,66-3,93 |
| 100 | 1 | |

Apoio Emocional-Informativo

| | | |
|----------|------|-----------|
| 20 a 72 | 0,76 | 0,31-1,85 |
| 75 a 90 | 0,95 | 0,51-1,79 |
| 92 a 100 | 1 | |

Interação Positiva

| | | |
|----------|------|-----------|
| 20 a 70 | 0,99 | 0,46-2,14 |
| 75 a 90 | 1,06 | 0,57-1,97 |
| 95 a 100 | 1 | |

Número de hospitais

| | | |
|--------------|------|-----------|
| Dois a cinco | 1,57 | 0,94-2,63 |
| Um hospital | 1 | |

MODELO 7*

Cont. da tabela 11

Apoio material

| | | |
|---------|------|-----------|
| 20 a 75 | 1,83 | 0,89-3,76 |
| 85 a 95 | 1,01 | 0,55-1,86 |
| 100 | 1 | |

Apoio Afetivo

| | | |
|---------|------|-----------|
| 20 a 86 | 1,15 | 0,52-2,50 |
| 93 a 99 | 1,80 | 0,73-4,45 |
| 100 | 1 | |

Apoio Emocional-Informativo

| | | |
|----------|------|-----------|
| 20 a 72 | 0,67 | 0,26-1,67 |
| 75 a 90 | 0,93 | 0,49-1,76 |
| 92 a 100 | 1 | |

Interação Positiva

| | | |
|----------|------|-----------|
| 20 a 70 | 0,87 | 0,39-1,92 |
| 75 a 90 | 0,94 | 0,50-1,77 |
| 95 a 100 | 1 | |

Número de consultas

| | | |
|---------------------|------|-----------|
| Não fez consulta | 3,70 | 1,14-12,0 |
| 1 a 3 consultas | 4,75 | 2,04-11,0 |
| 4 ou mais consultas | 1 | |

MODELO 8***Apoio material**

| | | |
|---------|------|-------------|
| 20 a 75 | 1,74 | (0,85-3,54) |
| 85 a 95 | 0,95 | (0,52-1,72) |
| 100 | 1 | |

Apoio Afetivo

| | | |
|---------|------|-------------|
| 20 a 86 | 1,34 | (0,62-2,90) |
| 93 a 99 | 1,52 | (0,61-3,79) |
| 100 | 1 | |

Apoio Emocional-Informativo

| | | |
|----------|------|-------------|
| 20 a 72 | 0,64 | (0,26-1,60) |
| 75 a 90 | 0,92 | (0,49-1,74) |
| 92 a 100 | 1 | |

Interação Positiva

| | | |
|----------|------|-------------|
| 20 a 70 | 0,92 | (0,42-2,02) |
| 75 a 90 | 1,01 | (0,54-1,89) |
| 95 a 100 | 1 | |

Tipo de parto

| | | |
|----------------|------|-------------|
| Cesáreo | 2,42 | (1,48-3,95) |
| Vaginal | 1 | |

Cont. da tabela 11

MODELO 9*
Apoio material

| | | |
|---------|------|-------------|
| 20 a 75 | 1,77 | (0,87-3,56) |
| 85 a 95 | 0,93 | (0,51-1,69) |
| 100 | 1 | |

Apoio Afetivo

| | | |
|---------|------|-------------|
| 20 a 86 | 1,14 | (0,54-2,41) |
| 93 a 99 | 1,46 | (0,59-3,56) |
| 100 | 1 | |

Apoio Emocional-Informativo

| | | |
|----------|------|-------------|
| 20 a 72 | 0,73 | (0,30-1,77) |
| 75 a 90 | 0,95 | (0,51-1,78) |
| 92 a 100 | 1 | |

Interação Positiva

| | | |
|----------|------|-------------|
| 20 a 70 | 0,87 | (0,40-1,87) |
| 75 a 90 | 1,00 | (0,54-1,85) |
| 95 a 100 | 1 | |

Número de parentes

| | | |
|-----------------|------|-------------|
| Até 2 parentes | 1,49 | (0,90-2,46) |
| 3 a 20 parentes | 1 | |

(*) ajustado por idade

Tabela 12 - Modelo final - Associação entre prematuridade, apoio material e co-variáveis da população de puérperas atendidas em uma maternidade pública do município do Rio de Janeiro em 2009

| <i>Apoio social/co-variáveis</i> | <i>OR</i> | <i>IC 95%</i> |
|----------------------------------|-----------|---------------|
| Apoio material | | |
| 20 a 75 | 1,24 | 0,67-2,30 |
| 85 a 95 | 0,93 | 0,50-1,72 |
| 100 | 1 | |
| Número de consultas | | |
| Não fez pré-natal | 4,14 | 1,19-14,3 |
| 1 a 3 consultas | 4,67 | 1,94-11,2 |
| 4 ou mais consultas | 1 | |
| Gestação | | |
| Múltipla | 4,45 | 1,27-15,5 |
| Única | 1 | |
| Tipo de Parto | | |
| Cesáreo | 2,24 | 1,33-3,75 |
| Vaginal | 1 | |
| Prematuridade anterior | | |
| Sim | 2,01 | 1,34-6,76 |
| Não | 1 | |
| Número de hospitais | | |
| Dois a cinco | 1,58 | 0,92-2,73 |
| Um hospital | 1 | |

Legenda: * ajustado por idade

CAPÍTULO V

DISCUSSÃO

5 DISCUSSÃO

Alguns estudos têm investigado a influência do apoio social sobre a saúde e o bem estar psicológico (KATZ et al, 2008, DeGARMO; PATRAS; EAP, 2008, FISCHER; LIAO; MOSCA, 2008, ARAÚJO; PEREIRA, 2007, GVAZ et al, 2007, DANTAS; PELEGRINO; GARBIN, 2007, CANELLA, 2006, SILVA, 2005, ANDRADE et al, 2005, FELDMAN et al, 2000, JIROJWONG; DUNT; GOLDSWORTHY, 1999, RIBEIRO, 1999, CASTRO; CAMPERO; HERNÁNDEZ, 1997, BLOOM, 1990); nesse estudo em particular não foi encontrada associação direta entre apoio social e prematuridade. Tal ausência de associação direta não significa que de fato o apoio social não esteja associado à prematuridade, uma vez que dois mecanismos explicam o papel do apoio social. No primeiro verifica-se um efeito direto sobre a saúde; no segundo o apoio funciona como um mediador, amenizando conseqüências que podem culminar em desfechos negativos (KATZ et al, 2008, DeGARMO; PATRAS; EAP, 2008; DANTAS; PELEGRINO; GARBIN, 2007; FELDMAN et al, 2000; OLSTAD; SEXTON; SOGAARD, 1999). Tal efeito de “tamponamento” permitiria que o apoio funcionasse como um moderador de agravos, melhorando o funcionamento físico, psicológico e cognitivo daquele indivíduo que passa por uma situação causadora de estress. Neste sentido, o sujeito com nível alto de apoio possuiria mais condições de reagir positivamente às situações adversas em relação a outro que não dispusesse desse recurso.

Ao serem analisadas as diversas dimensões do apoio social em uma população de puérperas de baixa renda, observou-se que somente a escala de apoio material apresentou associação com o desfecho, considerando-se um intervalo de confiança em torno de 90%. Quando realizada a análise multivariada segundo as dimensões do apoio, observou-se que apenas o apoio material manteve significância estatística para o menor tercil do apoio material, conferindo portanto maior risco para prematuridade entre as mulheres com menor

disponibilidade de apoio material. Feldman et al (2000) destacam o papel do apoio social na gravidez, sugerindo um efeito positivo principalmente sobre o peso da criança e a idade gestacional.

É possível que no período gestacional a mulher tenha uma percepção mais favorável a respeito do apoio recebido em relação a aspectos emocionais e afetivos. No entanto no que diz respeito às necessidades materiais, ou seja, alguém que a ajude nos afazeres diários ou na divisão de responsabilidades práticas como “alguém para preparar suas refeições”, acredita-se que essas mulheres sintam-se menos apoiadas. Segundo Simioni e Geib (2008) as mulheres, que recebem ajuda para os afazeres domésticos, têm mais tempo para descansar, conservando energia necessária às adaptações à criança, dedicar-se ao auto-cuidado e ao cuidado de seus filhos

No presente estudo as perguntas relacionadas ao apoio da mãe e ao apoio do pai da criança apresentou significância estatística para o apoio material, mostra que o amparo familiar é importante na determinação de alguns problemas que ocorre durante o período da gestação. O nascimento de uma criança ocorre em um contexto familiar e em uma comunidade. Fatores socioeconômicos e psicossociais podem influenciar no acesso a uma rede de apoio durante a gravidez. A complexidade de tais fatores de natureza ecológica precisam ser melhor conhecida. Para Jussani, Serafim e Marcon (2007), nas mulheres casadas o apoio se manifesta por meio de realização de tarefas domésticas. A mãe seria assim a melhor pessoa para fornecer qualquer tipo de apoio, embora a ajuda oferecida pelo marido tenha sido uma das mais importantes citadas pelas mulheres. Nesse estudo a dificuldade financeira era o principal motivo de muitas separações, gerando necessidade de suporte.

Muito embora nesta investigação grande parte das características socioeconômicas e demográficas estudadas, tais como idade, escolaridade, situação conjugal, renda familiar não tenham apresentado associação com a dimensão do apoio material e nem com o desfecho

(prematividade), o perfil socioeconômico de uma população pode ser um fator importante na determinação de alguns desfechos negativos. Estudo realizado em Pelotas - Rio Grande do Sul, mostrou que quanto menor a renda per capita das famílias, maior era o risco de morte perinatal, quando comparadas com aquelas famílias que possuíam maior renda (MENEZES et al, 1998). Estas variáveis têm influência marcante no acesso aos serviços de atendimento a gravidez e ao nascimento.

Em relação à idade materna, observou-se que a distribuição entre as faixas de idade da mãe eram bastante semelhantes entre casos e controles. Assim como no presente estudo, outros autores não verificaram associação entre idade da mãe e prematuridade (EKWO; MOAWAD, 2000). Alguns estudos vem mostrando que mulheres com idade inferior a 20 anos e/ou superior a 45 apresentam maior risco para a prematuridade; a baixa escolaridade materna e a ausência de companheiro também apresentaram risco para o nascimento prematuro (SILVA et al, 2003, BEZERRA et al, 2006).

O acesso aos serviços de saúde, caracterizado em nosso estudo por “quantos hospitais a mulher passou” para ter seu bebê, mostra que uma parte importante das mulheres (um pouco mais de 30%) que tiveram seus filhos prematuros, passaram por pelo menos dois hospitais. Uma questão fundamental para o planejamento do setor saúde é a distribuição espacial dos serviços e da população usuária (MENEZES et al, 2006). Do ponto de vista geográfico os serviços de saúde estão concentrados em determinados espaços ou lugares, e conseqüentemente, as pessoas que se encontram mais distantes são as que possuem maiores dificuldades de acesso (CAMPOS; CARVALHO; BARCELLOS, 2000). Para Melo et al (2007), há controvérsias em relação à efetividade dos serviços de saúde, devido às desigualdades existentes em relação à oferta, à procura e ao beneficiamento destes serviços, que refletem problemas de cada pessoa diante do processo saúde e doença, assim como a sua práxis perante à saúde.

Pouco mais de 70% das mulheres do presente estudo revelaram possuir renda familiar de até 2 salários mínimos, revelando o baixo nível socioeconômico dessa população de estudo. Existem grandes disparidades na situação de saúde, demonstrando que os indivíduos que se encontram nas camadas inferiores da escala social têm condições piores de saúde do que aqueles pertencentes aos extratos mais favorecidos (CASTRO; CAMPERO; HERNÁNDEZ, 1997).

As características relacionadas à saúde e à assistência apresentaram resultados importantes em relação à prematuridade, como já visto em diversos estudos. Variáveis como acompanhamento pré-natal, número de consultas durante o pré-natal, período de início do pré-natal, primiparidade, gemelaridade, tipo de parto, ameaça de parto prematuro e prematuridade anterior mostraram-se associadas ao nascimento pré-termo. Dentre estes fatores citados, a gestação múltipla foi aquela que apresentou associação mais elevada em relação ao risco para o nascimento prematuro. Com a ampliação no uso de técnicas de reprodução assistida, verifica-se um aumento no número de gestações múltiplas e um incremento nos índices de intercorrências maternas e fetais, dentre as quais a prematuridade (TORLONI; KIKUTI; COSTA, 2000).

Alguns pesquisadores destacam o papel da assistência pré-natal na prevenção de inúmeras complicações durante a gravidez (LEAL; GAMA; CUNHA, 2006, ARAÚJO; TANAKA, 2007, CASCAES et al, 2008). Segundo Kilsztajn et al (2003), uma cobertura pré-natal eficaz é capaz de promover resultados imediatos na diminuição da prematuridade, entretanto a precariedade deste atendimento encontra-se entre os responsáveis pelo aumento da prevalência do nascimento prematuro. De acordo com Monteiro, Benício e Ortiz (2000), mães com menos de cinco consultas pré-natais na cidade de São Paulo apresentavam risco para o baixo peso de 2,47 em relação às mães com cinco ou mais consultas. Estudos

questionam a efetividade da atenção pré-natal na prevenção do baixo peso e da prematuridade.

No presente estudo constatou-se que o tipo de parto esteve associado ao nascimento prematuro. Nos últimos anos as taxas de cesarianas têm aumentado significativamente em todo mundo, ficando muito aquém do parâmetro sugerido pela OMS (Organização Mundial de Saúde). Entre os vários motivos de indicação do parto cesáreo estão a interatividade, sofrimento fetal agudo, apresentação pélvica e distócias; diante dessas complicações a cesariana constitui uma alternativa ao parto vaginal quando há risco eminente para a mãe e para o feto (MIRANDA; MIRANDA; CORRÊA, 1996). Atualmente alguns fatores como a assistência ao pré-natal inadequada, alta escolaridade, a melhora do poder aquisitivo, a inserção da mulher no mercado de trabalho, estão entre os fatores que tem incrementado o número de partos cesáreos no Brasil (OLIVEIRA et al, 2002). Nestes casos a mulher assume papel importante sobre o cuidado pré-natal, o período do nascimento e o tipo de parto que deseja ter (FABRI et al, 2002, OLIVEIRA et al, 2002). Por sua vez essa tendência pode contribuir para a abreviação do período gestacional ocasionando o parto precoce e a ocorrência do nascimento prematuro. A presença de filho anterior pré-termo também esteve associada ao desfecho. Alguns estudos relatam que ter antecedente de parto prematuro aumenta significativamente a chance de uma nova ocorrência (ALMEIDA; SILVA; MONTENEGRO, 1994, NASCIMENTO, 2001).

No presente estudo observamos que as variáveis relacionadas a saúde e assistência estiveram associadas a ocorrência do nascimento prematuro, assim como foi mostrado em outros trabalhos que investigaram os fatores de risco associados a prematuridade (LEAL; GAMA; CUNHA, 2006, KILSZTAJN et al, 2003). Nesta pesquisa estes fatores de risco foram bastante relevantes pois o reconhecimento e o monitoramento desses fatores, são

importantes para formulação políticas voltadas para qualidade dos serviços de saúde e para a diminuição das complicações materno-fetais (SILVA et al, 2009).

Todas as variáveis dos modelos foram ajustadas pela idade da mãe, uma vez que a idade representa um fator de risco importante para algumas intercorrências maternas e fetais como é o caso da prematuridade (AZEVEDO et al, 2002).

A escala de apoio social utilizada no nosso estudo foi usada em diversos trabalhos e considerada adequada em relação a sua confiabilidade e validade (GRIEP et al, 2003, ANDRADE et al, 2005, SILVA; COUTINHO, 2005).

A escolha por uma população de puérperas assistidas em uma rede pública de saúde, com nível socioeconômico desfavorável, em que provavelmente o apoio social disponível fosse mais baixo, configuraria associação com o desfecho devido a sua vulnerabilidade em desenvolver o risco diante de situações adversas. No entanto, verificamos mulheres menos favorecidas com níveis/escores alto de apoio. Estudo realizado por Silva (2005) não encontrou associação entre apoio social e a ocorrência da pré-eclampsia em mulheres de baixa renda, no referido estudo também foi encontrado escores altos de apoio sugerindo que outros estudos contemple as diferentes classes sociais e que a abordagem seja feita antes da ocorrência do desfecho.

Destacam-se como limitações desse estudo o tamanho amostral; o fato de as mulheres serem atendidas em uma maternidade que as caracterize como baixa renda contribuindo para uma homogeneidade nas características psicossociais. A magnitude desta associação pode não ter sido suficiente para superar todas as limitações aparentes do estudo, não permitindo assim a sua associação com o desfecho. Acredita-se que a investigação do apoio social associado à prematuridade deva ser encaminhada entre grupos de maior contraste social, a fim de estudar o comportamento desta associação em outros contextos.

Os resultados apresentados desse trabalho podem contribuir no conhecimento da influência de fatores de natureza não biológica sobre a prematuridade, a fim de elucidar aspectos adicionais e pouco explorados nos modelos explicativos da prematuridade.

CAPÍTULO VI

CONCLUSÃO

6 CONCLUSÃO

Neste estudo os escores das quatro dimensões do apoio social entre as puérperas de baixa renda apresentaram valores elevados, entretanto só foi possível identificar a magnitude da associação do apoio material com a prematuridade. Uma grande variedade de fatores estão presentes na determinação da prematuridade, alguns possuem efeito direto, como os determinantes biológicos; outros apresentam um efeito indireto, como no caso dos determinantes socioeconômicos e psicossociais que, de alguma maneira, interferem na vida e na saúde dos indivíduos.

Os dados relativos à amostra utilizada neste estudo indicam que a associação entre o apoio material e o nascimento do bebê prematuro está relacionada às condições sociais e econômicas em que vive a mulher, uma vez que o apoio material está inteiramente relacionado à provisão de recursos e de ajuda material em situações práticas da vida. As características da rede social nesta pesquisa revelam que a maior fonte de ajuda e apoio vem do pai do bebê e da mãe da puérpera, indicando que as relações familiares constituem importante fonte de apoio, sendo capazes de propiciar os recursos necessários ao desenvolvimento e bem estar dos seus integrantes.

A enfermagem por ser uma profissão próxima ao paciente no processo do cuidado com o corpo, ela é capaz de fazer da observação uma avaliação detalhada direcionando sua atenção para as relações sociais de apoio. Considerando o apoio social um fator facilitador para os enfrentamentos sugere-se que o enfermeiro inclua a avaliação do apoio no planejamento da sua assistência, afim de promover saúde visando melhor qualidade de vida e assistência à saúde.

Embora não tenha sido observada uma associação significativa com as demais dimensões do apoio social com a prematuridade, sabe-se o apoio representa um recurso

valioso num momento de transição existencial e grande vulnerabilidade como é o período gestacional, uma vez que pode proporcionar maior confiança e segurança para o enfrentamento de situações difíceis que podem vir a ocorrer.

Estudos adicionais sobre o apoio social, que visem melhor compreensão do processo saúde/doença, vem contribuir de forma significativa em relação à definição de propostas de intervenção junto à população.

CAPÍTULO VII

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

7 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALMEIDA, M.F.; JORGE, M. H.P.M. O uso da técnica de “linkage” de sistemas de informação em estudos de coorte sobre mortalidade neonatal. *Rev. Saúde Pública*, v. 30, n. 2, p. 141-7, 1996.

ALMEIDA, M.F.; NOVAES, H.M.D.; ALENCAR, G.P.; RODRIGUES, L.C. Mortalidade neonatal no município de São Paulo: influência do peso ao nascer e de fatores sociodemográficos e assistenciais. *Rev Bras Epidemiol*, v. 5, n. 1, p. 93-1007, 2002.

ALMEIDA, M.V.L.; SILVA, L.G.P.; MONTENEGRO, C.A.B. A prematuridade na maternidade-escola do Rio de Janeiro: estudo dos fatores de risco. *Jornal Bras Ginecol*, v. 104, n. 6, p. 191-7, 1994.

ANDRADE, C.R.; CHOR, D.; FAERSTEIN, E.; GRIEP, R.H.; LOPES, C.S.; FONSECA, M.J.M. Apoio social e auto exame das mamas no estudo pró-saúde. *Cad. Saúde Pública*, v. 21, n. 2, p. 379-386, 2005.

ANDRADE, P.C.; LINHARES, J.J.; MARTINELLI, S.; ANTONINI, M.; LIPPI, U.G.; BARACAT, F.F. Resultados perinatais em grávidas com mais de 35 anos: estudo controlado. *RBGO*, v. 26, n. 9, p. 607-702, 2004.

ARAÚJO, B.F.; BOZZETTI, M.C.; TANAKA, A.C.A. Mortalidade neonatal precoce no município de Caxias do Sul: um estudo de coorte. *Jornal de Pediatria*, v. 76, n. 3, p. 200-206, 2000.

ARAÚJO, B.F.; TANAKA, A.C.D. Fatores de risco associados ao nascimento de recém nascidos de muito baixo peso em uma população de baixa renda. *Cad Saude Publica*, v. 23, n. 12, p. 2869-2877, 2007.

ARAÚJO, B.F.; TANAKA, A.C.A.; MADI, J.M. et al. Estudo da mortalidade de recém-nascidos internados na UTI neonatal do Hospital Geral de Caxias do Sul, Rio Grande do Sul. *Rev. Bras. Saúde Matern. Inf*, v. 5, n. 4, p. 463-469, 2005.

ARAÚJO, D.M.R.; PEREIRA, N.L.; KAC, G. Ansiedade na gestação, prematuridade e baixo peso ao nascer: uma revisão sistemática da literatura. *Cad. Saúde Pública*, v. 23, n. 4, p. 747-756, 2007.

ARAÚJO, N.S.A. O papel da assistência hospitalar ao recém-nascido na mortalidade neonatal precoce na Região Sul do município de São Paulo: estudo caso-controle. 2006. Tese (Doutorado em Ciências). Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, São Paulo.

AZEVEDO, G.D.; FREITAS, R.A.O.J.; FREITAS, A.K.M.S.O.; ARAÚJO, A.C.P.F.; SOARES, E.M.M.S.; MARANHÃO, T.M.O. Efeitos da idade materna sobre os resultados perinatais. *Rev Bras Gineco Obstetr*, v. 24, n. 3, p. 181-5, 2002.

BADLISSI, D.A.; GUILLEMETTE, A.F. Prematurity and low birth weight: effects of active and passive smoking during pregnancy. *Can J Public Health*, v. 92, n. 4, p. 272-5, 2001.

BARBOSA, M.T.; BYINGTON, M.R.L.; STRUCHINER, C.J. Modelos dinâmicos e redes sociais: revisão e reflexões a respeito de sua contribuição para o entendimento da epidemia do HIV. *Cad. Saúde Pública*, v. 16, n. 1, p. 37-51, 2000.

BARROS, A.J.D; SANTOS, I.S; VICTORA, C.G. et al. Coorte de nascimentos de Pelotas, 2004: metodologia e descrição. *Rev. Saúde Pública*, São Paulo, v. 40, n. 3, p. 402-413, 2006.

BERKMAN, L.F.; SYME, S.L. Social networks, host resistance, and mortality: A nine-year follow-up study of Alameda County residents. *American Journal of Epidemiology*, v. 109, n. 2, p. 186-204, 1979.

BEZERRA, L.C.; OLIVEIRA, S.M.J.V.; LATORRE, M.R.D.O. Prevalência e fatores associados à prematuridade entre gestantes submetidas à inibição de trabalho de parto prematuro. *Rev. Bras. Saúde Matern. Infant*, v. 6, n. 2, p. 223-229, 2006.

BITTAR, R.E.; CARVALHO, M.H.B.; ZUGAIB, M. Condutas para o trabalho de parto pré-termo. *Rev. Bras Ginecol Obstet*, v. 27, n. 9, p. 561-566, 2005.

BLOOM, J.R. The relationship of social support and health. *Soc Sci Med*, v. 30, n. 5, p. 635-37, 1990.

BOCCHI, S.C.M.; ANGELO, M. Entre a liberdade e a reclusão: o apoio social como componente da qualidade de vida do binômio cuidador familiar-pessoa dependente. *Rev Latino-am Enfermagem*, v. 16, n. 1, p. 15-23, 2008.

BOHACHICK, P.; TAYLOR, M.V.; SEREIKA, S.; REEDER, S.; ANTON, B.B. Social support, personal control, and psychosocial recovery following heart transplantation. *Clin Nurs Res*, v. 11, n. 1, p. 34-51, 2002.

CAMPOS, T.P.; CARVALHO, M.S.; BARCELLOS, C.C. Mortalidade infantil no Rio de Janeiro, Brasil: áreas de risco e trajetória dos pacientes até os de serviços saúde. *Rev. Panam. Salud Pública*, [S.I.], v. 8, n. 3, p. 164-171, 2000.

CANNELLA, B.L. Mediators of the relationship between social support and positive health practices in pregnant women. *Nurs Res*, v. 55, n. 6, p. 437-45, 2006.

CASCAES, A.M.; GAUCHE, H.; BARAMARCHI, F.M.; BORGES, C.M.; PERES, K.G. Prematuridade e fatores associados ao 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, v. 24, n. 5, p. 1024-1032, 2008.

CASTRO, R.; CAMPERO, L.; HERNÁNDEZ, B. La investigación sobre apoyo social em salud: situación actual y nuevos desafios. *Rev. Saúde Pública*, v. 31, n. 4, p. 425-35, 1997.

CHOR, D.; GRIEP, R.H.; LOPES, C.S.; FAERSTEIN, E. Medidas de rede e apoio social no Estudo Pró-Saúde: pré-testes e estudo piloto. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 17, n. 4, p. 887-896, 2001.

CNATTINGIUS, S. The epidemiology of smoking during pregnancy: smoking prevalence, maternal characteristics, and pregnancy outcomes. *Nicotine Tob Res*, v. 6, Suppl 2, p. S125-40, 2004.

COBB, S. Social Support as a moderator of life stress. *Psychosomatic Medicine*, v. 38, n. 5, p. 300-314, 1976.

COHEN, S.; WILLS, T.A. Stress, social support and the buffering hypothesis. *Psychological Bulletin*, v. 98, n. 2, p. 310-357, 1985.

CORRÊA, M.D.; JÚNIOR, M.D.C. Parto pré-termo. In: REZENDE, J. *Obstetrícia*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2005, p. 929-946.

COSTA, A.G.; LUDERMIR, A.B. Transtornos mentais comuns e apoio social: estudo em comunidade rural da Zona da Mata de Pernambuco, Brasil. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 21, n. 1, p. 73-79, 2005.

DALGARD, O.S; HAHEIM, L.L. Psychosocial Risk Factors and Mortality: A Prospective Study with Special Focus on Social Support, Social Participation, and Locus of Control in Norway. *Journal of Epidemiology and Community Health*, v. 52, n. 8, p. 476-481, 1998.

DANTAS, R.A.S.; PELEGRINO, V.M.; GARBIN, L.M. Avaliação do apoio social e sua relação com variáveis sociodemográficas de pacientes com insuficiência cardíaca em seguimento ambulatorial. *Cienc Cuid Saúde*, v. 6, n. 4, p. 456-462, 2007.

DeGARMO, D.S.; PATRAS, J.; EAP, S. Social Support for Divorced Fathers' Parenting: Testing a Stress-Buffering Model. *Family Relations*, v. 57, n. 1, p. 35-48, 2008

DIAS, J.; NASCIMENTO, L.C.; MENDES, I.J.M; ROCHA, S.M.M. Promoção de saúde das famílias de docentes de enfermagem: apoio, rede social e papéis na família. *Texto contexto - enferm*, v. 16, n. 4, p. 688-695, 2007.

DIAS, M.A.B.; DESLANDES, S.F. Cesarianas: percepção de risco e sua indicação pelo obstetra em uma maternidade pública no Município do Rio de Janeiro. *Cad. Saúde Pública*, v. 20, n. 1, p. 109-116, 2004.

EBRAHIM, S.H.; FLOYD, R.L.; MERRITT, R.K.; DECOUFLE, P.; HOLTZMAN, D. Trends in pregnancy related smoking rates in the United States, 1987-1996. *JAMA*, v. 283, n. 3, p. 361-366, 2000.

EKWU, E.E.; MOAWAD, A. Maternal age and preterm births in a black population. *Paediatr Perinat Epidemiol*, v. 14, n. 2, p. 145-51, 2000.

ESCOBAR, G.J.; CLARCK, R.H.; GREENE, J.D. Short-term outcomes of infants born at 35 and 36 weeks gestation: we need to ask more questions. *Elsevier*, v. 146, p. 28-33, 2006.

FACHADO, A.A.; MARTINEZ, A.M.; VILLALVA, C.M.; PEREIRA, M.G. Adaptação cultural e validação da versão portuguesa - Questionário Medical Outcomes Study Social Support Survey (MOS-SSS). *Acta Med Port*, v. 20, p. 525-533, 2007.

FAERSTEIN, E.; LOPES, C.S.; VALENTE, K.; PLÁ, M.A.S.; FERREIRA, M.B. Pré-testes de um questionário multidimensional autoperenchível: A experiência do Estudo Pró-Saúde. *PHYSIS – Revista de Saúde Coletiva*, v. 9, n. 2, p. 117-130, 1999.

FALCETO O.G. A influência de fatores psicossociais na interrupção precoce do aleitamento materno. Tese de doutorado não publicada. Universidade Federal do Rio Grande do Sul, 2002. Faculdade de Medicina. Programa de Pós-Graduação em Ciências Médicas: Clínica Médica.

FEBRASGO. Manual de Assistência Pré-Natal. FEBRASGO, 2001. Disponível em <http://www.febasgo.org.br/Publicações/Manuais/tabid/78/Default.aspx> Acesso em 08 de outubro de 2007.

FELDMAN, P.J.; DUNKEL-SCHETTER, C. SANDMAN, C.A.; WADHWA, P.D. Maternal social support predicts birth weight and fetal growth in human pregnancy. *Psychosom Med*, v. 62, p. 715-725, 2000.

FISCHER, A.B.A.; LIAO M.; MOSCA, L. Physical activity as a potential mechanism through which social support may reduce cardiovascular disease risk. *J Cardiovasc Nurs*, v. 23, n. 2, p. 90-6, 2008.

FONSECA, E.C.; VAINTRAUB, M.T.; MACHADO, L.V. Vaginose Bacteriana. *GO ATUAL*, v. 8, p. 18-24, 2001.

GIGLIO, M.R.P.; LAMOUNIER, J.A.; MORAIS, N.O.L. Via de parto e risco para mortalidade neonatal em Goiânia no ano de 2000. *Rev Saude Publica*, v. 39, n. 3, p. 350-7, 2005.

GOLDENBERG, R.L.; CULHANE, J.F.; IAMN, J.D.; ROMERO, R. Epidemiology and causes of preterm birth. *Lancet*, v. 371, n. 9606, p. 75-84, 2008.

GOLDENBERG, R.L. The management of preterm labor. *Obstet Ginecol*, v. 100, p. 1020-37, 2002.

GOULART, A.L. Assistência ao recém-nascido pré-termo. In: KOPELMAN, B.I.; SANTOS, A.M.N.; ALMEIDA, M.F.B.; MIYOSHI, M.H.; GUINSBURG, R. Diagnóstico e tratamento em Neonatologia. São Paulo: Atheneu, 2004. p. 17-23.

GRANDI, C.A. Relationship between maternal anthropometry and weight gain with birth weight, and risks of low birth weight, small for gestational age and prematurity at an urban population of Buenos Aires, Argentina. *Arch Latinoam Nutr*, v. 53, n. 4, p. 369-75, 2003.

GRIEP, R.H. Confiabilidade e validade de instrumentos de medida de rede social e de apoio social utilizados no Estudo Pró-Saúde. 2003. Tese (doutorado em Saúde Pública) – Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro.

GRIEP, R.H.; CHOR, D.; FAERSTEIN, E.; LOPES, C.S. Apoio social: confiabilidade teste-reteste de escala no estudo pró-saúde. *Cad. Saúde Pública*, v. 19, n. 2, p. 625-634, 2003.

GRIEP, R.H.; CHOR, D.; FAERSTEIN, E.; WERNECK, G.L.; LOPES, C.S. Validade de constructo de escala de apoio social do Medical Outcomes Study adaptada para o português no Estudo Pró-Saúde. *Cad. Saúde Pública*, v. 21, n. 3, p. 703-714, 2005.

GVAZ, F.; KARAOZ, S.; GOZ, M.; EKIZ, S.; CETIN, I. Effects of the diabetic patients' perceived social support on their quality-of-life. *J Clin Nurs*, v. 16, n. 7, p. 1353-60, 2007.

HARAM, K.; MORTENSEN, J. H. S.; WOLLEN, A. L. Preterm delivery: an overview. *Acta Obstet Gynecol Scand*, v. 82, p. 687-704, 2003.

HODNETT, E.D.; FREDERICKS, S. Apoyo durante el embarazo a mujeres con mayor riesgo de recién nacidos de bajo peso al nacer (Cochrane Plus). In: *The Cochrane Plus*. 2008. Oxford: Update Software.

HUNG, C.H. Predictors of postpartum women's health status. *J Nurs Scholars*, v. 36, n. 4, p. 345-51, 2004.

JIROJWONG, S.; DUNT, D.; GOLDSWORTHY, D. Social support and antenatal clinic attendance among Thai pregnant women in Hatyai, a city in southern Thailand. *J Adv Nurs*, v. 29, n. 2, p. 395-406, 1999.

JOHNSTON, R.B.JR.; WILLIAMS, M.A.; HOGUE, C.J.; MATTISON, D.R. Overview: new perspectives on the stubborn challenge of preterm birth. *Paediatr Perinat Epidemiol*, v. 2, Suppl 15, p. 3-6, 2001.

JUSSANI, N.C.; SERAFIM, D.; MARCON, S.S. Rede social durante a expansão da família. *Rev Bras Enferm*, v. 60, n. 2, p. 184-9, 2007.

KATZ, K.S.; BLAKE, S.M.; MILLIGAN, R.A.; SHARPS, P.W.; WHITE, D.B.; RODAN, M.F.; ROSSI, M.; MURRAY, K.B. The design, implementation and acceptability of an integrated intervention to address multiple behavioral and psychosocial risk factors among pregnant African American women. *BMC Pregnancy and Childbirth*, n. 8, p. 22, 2008.

KAVANAUGH, K.; TRIER, D.; KORZEC, M. Social Support Following Perinatal Loss. *J Fam Nurs*, v. 10, n. 1, p. 70-92, 2004.

KAWACHI, I.; COLDITZ, G.A.; ASCHERIO A.; RIMM, E.B.; GIOVANNUCCI, E.; STAMPFER, M.J.; WILLETT, W.C. A prospective study of social networks in relation to total mortality and cardiovascular disease in men in the USA. *J Epidemiol Community Health*, v. 50, n. 3, p. 245-51, 1996.

KESSLER, R.; PRICE, R.; WORTMAN, C. Social factors in psychopathology: stress, social support, and coping process. *Annual Review of Psychology*, v. 36, p. 531-572, 1985.

KILSZTAJN, S.; ROSSBACH, A.; CARMO, M.S.; SUGAHARA, G.T.L. Assistência pré-natal, baixo peso e prematuridade no estado de São Paulo, 2000. *Rev Saúde Pública*, v. 37, n. 3, p. 303-310, 2003.

KRAMER, M.S.; DEMISSIE, K.; YANG, H.; PLATT, R.W.; SAUVE, R.; LISTON, R. The contribution of mild and moderate preterm birth to infant mortality. Fetal and Infant Health Study Group of the Canadian. *JAMA*, v. 284, n. 7, p. 843-9, 2000.

KRAMER, M.S.; GOULET, L.; LYDON, J.; SÉGUIN, L.; McNAMARA, H.; DASSA, C. et al. Socio-economic disparities in preterm birth: causal pathways and mechanisms. *Paediatr Perinatal Epidemiol*, v. 15, Suppl 2, p. 104-23, 2001.

KRISTOFFERSON, M.L.; LÖFMARK, R.; CARLSSON, M. Myocardial infarction: gender differences in coping and social support. *J Adv Nurs*, v. 44, n. 4, p. 360-74, 2003.

LAWN, J.E.; COUSENS, S.; ZUPAN, J. Lancet Neonatal Survival Steering Team. 4 million neonatal deaths: when? Where? Why? *Lancet*, v. 365, n. 9462, p. 891-900, 2005.

LEAL, M.C.; GAMA, S.G.N.; CAMPOS, M.R.; CAVALINI, L.T.; GARBYO, L.S.; BRASIL, C.L.P.; SZWARCOWALD, C.L. Fatores associados à morbi-mortalidade perinatal em uma amostra de maternidades públicas e privadas do Município do Rio de Janeiro, 1999-2001. *Cad. Saúde Pública*, v. 20, Sup 1, p. S20-S33, 2004.

LEAL, M.C.; GAMA, S.G.N.; CUNHA, C.B. Desigualdades sociodemográficas e suas conseqüências sobre o peso do recém-nascido. *Rev Saúde Pública*, v. 40, n. 3, p. 466-73, 2006.

LIMA, S. CARVALHO, M.L.; VASCONCELOS, A.G.G. Proposta de modelo hierarquizado aplicado à investigação de fatores de risco de óbito infantil neonatal. *Cad. Saúde Pública*, v. 24, n. 8, p. 1910-1916, 2008.

LOGSDON, M.C.; KONIAK-GRIFFIN, D. Social support in postpartum adolescents: guidelines for nursing assessments and interventions. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs*, v. 34, n. 6, p. 761-8, 2005.

LUMLEY, J. Defining the problem: the epidemiology of preterm birth. *Br J Obstet Gynaecol*, v. 110, p. 3-7, 2003.

MAGALHAES, M.C.; CARVALHO, M.S. Atenção hospitalar perinatal e mortalidade neonatal no município de Juiz de Fora, Minas Gerais. *Rev. Bras. Saúde Matern. Infant.*, Recife, v. 3, n. 3, p. 329-337, 2003.

MARSDEN, E.A.; DONNELLY, V.M. Social support and its relationship to immunization status in preschool children. *Issues Compr Pediatr Nurs*, v. 19, n. 4, p. 239-47, 1996.

MARTINS, E.F.; VELÁSQUEZ-MELÉNDEZ, G. Determinantes da Mortalidade Neonatal a partir de uma Coorte de Nascidos Vivos, Montes Claros, Minas Gerais, 1997-1999. *Rev. Bras. Saúde Matern. Infantil*, v. 4, n. 4, p. 405-412, 2004.

MATTISON, D.R.; DAMUS, K.; FIORE, E.; PETRINI, J.; ALTER, C. Preterm delivery: a public health perspective. *Paediatr Perinatal Epidemiol*, v. 15, Suppl 2, p. 7-16, 2001.

MATTOS, A. Validade dimensional da escala de apoio social do Medical Outcomes Study adaptada para o português no Estudo Pró-Saúde. 2009. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro.

MEDINA, J.A. Análisis multivariado de factores de riesgo de prematuridad en Matanzas. *Rev Cubana Obstet Ginecol*, v. 27, n. 1, p. 62-69, 2001.

MELO, E.C.P.; KNUPP, V.M.A.O., OLIVEIRA, R.B., TONINI, T. A peregrinação das gestantes no município do Rio de Janeiro: perfil de óbitos e nascimentos. *Rev Esc Enferm USP*, v. 4, n. spe, p. 804-809, 2007.

MENEZES, D.S.M.; LEITE, I.C.; SCHRAMM, J.M.A.; LEAL, M.C. Avaliação da peregrinação anteparto numa amostra de puérpera no Município do Rio de Janeiro, Brasil, 1999/2001. *Cad Saúde Pública*, v. 22, n. 3, p. 553-9, 2006.

MENEZES, A.M.B; BARROS, F.C.; VICTORA, C.G.; TOMASI, E.; HALPERN, R.; OLIVEIRA, A.L.B. Fatores de risco para mortalidade perinatal em Pelotas, RS, 1993. *Rev Saúde Pública*, v. 32, n. 3 p. 209-16, 1998.

MERCER, B.; GOLDENBERG, R.L.; DAS, A.; MOAWAD, A.H.; IAMS, J.D.; MEIS, P.J.; McNELLIS, D. et al. The preterm prediction study: Effect of gestational age and cause of preterm birth on subsequent obstetric outcome. *Am J Obstet Gynecol*, v. 1, n. 181, p. 1216-21, 1999.

MIRANDA, S.; MIRANDA, G.V.; CORRÊA, M.D. Indicações de cesariana no Hospital das Clínicas da UFMG durante duas décadas. *RGBO: Rev. Bras. Ginecol*, n. 18, p. 511-4, 1996.

MONTEIRO, C.A.; BENICIO, M.H.A.; ORTIZ, L.P. Tendência secular do peso ao nascer na cidade de São Paulo (1984-1996). *Rev Saúde Pública*, v. 34, Supl 6, p. 26-40 2000.

MONTIGNY, F.; LACHARITE, C.; AMYOT, É. The transition to fatherhood: the role of formal and informal support structures during the post-partum period. *Texto contexto - enferm*, v. 15, n. 4, p. 601-609, 2006 .

MORAIS, T.P.R.; DANTAS, R.A.S. avaliação do suporte social entre pacientes cardíacos cirúrgicos: subsídio para o planejamento da assistência de enfermagem. *Rev Latino-am Enfermagem*, v. 15, n. 2, p. 323-329, 2007.

MOUTQUIN, J. Classification and heterogeneity of preterm birth. *BR J Obstetric Gynecol*, v. 110, Sppl 20, p. 30-33, 2003.

NASCIMENTO, L.F.C. Epidemiology of preterm deliveries in Southeast Brazil: a hospital-based study. *Rev Bras Saude Matern Infant*, v. 1, n. 3, p. 263-8, 2001.

OLIVEIRA, S.M.J.V.; RIESCO, M.L.G.; MIYA, C.F.R.; VIDOTTO, P. Tipo de parto: expectativas das mulheres. *Rev Latino Am Enfermagem*, v. 10, n. 5, p. 667-74, 2002.

OLSTAD, R.; SEXTON, H.; SOGAARD, A.J. The Finnmarkstudy: social support, social network and mental distress in a prospective population study. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*, v. 34, p. 519-25, 1999.

ORR, S.T.; MILLER, C. Maternal depressive symptoms and risk of poor pregnancy outcome: review of the literature and preliminary findings. *Epidemiologic Reviews*, v. 17, p. 65-171, 1995.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. Classificação estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde (CID 10). São Paulo: Universidade de São Paulo, 1997.

PAULA, E.S.; NASCIMENTO, L.C.; ROCHA, S.M.M. A influência do apoio social para o fortalecimento de famílias com crianças com insuficiência renal crônica. *Rev Latino-am Enfermagem*, v. 16, n. 4, 2008.

PAULUCCI, R.S.; NASCIMENTO, L.F.C. Mortalidade neonatal em Taubaté: um estudo caso-controle. *Rev Paul Pediatr*, v. 25, n. 4, p. 358-63, 2007.

PEDRO, I.C.S.; GALVAO, C.M.; ROCHA, S.M.M.; NASCIMENTO, L.C. Social support and families of children with cancer: an integrative review. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*, v. 16, n. 3, p. 477-483, 2008 .

PEDROSA, L.D.C.O; SARINHO, S.W; ORDONHA, M.A.R. Análise da qualidade da informação sobre causa básica de óbitos neonatais registrados no Sistema de Informações sobre Mortalidade: um estudo para Maceió, Alagoas, Brasil, 2001-2002. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 23, n. 10, p. 2385-2395, 2007.

PENNINX, B.W.J.H.; TILBURG, T.V.; KRIEGSMAN, D.M.W.; BOEKE, A.J.P.; DEEG, D.J.H.; EIJK, J.T.H.M. Social network, social support, and loneliness in older persons with different chronic diseases. *J Aging Health*, v. 11, n. 2, p. 151-68, 1999.

RADES, E.; BITTAR, R.E.; ZUGAIB, M. Determinantes diretos do parto prematuro eletivo e os resultados neonatais. *Rev Bras Ginecol Obstet*, v. 26, n. 8, p. 655-62, 2004.

RAPOPORT, A.; PICCININI, C.A. A escolha do cuidado alternativo para o bebê e a criança pequena. *Estudos de Psicologia*, v. 9, n. 3, p. 497-503, 2004.

REZENDE, J.; MONTENEGRO, C.A.B. *Obstetrícia fundamental*. 11.ed. Rio de Janeiro. Guanabara Koogan, 2008. p. 300-311.

RIBEIRO, A.M., GUIMARÃES M.J.; LIMA, M.C.; SARINHO, S.W., COUTINHO, S.B. Fatores de risco para mortalidade neonatal em crianças com baixo peso ao nascer. *Rev. Saúde Pública*, v. 43, n. 2, p. 246-255, 2009.

RIBEIRO, J.L.P. Escala de satisfação com o suporte social (ESSS). *Análise psicológica*, v. 3, n. 7, p. 547-558, 1999.

RODRIGUES, M.A.; SEIDL, E.M.F. A importância do apoio social em pacientes coronarianos. *Paidéia*, v. 18, n. 40, p. 279-288, 2008.

SCHOEPS, D.; ALMEIDA, M.F.; ALENCAR, G.P. et al. Fatores de risco para a mortalidade neonatal precoce. *Rev. Saúde Pública*, v. 41, n. 6, p. 1013-1022, 2007.

SEIDL, E.M.F., ZANNON, C.M.L.C.; TRÓCCOLI, B.T. Pessoas vivendo com HIV/ads: enfrentamento, suporte social e qualidade de vida. *Psicologia Reflexão e Crítica*, v. 18, n. 3, p. 188-195, 2005.

SILVA, A.A.M.; SIMÕES, V.W.F.; BARBIERI, M.A.; BETTIOL, H.; LAMY-FILHO, F.; COIMBRA, L.C. et al. Young maternal age and preterm birth. *Paediatr Perinat Epidemiol*, v. 17, n. 4, p. 332-9, 2003.

SILVA, K.S. Associação entre apoio social e pré-eclâmpsia: interação com paridade. 2005. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva). Instituto de Medicina Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro.

SILVA, K.S.; COUTINHO, E.S.F. Escala de apoio social aplicada a uma população de gestantes: confiabilidade teste-reteste e estrutura de concordância dos itens. *Cad. Saúde Pública*, v. 21, n. 3, p. 979-983, 2005.

SILVA, L.A.; SILVA, R.G.A.; ROJAS, P.F.B.; LAUS, F.F.; SAKAE, T.M. Fatores de risco associados ao parto pré-termo em hospital de referência de Santa Catarina. *Rev AMRIGS*, v. 53, n. 4, p. 354-360, 2009.

SILVEIRA, M.F.; SANTOS, I.S.; BARROS, A.J.D.; MATIJASEVICH, A.; BARROS, C.F.; VICTORA, C.G. Aumento da prematuridade no Brasil: revisão de estudos de base populacional. *Rev Saúde Pública*, v. 42, n. 5, p. 957-64, 2008.

SILVEIRA, M.F.; SANTOS, I.S.; MATIJASEVICH, A.; MALTA, D.C.; DUARTE, E.C. Nascimentos pré-termo no Brasil entre 1994 e 2005 conforme o Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (SINASC). *Cad. Saúde Pública*, v. 25, n. 6, p. 1267-1275, 2009.

SILVERIO, C.D.; DANTAS, R.A.S.; CARVALHO, A.R.S. Avaliação do apoio social e da auto-estima por indivíduos coronariopatas, segundo o sexo. *Rev. esc. enferm. USP*, v. 43, n. 2, p. 407-414, 2009.

SIMIONI, A.S.; GEIB, L.T.C. Percepção materna quanto ao apoio social recebido no cuidado às crianças prematuras no domicílio. *Rev Bras Enferm*, v. 61, n. 5, p. 645-51, 2008.

SIQUEIRA, M.M.M. Construção e validação da escala de percepção de suporte social. *Psicologia em estudo*, v. 13, n. 2, p. 381-388, 2008.

STEWART, M.J. Social support intervention studies: a review and prospectus of nursing contributions. *Int J Nurs Stud*, v. 26, n. 2, p. 93-114, 1989.

TRISTÃO, E. G. Fatores de risco para o parto pré-termo na maternidade do Hospital de Clínicas da Universidade federal do Paraná no período de 1994 a 1995. Curitiba, 1996. Tese (Doutorado em clínica cirúrgica) Setor de Ciências da saúde, Universidade do Paraná.

TORLONI, M.R.; KIKUTI, M.A., COSTA, M.M.M. Gestação trigemelar espontânea: complicações maternas e resultados perinatais. *Rev Bras de Ginecol*, v. 22, n. 7, p. 413-419, 2000.

TSUNECHIRO, M.A.; BONADIO, I.C. A família na rede de apoio da gestante. *Fam. Saúde Desenv*, Curitiba, v. 1, n. 1/2, p. 103-106, 1999.

TUCKER, J.; McGUIRE, W. Epidemiology of preterm birth. *BMJ*, v. 329, p. 675-78, 2004.

WADHWA, P.D.; DUNKEL-SCHETTER, C.; CHICZ-DEMET, A.; PORTO, M.; SANDMAN, C.A. Prenatal psychosocial factors and the neuroendocrine axis in human pregnancy. *Psychosocial Med*, v. 58, n. 5, p. 432-446, 1996.

WAGLE, A.; KOMORITA, N.I.; LU, Z.J. Social support and breast self-examination. *Cancer Nurs*, v. 20, n. 1, p. 42-8, 1997.

WEN, S.W.; SMITH, G.; YANG, Q.; WALKER, M. Epidemiology of preterm birth and neonatal outcome. *Semin Fetal Neonatal Med*, v. 9, n. 6, p. 429-35, 2004.

WESTDAHL, C.; MILAN, S.; MAGRIPLES, U.; KERSHAW, T.S.; RISING, S.S.; ICKOVICS, J.R. Social Support and Social Conflict as Predictors of Prenatal Depression. *Obstet Gynecol*, v. 110, n. 1, p.134–140, 2007.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Appropriate technology for birth. *Lancet*, n. 2, p. 436-437, 1985.

ZANNON, C. M. L. C.; TRÓCCOL, B. T. Pessoas vivendo com HIV/ads: enfrentamento, suporte social e qualidade de vida. *Psicologia Reflexão e Crítica*, v. 18, n. 3, p. 188-195, 2005.

APÊDICE 1:

Número:

| | | | |
|--|--|--|--|
| | | | |
|--|--|--|--|

| | | | | | | | | | | | |
|-----------------------------------|--|---|--|---|--|--|--|--|--|--|--|
| 01. NOME DO ENTREVISTADOR: | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |
| 02. DATA DA ENTREVISTA: | | | | | | | | | | | |
| | | / | | / | | | | | | | |

APÊNDICE D – Instrumento de Coleta de Dado

Questionário

1 £. Grupos I: Trabalho de parto pré-termo

2 £. Grupo II: Controle (à termo)

Data da entrevista: ___ / ___ / ___.

Hora: ___:___

Nome do estabelecimento: _____

QUESTIONÁRIO DE ENTREVISTA A MÃE NA MATERNIDADE:

1) Nome: _____

2) Apelido: _____(sigla do nome todo)

3) Número do prontuário: _____

4) Data de nascimento: ___/___/____.

5) Idade: _____ anos

6) Cor da pele:

- 1£. branca 2£. negra
3£. Amarela 4£. mestiça

7) Estado civil:

- 1£. solteira 2£. casada
3£. divorciada\ separada 4£. viúva

8) Endereço de residência detalhado:

9) Bairro:

10) Município:

11) Telefone p/ contato:

12) Local de residência:

- 1£. comunidade / favela 2 £. bairro
3£. na rua 4 £. loteamentos
5£. outros. _____

CONDIÇÕES DE MORADIA E SITUAÇÃO CONJUGAL

13) Mora em casa

- 1£. própria 2£. alugada
3£. abrigo 4£. rua
5£. outros. _____

14) Onde você mora possui rede de água encanada?

- 1£. Sim 2 £. Não

15) Onde você mora possui rede de esgoto encanado?

- 1£. Sim 2 £. Não

16) Quantas pessoas moram na sua casa com você?

- _____ pessoa(s) 999£. mora sozinho

17) Mora com o pai da criança?

- 1£. Sim 2 £. Não

Caso a resposta da questão 17 seja sim, pergunte as questões 18, 19 e 20

18) Há quanto tempo mora?

19) Esta é a sua primeira gestação com este companheiro?

- 1£. Sim 2 £. Não

20) Qual a idade dele? _____ anos

Se a resposta da questão n°17 for não, pergunte a questão 21

21) Mora com algum outro companheiro, que não seja o pai da criança?

- 1£. Sim 2 £. Não

Se a resposta da questão n° 21 for sim, pergunte a questão 22

22) Quantos anos ele tem? _____ anos

23) Você se sentiu apoiada pelo pai do bebê durante esta gestação?

- 1£. Sim 2 £. Não

GRAU DE ESCOLARIDADE E RENDA FAMILIAR

24) Você lê e escreve?

- 1£. Sim 2 £. Não

25) Frequentou escola?

- 1£. Sim 2 £. Não

26) Qual a última série que concluiu com aprovação?

_____ª série _____º grau

27) Excluindo o trabalho de dona de casa, você tem algum trabalho remunerado?

- 1£. Sim 2 £. Não

Caso a resposta da questão 27 seja sim, pergunte as questões 28 e 29

28) Em que trabalha, qual a sua ocupação?

D2 - Com quantos amigos você se sente a vontade e pode falar sobre quase tudo? (*Não inclua esposo, companheiro(a) ou filhos nesta resposta*).

_____ Amigos **999 £. Nenhum**

D3 - Nos últimos 12 meses, você participou de atividades esportivas em grupo (futebol, vôlei, basquete, outros) ou atividades artísticas em grupo (grupo musical, coral, artes plásticas, outras)?

1 £. Sim **2 £. Não**

D3.1 - Se a resposta for SIM, com que frequência?

1 £. mais de uma vez por semana **2 £. uma vez por semana**

3 £. 2 a 3 vezes por semana **4 £. algumas vezes no ano**

5 £. uma vez no ano

D4 - Nos últimos 12 meses, você participou de reuniões de associações de moradores ou funcionários, sindicatos ou partidos?

1 £. Sim **2 £. Não**

D4.1 - Se a resposta for SIM, com que frequência?

1 £. mais de uma vez por semana **2 £. uma vez por semana**

3 £. 2 a 3 vezes por semana **4 £. algumas vezes no ano**

5 £. uma vez no ano

D5 - Nos últimos 12 meses, você participou de trabalho voluntário não remunerado, em organizações não governamentais (ONGs), de caridade, ou outras ?

1 £. Sim **2 £. Não**

D5.1 - Se a resposta for SIM, com que frequência?

1 £. mais de uma vez por semana **2 £. uma vez por semana**

3 £. 2 a 3 vezes por semana **4 £. algumas vezes no ano**

5 £. uma vez no ano

63) PERGUNTAS DO BLOCO DE APOIO SOCIAL

Todas as perguntas foram precedidas da expressão: ***Se você precisar...com que frequência conta com alguém***

D6 - que o ajude, se ficar de cama?

1 £. nunca

2 £. raramente

3 £. às vezes

4 £. quase sempre

5 £. sempre

D7 - para lhe ouvir, quando você precisa falar?

1 £. nunca

2 £. raramente

3 £. às vezes

4 £. quase sempre

5 £. sempre

D8 - para lhe dar bons conselhos em uma situação de crise?

1 £. nunca

2 £. raramente

3 £. às vezes

4 £. quase sempre

5 £. sempre

D9 - para levá-lo ao médico?

1 £. nunca

2 £. raramente

3 £. às vezes

4 £. quase sempre

5 £. sempre

D10 - que demonstre amor e afeto por você?

1 £. nunca

2 £. raramente

3 £. às vezes

4 £. quase sempre

5 £. sempre

D11 - para se divertir junto?

1 £. nunca

2 £. raramente

3 £. às vezes

4 £. quase sempre

5 £. sempre

D12 - para lhe dar informação que o(a) ajude a compreender uma determinada situação?

1 £. nunca

2 £. raramente

3 £. às vezes

4 £. quase sempre

5 £. sempre

D13 - em quem confiar ou para falar de você ou sobre seus problemas?

1 £. nunca

2 £. raramente

3 £. às vezes

4 £. quase sempre

5 £. sempre

D14 - que lhe dê um abraço?

1 £. nunca 2 £. raramente
 3 £. às vezes 4 £. quase sempre
 5 £. sempre

D15 - com quem relaxar?

1 £. nunca 2 £. raramente
 3 £. às vezes 4 £. quase sempre
 5 £. sempre

D16 - para preparar suas refeições, se você não puder prepará-las?

1 £. nunca 2 £. raramente
 3 £. às vezes 4 £. quase sempre
 5 £. sempre

D17 - de quem você realmente quer conselhos?

1 £. nunca 2 £. raramente
 3 £. às vezes 4 £. quase sempre
 5 £. sempre

D18 - com quem distrair a cabeça?

1 £. nunca 2 £. raramente
 3 £. às vezes 4 £. quase sempre
 5 £. sempre

D19 - para ajudá-lo nas tarefas diárias, se você ficar doente?

1 £. nunca 2 £. raramente
 3 £. às vezes 4 £. quase sempre
 5 £. sempre

D20 - para compartilhar suas preocupações e medos mais íntimos?

1 £. nunca 2 £. raramente
 3 £. às vezes 4 £. quase sempre
 5 £. sempre

D21 - para dar sugestões sobre como lidar com um problema pessoal?

1 £. nunca 2 £. raramente

3 £. às vezes 4 £. quase sempre
 5 £. sempre

D22 - com quem fazer coisas agradáveis?

1 £. nunca 2 £. raramente
 3 £. às vezes 4 £. quase sempre
 5 £. sempre

D23 - que compreenda seus problemas?

1 £. nunca 2 £. raramente
 3 £. às vezes 4 £. quase sempre
 5 £. sempre

D24 - que você ame e que faça você se sentir querido?

1 £. nunca 2 £. raramente
 3 £. às vezes 4 £. quase sempre
 5 £. sempre

64) Se você precisar com que frequência conta com ajuda de sua mãe?

1 £. nunca 2 £. raramente
 3 £. às vezes 4 £. quase sempre
 5 £. sempre

65) Se você precisar com que frequência conta com ajuda do pai da criança?

1 £. nunca 2 £. raramente
 3 £. às vezes 4 £. quase sempre
 5 £. sempre

Formulário

PRONTUÁRIO HOSPITALAR DA MÃE:

1) Nome: _____

2) Iniciais do nome: _____

3) Número de prontuário: _____

4) Data da admissão: ___/___/_____. 5) Horário: ____: ____

6) Data de nascimento: ___/___/____

7) Idade da mãe: _____ (anos)

8) Bairro: _____

9) Município: _____

11) Procedência:

1 £. Residência **2** £. outra instituição

SAÚDE REPRODUTIVA E ASSISTÊNCIA PRÉ-NATAL

| 12) Gesta | 13) Paridade |
|---------------------------------------|---------------------------------|
| 14) História de RN < 2500g? | 1 £. Sim 2 £. Não |
| 15) Prematuridade: | 1 £. Sim 2 £. Não |
| 16) Perda fetal: | 1 £. Sim 2 £. Não |
| 17) Número de abortos espontâneos | |
| 18) Número de abortos induzidos: | |
| 19) Realizou pré-natal? | 1 £. Sim 2 £. Não |

20) Número total de consultas pré-natal:

21) Local onde realizou pré-natal:

1 £. CMS **2** £. Maternidade Pública
3 £. Casa de saúde conveniada **4** £. Consultório particular
5 £. Outros _____ **6** £. Ignorado

22) Gestação:

1 £. única **2** £. dupla
3 £. tríplice **4** £. mais de três

DADOS DA ADMISSÃO DO TRABALHO DE PARTO\PARTO

23) PA (*admissão*) _____ x _____ mmHg

24) Peso _____ Kg _____ g

25) Altura _____ m

26) Idade gestacional: _____ semanas _____ dias (DUM)

_____ semanas _____ dias (USG)

27) Tipo de parto:

1 £. vaginal **2** £. Cesário
3 £. fórceps **4** £. Outros _____

28) Medicamentos referidas durante a internação:

1 £. Antibióticoterapia **2** £. terapêutico
 profilático
3 £. Ocitocina **4** £. Anti-hipertensivo
5 £. Diurético **6** £. Corticóide
7 £. Sulfato de magnésio **8** £. Outras: _____

29) Intercorrências da gestação

- | | |
|------------------------------------|--------------------|
| 1 £. HAS preexistente | 2 £. Pré-eclampsia |
| 3 £. Eclampsia | 4 £. Hepatite B |
| 5 £. Diabetes melitus | 6 £. Sífilis |
| 7 £. Diabetes gestacional | 8 £. HIV |
| 9 £. Rubéola | 10 £. Hemorragias |
| 11 £. Cardiopatas | |
| 12 £. Outras intercorrências _____ | |
-
-

Referências do recém nascido:

- 30) Peso ao nascer: _____g
31) Comprimento: _____cm
32) Sexo: 1 £. masculino 2 £. feminino 3 £. indeterminado

APÊNDICE 2:



Universidade do Rio de Janeiro
Centro de Ciências Biológicas e da Saúde
Programa de Pós-Graduação em Enfermagem – Mestrado

APOIO SOCIAL E PREMATURIDADE EM
PUÉRPERAS DE BAIXA RENDA

ORIENTAÇÕES PARA OS ENTREVISTADORES

Elaine da Costa Guimarães

Rio de Janeiro
2009

Sumário

| | |
|--|----|
| 1.Apresentação..... | 1 |
| 2.Nota aos entrevistadores..... | 2 |
| 3.Informações sobre a pesquisa..... | 2 |
| 4.Objetivo da pesquisa..... | 3 |
| 5.Local de aplicação do formulário..... | 3 |
| 6.Instrumentos da pesquisa..... | 4 |
| 7.Quem fará parte da pesquisa..... | 4 |
| 8.Quem será excluído da pesquisa..... | 4 |
| 9.Como fazer as perguntas do formulário..... | 5 |
| 10.Sigilo das informações..... | 6 |
| 11.Questões específicas do questionário de entrevista com as mães..... | 6 |
| 11 a.Como deve ser o preenchimento do formulário..... | 6 |
| 11 b.Como corrigir erros de preenchimento do formulário..... | 7 |
| 11 c.Como preencher o Formulário..... | 7 |
| 12. Bibliografia Consultada | 10 |

1. Apresentação:

Este estudo faz parte da linha de pesquisa Enfermagem na Atenção à Saúde da Mulher, do Adolescente e da Criança do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem – Mestrado da Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro e tem como objeto de investigação a associação entre o apoio social e a prematuridade.

A prematuridade representa em torno de 6 a 10% das gestações e trata-se de fator determinante para a morbimortalidade neonatal, sendo responsável por 70% de todas as mortes perinatais (ESCOBAR; CLARCK; GREENE, 2006). Este estudo tem como objetivo principal investigar a associação entre apoio social e prematuridade numa população de mulheres de baixa renda.

Os problemas acarretados pela prematuridade vão além dos prejuízos financeiros e do controle de co-morbidades; envolvem questões sociais, afetivas e emocionais ligadas ao acompanhamento das pacientes durante o período gestacional.

Nos últimos anos tem sido explorada em alguns estudos a importância do apoio social na manutenção e recuperação da saúde (DANTAS; PELEGRINO; GARBIN, 2007 , ANDREANI; CUSTÓDIO; CREPALD, 2006, SILVA; COUTINHO, 2005). Dispor de alguém que ofereça ajuda ou apoio em momentos de fragilidade pode facilitar o enfrentamento e a resolução dos problemas e diminuir os efeitos negativos de situações estressantes, favorecendo a saúde em todos os aspectos (SIMIONE; GEIB, 2008).

2. Nota aos entrevistadores:

Vocês foram selecionados para realizar o trabalho de campo da pesquisa “Associação entre apoio social e prematuridade numa população de baixa renda”.

Para a realização deste trabalho, é necessária uma rotina contínua de trabalho onde todas as mulheres com filhos prematuros sejam entrevistadas sem perdas das mesmas. Além disso, haverá coleta de dados em prontuários os quais também serão analisados.

Para os entrevistadores de campo, a carga horária é de 12 horas diárias em dias semanais alternados no horário diurno. As entrevistas serão realizadas em finais de semana e feriados. É uma necessidade operacional da pesquisa, desde o início do trabalho de campo até o fechamento da amostra desenhada para a maternidade designada.

Esperamos que você tenha um momento de crescimento intelectual, profissional e pessoal junto à nossa pesquisa, e estarei a disposição para todo o auxílio necessário.

3. Informações sobre a pesquisa:

A Prefeitura Municipal do Rio de Janeiro nos disponibilizou o campo para a pesquisa em questão, que será desenvolvida no Hospital Municipal Carmela Dutra.

Depois da coleta dos dados, estes serão digitados e rodados por um sistema de informação apropriado para a pesquisa e será feita análise e espera-se que este forneça subsídios necessários para que seja realizado uma assistência adequada e de qualidade, trazendo benefícios aos usuários dos serviços de saúde no município do rio de janeiro.

A coleta de dados ocorrerá no período de fevereiro a abril de 2009, sendo realizada por cinco entrevistadores alunos da escola de enfermagem Alfredo Pinto e pela responsável da pesquisa aluna do curso de Pós-Graduação em Enfermagem – Mestrado. Será realizada a coleta no horário das 13:00 às 18:00 horas nos dias de semana (segunda a sexta em dias alternados); e nos finais de semana e feriado ocorrerá no período das 9:00 às 14:00 .

4. Objetivo da Pesquisa:

Geral:

- Investigar a associação entre apoio social e prematuridade.

Específicos

- Descrever o perfil do apoio social recebido pelas mulheres atendidas em uma maternidade pública da rede municipal do estado do Rio de Janeiro.
- Identificar a presença de modificação do efeito da associação entre o apoio social e a prematuridade com algumas variáveis selecionadas (escolaridade, raça/etnia, situação conjugal, sócio-econômicas, hábitos de vida e relacionados à assistência à saúde).
- Investigar associação entre as diferentes dimensões do apoio social e a prematuridade.

5. Local de aplicação do formulário:

O formulário será aplicado em puérperas no pós-parto mediato que se encontram internadas no Hospital Maternidade Carmela Dutra.

“Recomendações importantes”

5a. Ao chegar ao hospital se dirigir primeiro a chefia de enfermagem e se apresentar a chefe de enfermagem ou a supervisora todos os dias. A chefia de enfermagem entrará em contato com o setor que nos receberá: Centro Obstétrico (2º andar) e Alojamento conjunto.

5b. Se dirigir ao Centro Obstétrico, se apresentar para a equipe (sempre) e pedir o livro de procedimentos Obstétricos. Anotar nome da mãe, data do parto e idade gestacional ou classificação do RN, selecionando pré-termos e à termos.

5c. Os bebês a termo escolhidos devem ter horários de nascimento próximos aos pré-temos, por exemplo: Pré-termo: 7:30h ou 9:00h

À termo : 6:00h 5:00h

À termo : 8:00h 8:40h

5d. Dirigir-se ao Alojamento Conjunto de posse do nome das puérperas a serem entrevistadas e começar a coleta.

5e. Por último: realizar a última etapa da coleta de dados que é a busca em prontuário.

6. Instrumentos da pesquisa:

Os entrevistadores utilizarão dois formulários estruturados para coleta de dados. O primeiro será aplicado a mães no período pós-parto no referido hospital. E o segundo questionário, será preenchido com base em dados disponíveis em prontuário. As puérperas entrevistadas serão sempre aquelas que tiveram seus filhos dois dias anteriores ao dia da coleta, ou seja, se o dia da coleta for dia 10 de janeiro as entrevistadas serão aquelas que tiveram seus filhos nos dias 08 e 09 de janeiro; a coleta do dia 12 entrevistará as puérperas do dia 10 e 11 de janeiro e assim sucessivamente todos os dias do mês serão coletados.

7. Quem fará parte da pesquisa:

Mulheres que tiveram bebês pré-termos (22 semanas à 36 semanas e 6 dias), e mulheres que tiveram bebês nascidos à termo ou pós-termo (37 semanas a 42 semanas de gestação)

8. Quem será excluído da pesquisa:

Os critérios de exclusão incluem bebês nascidos com idade inferior a 21 semanas e 6 dias (prematuridade remota), recém-nascidos portadores de síndromes ou malformações (genéticas, neurológicas, gastrointestinais, renais, polimalformados) Serão excluídos da pesquisa mães com problemas relacionados a dificuldade de

comunicação e entendimento, por exemplo; estrangeira que não domine a língua portuguesa, com problemas psiquiátricos, deficiência auditiva, deficiência da fala (muda).

9. Como fazer as perguntas do formulário:

A coleta de dados do formulário é a etapa essencial da pesquisa. Se as informações registradas no questionário forem incompletas ou não corresponderem á realidade, os objetivos do estudo não serão alcançados. Entendemos que a qualidade do primeiro contato com a puérpera de interesse para o nosso estudo (todas aquelas que tiverem idade gestacional igual ou maior que 22 semanas e menor que 36 semanas e 6 dias) sua adesão é fundamental para o estudo. Neste sentido procure estabelecer uma relação de confiança com ela, seja no modo de agir respeitoso, seja motivando-a a participar, ao explicar os motivos finalísticos da investigação. Procure destacar para elas os benefícios futuros desse estudo para orientar a melhoria dos serviços voltada para as gestantes e seus bebês no município do Rio de Janeiro. Os dados devem ser coletados de maneira uniforme por todos os aplicadores. Então observe os passos a serem seguidos:

- * inicialmente explique ao entrevistado os objetivos da pesquisa, sobre como será o desenrolar da entrevista e os procedimentos que serão executados com ele.
- *Todas as participantes terão que assinar o Termo de Consentimento livre e Esclarecido com cópia.
- * Explique a participação é voluntária, a participação não acarretará em nenhum prejuízo pessoal;
- * Fale da importância da pesquisa para o município e da contribuição delas para minimizar o problema de outras mulheres que podem vir a ter bebês prematuros.
- * Leia a perguntas do formulário tal qual elas estiverem escritas. Não induza às respostas. Deixe que o entrevistado simplesmente responda o que tenha sido perguntado.
- * No término da entrevista, verifique se todos os campos do questionário estão preenchido, e só saia de perto do entrevistado após a conferência do questionário.

10. Sigilo das informações:

As informações coletadas na pesquisa são de caráter confidencial e serão utilizadas exclusivamente no preparo de séries estatísticas e de cadastros, não podendo em hipótese alguma, serem divulgadas de modo individualizado, nem servirem de prova ou meio de coação contra o respondente, como estabelecido na lei que regulamenta os censos nacionais.

O entrevistado tem o direito de identificar-se ou não na pesquisa. Cabe ao aplicador respeitar este direito. No entanto pode-se explicar ao entrevistado que sua identificação possibilitará o acompanhamento ao longo do tempo, e que a participação dela irá contribuir grandemente para o aprimoramento do atendimento em saúde do município.

Todo aplicador deverá assinar o **TERMO DE SIGILO DO APLICADOR**, no qual ele se compromete a manter sigilo das informações prestadas pelos indivíduos entrevistados.

Por outro lado todo o entrevistado deverá assinar o **TERMO DE CONSENTIMENTO PARA A PARTICIPAÇÃO DE PESQUISA CIENTÍFICA**, que conterá informações sobre a pesquisa e garantirá o sigilo das informações prestadas. Nele, ficará caracterizada que a participação na pesquisa é voluntária.

11. “Questões específicas do questionário de entrevista com as mães”

Guia de preenchimento

11 a. Como deve ser o preenchimento do formulário:

Não preencha o formulário com caneta vermelha, não rasure, não manche o papel. As respostas devem ser escritas com letra legível, utilizando caneta esferográfica **azul** ou **preta**.

Na primeira seqüência do formulário preencher com um **(X) grupo I** se for entrevistar mãe de bebê pré-termo; e se for mãe de bebê à termo preencher com um **(X) grupo II**.

“Lembre-se que para cada mãe de bebê pré-termo devemos entrevistar duas mães de bebê à termo.”

“Não esqueça de colocar data e hora da entrevista.”

11 b. Como corrigir erros de preenchimento do formulário:

Se o aplicador errar a resposta, deve usar corretivo líquido e colocar a opção correta de forma legível e clara. Deve existir apenas um número dentro do parêntese.

11 c. Como preencher o formulário:

Questão 1. Preencher com o nome completo da pessoa entrevistada.

Questão 2. Colocar a sigla do nome todo.

Questão 3. Colocar número do prontuário.

*“No formulário temos perguntas fechadas, em que a resposta deverá ser necessariamente uma das opções numeradas apresentadas. Por exemplo, temos a **questão 6** do questionário:”*

Questão 6. Sempre deve se perguntado para a mãe qual a sua cor, ou seja, deixar com que ela refira a sua cor (cor auto referida). Preencher com um X no quadradinho ao lado do número referente a resposta dada pela entrevistada.

Questão 7. Deve ser perguntado a ela qual a sua situação legal perante o cartório.

Questão 8. O endereço deve ser preenchido com todo o rigor de detalhes.

Questões 17, 18 e 19. Refere-se à questão **16** caso ela seja positiva.

Questão 20. Esta questão deve ser feita pelo entrevistador somente se a resposta da questão número **16** for negativa.

Questão 21. Esta questão só deve ser feita pelo entrevistador se a resposta da questão **20** for positiva.

Questão 28. Colocar a renda total ou estimada pela mãe entrevistada.

Questão 31, 32, 33, 34. São questões delicadas e devem ser feitas de forma natural e o mais privado possível sem a presença de familiares ou pessoas estranhas. Garanta a ela que nada do que for dito vai ser revelado a outras pessoas e que a sua privacidade encontra-se preservada de acordo com o documento que elas assinaram.

Questão 49. Todas as vezes que estiver espaço para resposta do entrevistado, deverá ser feita a transcrição literal da resposta dos mesmos.

Questão 51. Nesta questão o espaço nos quadradinhos deve ser preenchido com um X de acordo com a resposta da entrevistada ao lado da numeração correspondente e se a resposta for o número **5** correspondente a resposta outros, é necessário que se coloque um X ao lado do número **5** e transcreva no espaço o que elas responderão na íntegra, ou seja, sem alteração da fala delas.

Questão 52 e 53. Idem questão 51.

Questão 56. Esta questão deve ser feita pelo entrevistador somente se a resposta da questão número **43** for negativa. Colocar número entre parênteses e escrever por extenso.

BLOCO DE APOIO SOCIAL

Perguntas do bloco de REDE SOCIAL

Questão 60 - D1. Nesta questão existe um espaço para resposta ao lado do nome parentes, o qual deve ser colocado o numero de pessoas o qual o entrevistado se relaciona; se a resposta for nenhum é só marcar um **X** no parênteses ao lado.

Perguntas do bloco de APOIO SOCIAL

Neste bloco são dadas as seguintes opções de resposta ao entrevistado para as perguntas que vão do **D6** ao **D24**, são elas as opções: nunca; raramente; às vezes; quase sempre; sempre.

Questão 64 e 65. Resposta do entrevistado idem questão **D6** ao **D24**

QUESTÕES ESPECÍFICAS DO PRONTUÁRIO

Preencher corretamente por completo todos os campos do cabeçalho.

Caso não haja informação no prontuário a respeito da questão a ser investigada, escrever ao lado: *Não há informação no prontuário*

Questão 28. Nesta pode ser colocado até três números nos parênteses de acordo com o que está citado no prontuário, caso não seja nenhuma das opções numeradas ou uma delas for a opção **número 8** – corresponde a outros – deve ser especificado ao lado.

Questão 29. Nesta pode ser colocado até três números nos parênteses de acordo com o que está citado no prontuário, caso não seja nenhuma das opções numeradas ou uma delas for a opção numero **13** – que corresponde a outras intercorrências – deve ser preenchido de acordo com as informações contidas no prontuário.

“Lembre-se o sucesso da nossa pesquisa depende exclusivamente de nosso empenho como pesquisador.”

BIBLIOGRAFIA CONSULTADA

ANDREANI G.; CUSTÓDIO Z.A.O.; CREPALD M.A. Tecendo as redes de apoio na prematuridade. *Aletheia*, v.24, p.115-126, 2006.

CHOR, D.; GRIEP, R.H.; LOPES, C.S.; FAERSTEIN, E. Medidas de rede e apoio social no Estudo Pró-Saúde: pré-testes e estudo piloto. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 17, n. 4, p. 887-896, 2001.

DANTAS, R.A.S.; PELEGRINO, V.M.; GARBIN, L.M. Avaliação do apoio social e sua relação com variáveis sociodemográficas de pacientes com insuficiência cardíaca em seguimento ambulatorial. *Cienc Cuid Saúde*, v. 6, n. 4, p. 456-462, 2007.

ESCOBAR, G.J.; CLARCK, R.H.; GREENE, J.D. Short-term outcomes of infants born at 35 and 36 weeks gestation: we need to ask more questions. *Elsevier*, v. 146, p. 28-33, 2006.

GRIEP, R.H. Confiabilidade e validade de instrumentos de medida de rede social e de apoio social utilizados no Estudo Pró-Saúde. 2003. Tese (doutorado em Saúde Pública) – Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro.

GRIEP, R.H.; CHOR, D.; FAERSTEIN, E.; LOPES, C.S. Apoio social: confiabilidade teste-reteste de escala no estudo pró-saúde. *Cad. Saúde Pública*, v. 19, n. 2, p. 625-634, 2003.

GRIEP, R.H.; CHOR, D.; FAERSTEIN, E.; WERNECK, G.L.; LOPES, C.S. Validade de constructo de escala de apoio social do Medical Outcomes Study adaptada para o português no Estudo Pró-Saúde. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 21, n. 3, p. 703-714, 2005.

LEAL, M.C.; GAMA, S.G.N.; CAMPOS, M.R.; CAVALINI, L.T.; GARBYO, L.S.; BRASIL, C.L.P.; SZWARCOWALD, C.L. Fatores associados à morbi-mortalidade perinatal em uma amostra de maternidades públicas e privadas do Município do Rio de Janeiro, 1999-2001. *Cad. Saúde Pública*, v. 20, Sup 1, p. S20-S33, 2004.

SILVA, K.S. Associação entre apoio social e pré-eclâmpsia: interação com paridade. 2005. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva). Instituto de Medicina Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro.

SILVA, K.S.; COUTINHO, E.S.F. Escala de apoio social aplicada a uma população de gestantes: confiabilidade teste-reteste e estrutura de concordância dos itens. *Cad. Saúde Pública*, v. 21, n. 3, p. 979-983, 2005.

APÊNDICE 3:

Termo de confidencialidade

Título do Projeto: ASSOCIAÇÃO ENTRE APOIO SOCIAL E PREMATURIDADE
NUMA POPULAÇÃO DE PUÉRPERAS DE BAIXA RENDA

Pesquisador responsável: Elaine da Costa Guimarães

Pesquisador colaborador: Enirtes Caetano Prates Melo

Instituição/Departamento: Departamento de Enfermagem de Saúde Pública/Escola de
Enfermagem Alfredo Pinto da Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro.

Telefone de Contato: 21- 88984678

Local de Coleta de Dados: Maternidade Municipal Carmela Dutra

Os pesquisadores do presente projeto se comprometem a preservar a privacidade dos dados das pacientes das unidades envolvidas. Esses dados serão coletados através de levantamento em prontuário e entrevistas.

Concordam, igualmente, que essas informações serão utilizadas única e exclusivamente para execução do presente projeto. As informações somente poderão ser divulgadas de forma anônima e serão mantidas nos computadores das salas dos grupos de pesquisa da instituição envolvida sob responsabilidade da Profa. Dra. Enirtes Caetano Prates Melo (DESP/EEAP/UNIRIO). Este projeto está sendo encaminhado para avaliação pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Prefeitura do Município do Rio de Janeiro.

Rio de Janeiro,

Elaine da Costa Guimarães

APÊNDICE 4

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Eu, Elaine da Costa Guimarães, estou desenvolvendo uma pesquisa intitulada: “*Associação entre Apoio Social e Prematuridade Numa População de Puérperas de Baixa Renda*”, sob a orientação da Professora Doutora Enirtes Caetano Prates Melo, no Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro.

Este estudo pretende colher informações para determinar os fatores que contribuem para ocorrência da prematuridade. Prematuridade é o conceito dado a todo recém-nascido vivo com menos de 37 semanas completas de gestação.

Sua participação é de fundamental importância para a realização deste estudo. Saiba que não haverá riscos, desconfortos, nem despesas de qualquer natureza. Deixo claro que o participante poderá solicitar esclarecimentos quando sentir necessidade e poderá interromper sua participação a qualquer momento, sem nenhum ônus, de qualquer natureza. Asseguro que tudo que for relatado será respeitosamente utilizado, e ainda, terá garantido o sigilo e o anonimato das informações aqui contidas.

A coleta será realizada com uso de um questionário com perguntas fechadas, feitas pessoalmente pelo entrevistador, e será utilizada integralmente nesta pesquisa desde a presente data.

Comprometo-me, por meio deste termo a respeitar os princípios éticos: tratar suas respostas de forma anônima e confidencial e não fornecer em hipótese alguma, cópia destas informações obtidas às pessoas estranhas ao grupo de pesquisa. Os resultados deste estudo serão veiculados através de artigos científicos das revistas especializadas e/ou encontros científicos, porém sem tornar possível sua identificação.

Conto com sua atenção minuciosa para que este estudo obtenha respostas o mais próximo possível da realidade e para tanto estarei protegendo suas informações de qualquer identificação.

Não existirão despesas ou compensações pessoais ou financeiras para o participante em qualquer fase do estudo.

Li o esclarecimento descrito acima e concordo em participar do estudo.

Rio de Janeiro, ____ de _____ de 2008.

Elaine da Costa Guimarães
Pesquisadora

Participante da Pesquisa

Contatos:

Mestranda: Elaine da Costa Guimarães
Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro
Rua Xavier Sigaud, 290 - 3º. andar - Sala 308
Praia Vermelha - Rio de Janeiro
Telefone: (21) 88865594
e-mail: costananny@gmail.com

Professora Doutora Enirtes Caetano Prates Melo
Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro
Rua Xavier Sigaud, 290 3º. andar - Sala 308
Praia Vermelha - Rio de Janeiro
Tel.: (21) 2542-6610
e-mail: enirtes@globo.com

APÊNDICE 5:

TABELAS

Tabela 14 - Medidas de tendência central e os respectivos tercís do grupo de casos e as dimensões do apoio social, maternidade pública do Rio de Janeiro, 2009

| <i>Dimensões do apoio social</i> | <i>N° de itens</i> | <i>média</i> | <i>Desvio padrão</i> | <i>Mediana</i> | <i>Tercís</i> |
|----------------------------------|--------------------|--------------|----------------------|----------------|--------------------------------|
| Material | 4 | 80,37 | 21,81 | 87,50 | 20 a 65; 70 a 95; 100 |
| Afetivo | 3 | 90,74 | 15,30 | 100,00 | 20 a 86,6; 93,3 a 99; 100 |
| Emocional-informativo | 8 | 78,19 | 19,80 | 80,00 | 20 a 72,5; 75 a 90; 92,5 a 100 |
| Interação Positiva | 4 | 81,29 | 19,07 | 85,00 | 20 a 70; 75 a 90; 98,3 a 100 |

Tabela 15 - Associação entre características sócio-econômicas e demográficas e o apoio afetivo das puérperas atendidas em uma maternidade pública, Rio de Janeiro em 2009

| <i>Variáveis sócio-econômicas e demográficas</i> | 20 a 86 | | <i>Apoio Afetivo</i> | | | | <i>*p</i> |
|--|---------|-------|----------------------|-------|-----|-------|--------------|
| | n° | % | n° | % | n° | % | |
| Idade mãe | | | | | | | |
| 14 – 19 anos | 14 | 14,1% | 8 | 32,0% | 54 | 25,5% | 0,07* |
| 20 – 34 anos | 77 | 77,8% | 15 | 60,0% | 133 | 62,7% | |
| 35 ou mais | 8 | 8,1% | 2 | 8,0% | 25 | 11,8% | |
| Cor/etnia | | | | | | | |
| branca | 20 | 20,2% | 9 | 36,0% | 48 | 22,6% | 0,24 |
| não branca | 79 | 79,8% | 16 | 64,0% | 164 | 77,4% | |
| Situação conjugal | | | | | | | |
| Com companheiro | 74 | 74,7% | 21 | 84,0% | 160 | 75,5% | 0,61 |
| Sem companheiro | 25 | 25,3% | 4 | 16,0% | 52 | 24,5% | |
| Escolaridade | | | | | | | |
| 0-8 anos | 46 | 46,5% | 11 | 44,0% | 77 | 36,3% | 0,21 |
| 8 ou mais anos | 53 | 53,5% | 14 | 56,0% | 135 | 63,7% | |
| Trabalho remunerado | | | | | | | |
| Sim | 45 | 45,5% | 5 | 20,0% | 87 | 41,0% | 0,06* |
| Não | 54 | 54,5% | 20 | 80,0% | 125 | 59,0% | |
| Renda familiar (SM) | | | | | | | |
| Abaixo de um salário | 20 | 20,2% | 5 | 20,0% | 39 | 18,4% | 0,08* |
| De um a dois salários | 59 | 59,6% | 18 | 72,0% | 109 | 51,4% | |
| Acima de três salários | 20 | 20,2% | 2 | 8,0% | 64 | 30,2% | |
| N° de hospitais passou | | | | | | | |
| Dois a cinco | 21 | 21,2% | 6 | 24,0% | 70 | 33,0% | 0,08* |
| Um hospital | 78 | 78,8% | 19 | 76,0% | 142 | 67,0% | |

Legenda: *SM = salários mínimos, * p= p-valor.

Tabela 16 - Associação entre características sócio-econômicas e demográficas e o apoio emocional-informativo das puérperas atendidas em uma maternidade pública, Rio de Janeiro em 2009

| <i>Variáveis sócio-econômicas e demográficas</i> | <i>Apoio emocional- informativo</i> | | | | | | <i>*p</i> |
|--|-------------------------------------|-------|----------------|-------|-----------------|-------|--------------|
| | <i>20 a 72</i> | | <i>75 a 90</i> | | <i>92 a 100</i> | | |
| | n° | % | n° | % | n° | % | |
| Idade mãe | | | | | | | |
| 14 – 19 anos | 16 | 15,5% | 30 | 27,0% | 30 | 24,6% | 0,28 |
| 20 – 34 anos | 77 | 74,8% | 70 | 63,1% | 78 | 63,9% | |
| 35 ou mais | 10 | 9,7% | 11 | 9,9% | 14 | 11,5% | |
| Cor/etnia | | | | | | | |
| Branca | 23 | 22,3% | 21 | 18,9% | 33 | 27,0% | 0,33 |
| Não branca | 80 | 77,7% | 90 | 81,1% | 89 | 73,0% | |
| Situação conjugal | | | | | | | |
| Com companheiro | 77 | 74,8% | 87 | 78,4% | 91 | 74,6% | 0,75 |
| Sem companheiro | 26 | 25,2% | 24 | 21,6% | 31 | 25,4% | |
| Escolaridade | | | | | | | |
| 0-8 anos | 48 | 46,6% | 42 | 37,8% | 44 | 36,1% | 0,23 |
| 8 ou mais anos | 55 | 53,4% | 69 | 62,2% | 78 | 63,9% | |
| Trabalho remunerado | | | | | | | |
| Sim | 42 | 40,8% | 44 | 39,6% | 71 | 58,2% | 0,94 |
| Não | 61 | 59,2% | 67 | 60,4% | 51 | 41,8% | |
| Renda familiar (SM) | | | | | | | |
| Abaixo de um salário | 20 | 19,4% | 21 | 18,9% | 23 | 18,9% | 0,49 |
| De um a dois salários | 59 | 57,3% | 66 | 59,5% | 61 | 50,0% | |
| Acima de três salários | 24 | 23,3% | 24 | 21,6% | 38 | 31,1% | |
| N° de hospitais passou | | | | | | | |
| Dois a cinco | 22 | 21,4% | 31 | 27,9% | 44 | 36,1% | 0,05* |
| Um hospital | 81 | 78,6% | 80 | 72,1% | 78 | 63,9% | |

Legenda: *SM = salários mínimos, * p= p-valor.

Tabela 17 - Associação entre características sócio-econômicas e demográficas e o apoio de interação social positiva das puérperas atendidas em uma maternidade pública, Rio de Janeiro em 2009

| <i>Variáveis sócio-econômicas e demográficas</i> | <i>Apoio Interação social positiva</i> | | | | | | <i>*p</i> |
|--|--|-------|----------------|--------|-----------------|-------|-----------|
| | <i>20 a 70</i> | | <i>75 a 90</i> | | <i>95 a 100</i> | | |
| | n° | % | n° | % | n° | % | |
| Idade mãe | | | | | | | |
| 14 – 19 anos | 25 | 26,6% | 20 | 16,8% | 31 | 25,2% | 0,40 |
| 20 – 34 anos | 60 | 63,8% | 87 | 73,1% | 78 | 63,4% | |
| 35 ou mais | 9 | 9,6% | 12 | 10,1% | 14 | 11,4% | |
| Cor/etnia | | | | | | | |
| Branca | 18 | 19,1% | 32 | 26,9% | 27 | 22,0% | 0,39 |
| Não branca | 76 | 80,9% | 87 | 73,1% | 96 | 78,0% | |
| Situação conjugal | | | | | | | |
| Com companheiro | 68 | 72,3% | 94 | 79,0% | 93 | 75,6% | 0,52 |
| Sem companheiro | 26 | 27,7% | 25 | 21,0% | 30 | 24,4% | |
| Escolaridade | | | | | | | |
| 0-8 anos | 45 | 47,9% | 41 | 34,5% | 48 | 39,0% | 0,13 |
| 8 ou mais anos | 49 | 52,1% | 78 | 65,5% | 75 | 61,0% | |
| Trabalho remunerado | | | | | | | |
| Sim | 36 | 38,3% | 45 | 37,8% | 56 | 45,5% | 0,40 |
| Não | 58 | 61,7% | 74 | 62,2% | 67 | 54,5% | |
| Renda familiar (SM) | | | | | | | |
| Abaixo de um salário | 26 | 27,7% | 15 | 12,6% | 23 | 18,7% | >0,001* |
| De um a dois salários | 46 | 48,9% | 82 | 68,9% | 58 | 47,2% | |
| Acima de três salários | 22 | 23,4% | 22 | 18,5% | 42 | 34,1% | |
| N°de hospitais passou | | | | | | | |
| Dois a cinco | 19 | 20,2% | 30 | 25,2 % | 48 | 39,0% | 0,006* |
| Um hospital | 75 | 79,8% | 89 | 74,8% | 75 | 61,0% | |

Legenda: *SM = salários mínimos, * p= p-valor.

Tabela 18 - Associação entre apoio afetivo e características relacionadas à saúde e assistência das puérperas atendidas em uma maternidade pública, Rio de Janeiro em 2009

| <i>Características relacionadas à saúde e assistência</i> | <i>Apoio Afetivo</i> | | | | | | <i>*p</i> |
|---|----------------------|-------|----------------|-------|------------|-------|--------------|
| | <i>20 a 86</i> | | <i>93 a 99</i> | | <i>100</i> | | |
| | n° | % | n° | % | n° | % | |
| Fez pré-natal (PN) | | | | | | | |
| Não | 7 | 7,1% | 0 | 0% | 10 | 4,7% | 0,33 |
| Sim | 92 | 92,9% | 25 | 100% | 202 | 95,3% | |
| N° de consultas | | | | | | | |
| Não fez consulta | 5 | 5,7% | 3 | 3,3% | 5 | 3,2% | 0,55 |
| 1 a 3 consultas | 10 | 11,4% | 6 | 6,5% | 11 | 7,1% | |
| 4 ou mais | 73 | 83,0% | 83 | 90,2% | 140 | 89,7% | |
| Início do PN | | | | | | | |
| Não fez pré-natal | 7 | 7,1% | - | - | 10 | 4,7% | 0,42 |
| Acima de 13 semanas | 30 | 30,3% | 5 | 20,0% | 57 | 26,9% | |
| Início até 12 semanas | 62 | 62,6% | 20 | 80,0% | 145 | 68,4% | |
| Gestação | | | | | | | |
| Múltipla | 5 | 5,1% | 4 | 16,0% | 8 | 3,8% | 0,03* |
| Única | 94 | 94,9% | 21 | 84,0% | 204 | 96,2% | |
| Primeira gravidez | | | | | | | |
| Sim | 32 | 32,3% | 8 | 32,0% | 92 | 43,4% | 0,13 |
| Não | 67 | 67,7% | 17 | 68,0% | 120 | 56,6% | |
| Prematuridade anterior | | | | | | | |
| Sim | 17 | 17,2% | 1 | 4,0% | 17 | 8,0% | 0,02* |
| Não | 82 | 82,8% | 24 | 96,0% | 195 | 92,0% | |
| História de RN<2500g | | | | | | | |
| Sim | 12 | 12,1% | 0 | 0% | 9 | 4,2% | 0,01* |
| Não | 87 | 87,9% | 25 | 100% | 203 | 95,8% | |
| Tipo de parto | | | | | | | |
| Cesáreo | 36 | 36,4% | 12 | 48,0% | 80 | 37,7% | 0,55 |
| Vaginal | 63 | 63,6% | 13 | 52,0% | 132 | 62,3% | |
| Fumava antes de engravidar | | | | | | | |
| Sim | 25 | 25,3% | 2 | 8,0% | 37 | 17,5% | 0,09* |
| Não | 74 | 74,7% | 23 | 92,0% | 175 | 82,5% | |
| Fumou na gravidez | | | | | | | |
| Sim | 20 | 20,2% | 1 | 4,0% | 25 | 11,8% | 0,04* |
| Não | 79 | 79,8% | 24 | 96,0% | 187 | 88,2% | |

Legenda: PN= pré-natal; *p= p-valor

Tabela 19 - Associação entre apoio emocional-informativo e características relacionadas à saúde e assistência das puérperas atendidas em uma maternidade pública, Rio de Janeiro em 2009.

| <i>Características relacionadas à saúde e assistência</i> | <i>Apoio Emocional-Informativo</i> | | | | | | <i>*p</i> |
|---|------------------------------------|----------|----------------|----------|-----------------|----------|--------------|
| | <i>20 a 72</i> | | <i>75 a 90</i> | | <i>92 a 100</i> | | |
| | <i>n°</i> | <i>%</i> | <i>n°</i> | <i>%</i> | <i>n°</i> | <i>%</i> | |
| Fez pré-natal (PN) | | | | | | | |
| Não | 7 | 6,8% | 4 | 3,6% | 6 | 4,9% | 0,56 |
| Sim | 96 | 93,2% | 107 | 96,4% | 116 | 95,1% | |
| N° de consultas | | | | | | | |
| Não fez consulta | 4 | 4,2% | 3 | 3,3% | 6 | 4,0% | 0,40 |
| 1 a 3 consultas | 12 | 12,6% | 6 | 6,5% | 9 | 6,0% | |
| 4 ou mais | 79 | 83,2% | 83 | 90,2% | 134 | 89,9% | |
| Início do PN | | | | | | | |
| Não fez pré-natal | 7 | 6,8% | 4 | 3,6% | 6 | 4,9% | 0,65 |
| Acima de 13 semanas | 30 | 29,1% | 33 | 29,7% | 29 | 23,8% | |
| Início até 12 semanas | 66 | 64,1% | 74 | 66,7% | 87 | 71,3% | |
| Gestação | | | | | | | |
| Múltipla | 7 | 6,8% | 2 | 1,8% | 8 | 6,6% | 0,16 |
| Única | 96 | 93,2% | 109 | 98,2% | 114 | 93,4% | |
| Primeira gravidez | | | | | | | |
| Sim | 33 | 32,0% | 53 | 47,7% | 46 | 37,7% | 0,05* |
| Não | 70 | 68,0% | 58 | 52,3% | 76 | 62,3% | |
| Prematuridade anterior | | | | | | | |
| Sim | 18 | 17,5% | 7 | 6,3% | 10 | 8,2% | 0,01* |
| Não | 85 | 82,5% | 104 | 93,7% | 112 | 91,8% | |
| História de RN<2500g | | | | | | | |
| Sim | 9 | 8,7% | 6 | 5,4% | 6 | 4,9% | 0,45 |
| Não | 94 | 91,3% | 105 | 94,6% | 116 | 95,1% | |
| Tipo de parto | | | | | | | |
| Cesáreo | 45 | 43,7% | 39 | 35,1% | 44 | 36,1% | 0,36 |
| Vaginal | 58 | 56,3% | 72 | 64,9% | 78 | 63,9% | |
| Fumava antes de engravidar | | | | | | | |
| Sim | 21 | 20,4% | 19 | 17,1% | 24 | 19,7% | 0,81 |
| Não | 82 | 79,6% | 92 | 82,9% | 98 | 80,3% | |
| Fumou na gravidez | | | | | | | |
| Sim | 18 | 17,5% | 13 | 11,7% | 15 | 12,3% | 0,40 |
| Não | 85 | 82,5% | 98 | 88,3% | 107 | 87,7% | |

Legenda: PN= pré-natal; * p= p-valor

Tabela 20: Associação entre apoio de interação social positiva e características relacionadas à saúde e assistência das puérperas atendidas em uma maternidade pública da rede municipal do rio de Janeiro em 2009.

| <i>Características relacionadas à saúde e assistência</i> | <i>Apoio de Interação social positiva</i> | | | | | | <i>*p</i> |
|---|---|----------|----------------|----------|-----------------|----------|-----------|
| | <i>20 a 70</i> | | <i>75 a 90</i> | | <i>95 a 100</i> | | |
| | <i>n°</i> | <i>%</i> | <i>n°</i> | <i>%</i> | <i>n°</i> | <i>%</i> | |
| Fez pré-natal (PN) | | | | | | | |
| Não | 5 | 5,3% | 7 | 5,9% | 5 | 4,1% | 0,80 |
| Sim | 89 | 94,7% | 112 | 94,1% | 118 | 95,9% | |
| N° de consultas | | | | | | | |
| Não fez consulta | 3 | 2,5% | 5 | 4,5% | 5 | 4,6% | 0,53 |
| 1 a 3 consultas | 13 | 11,0% | 8 | 7,3% | 6 | 5,6% | |
| 4 ou mais | 102 | 86,4% | 97 | 88,2% | 97 | 89,8% | |
| Início do PN | | | | | | | |
| Não fez pré-natal | 5 | 5,3% | 7 | 5,9% | 5 | 4,1% | 0,19 |
| Acima de 13 semanas | 34 | 36,2% | 26 | 21,8% | 32 | 26,0% | |
| Início até 12 semanas | 55 | 58,5% | 86 | 72,3% | 86 | 69,9% | |
| Gestação | | | | | | | |
| Múltipla | 2 | 2,1% | 9 | 7,6% | 6 | 4,9% | 0,19 |
| Única | 92 | 97,9% | 110 | 92,4% | 117 | 95,1% | |
| Primeira gravidez | | | | | | | |
| Sim | 32 | 34,0% | 43 | 36,1% | 57 | 46,3% | 0,12 |
| Não | 62 | 66,0% | 76 | 63,9% | 66 | 53,7% | |
| Prematuridade anterior | | | | | | | |
| Sim | 12 | 12,8% | 12 | 10,1% | 11 | 8,9% | 0,65 |
| Não | 82 | 87,2% | 107 | 89,9% | 112 | 91,1% | |
| História de RN<2500g | | | | | | | |
| Sim | 10 | 10,6% | 6 | 5,0% | 5 | 4,1% | 0,11 |
| Não | 84 | 89,4% | 113 | 95,0% | 118 | 95,9% | |
| Tipo de parto | | | | | | | |
| Cesáreo | 35 | 37,2% | 47 | 39,5% | 46 | 37,4% | 0,92 |
| Vaginal | 59 | 62,8% | 72 | 60,5 % | 77 | 62,6% | |
| Fumava antes de engravidar | | | | | | | |
| Sim | 19 | 20,2% | 28 | 23,5% | 17 | 13,8% | 0,14 |
| Não | 75 | 79,8% | 91 | 76,5% | 106 | 86,2% | |
| Fumou na gravidez | | | | | | | |
| Sim | 15 | 16,0% | 18 | 15,1% | 13 | 10,6% | 0,41 |
| Não | 79 | 84,0% | 101 | 84,9% | 110 | 89,4% | |

Legenda: PN= pré-natal; *p= p-valor



RJ

Comitê de Ética em Pesquisa

Parecer nº 309A/2008

Rio de Janeiro, 08 de dezembro de 2008.

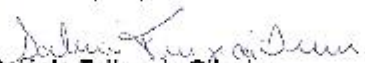
Sr(a) Pesquisador(a),

Informamos a V.Sa. que o Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde - CEP SMS-RJ -, constituído nos Termos da Resolução CNS nº 196/96 e, devidamente registrado na Comissão Nacional de Ética em Pesquisa, recebeu e emitiu parecer sobre a documentação referente ao Protocolo de Pesquisa, conforme abaixo discriminado:

| | |
|--|--|
| <p>Coordenador: Carlos Scherr</p> <p>Vice-Coordenadores: Salésia Felipe de Oliveira Marângela Freitas Lavor</p> <p>Membros: Carla Lopes Porto Brasil Carlos Alberto Maia Carlos Alberto Pereira de Oliveira Elisete Cesari José M. Sarano Jucima Fabricio Vieira Lindalva Guerra Bras Márcia Constança P. A. Gomes Marta Alice Gunzburger Milton Rungel da Costa Rafael Aron Abitbo Rondinel Mendes da Silva Sandra Regina Victor Sérgio Aquino Suzane Oliveira de Menezes</p> <p>Secretária Executiva: Carla Costa Vianna</p> | <p align="center">PROTOCOLO DE PESQUISA Nº 247/08 CAAE: 0281.0.314.313.08</p> <p>TÍTULO: Associação entre apoio social e prematuridade numa população de puerperas de baixa renda.</p> <p>PESQUISADOR RESPONSÁVEL: Elaine da Costa Guimarães.</p> <p>UNIDADE (S) ONDE SE REALIZARÁ A PESQUISA: Hospital Maternidade Carmela Dutra.</p> <p>DATA DA APRECIÇÃO: 08/12/2008.</p> <p>PARECER: APROVADO</p> |
|--|--|

Ressaltamos que o pesquisador responsável por este Protocolo de Pesquisa deverá apresentar a este Comitê de Ética um relatório das atividades desenvolvidas no período de 12 meses a contar da data de sua aprovação (*item VII, 13.d., da Resolução CNS/MS Nº 196/96*).

Esclarecemos, ainda, com relação aos Protocolos, que o CEP/SMS deverá ser informado de fatos relevantes que alterem o curso normal do estudo, devendo o pesquisador apresentar justificativa, caso o projeto venha a ser interrompido e/ou os resultados não sejam publicados.


Salésia Felipe de Oliveira
 Vice-Coordenadora
 Comitê de Ética em Pesquisa

Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde
 Rua Afonso Cavalcanti, 453 sala 311 - Cidade Nova - Rio de Janeiro
 CEP: 20211-807
 Tel: 2503-2024 / 2419-2026 - E-mail: cepans@smj.gov.br - Site: www.saude.norj.gov.br/cep

PWA nº: 00010761
 IRR nº: 00005577

Livros Grátis

(<http://www.livrosgratis.com.br>)

Milhares de Livros para Download:

[Baixar livros de Administração](#)

[Baixar livros de Agronomia](#)

[Baixar livros de Arquitetura](#)

[Baixar livros de Artes](#)

[Baixar livros de Astronomia](#)

[Baixar livros de Biologia Geral](#)

[Baixar livros de Ciência da Computação](#)

[Baixar livros de Ciência da Informação](#)

[Baixar livros de Ciência Política](#)

[Baixar livros de Ciências da Saúde](#)

[Baixar livros de Comunicação](#)

[Baixar livros do Conselho Nacional de Educação - CNE](#)

[Baixar livros de Defesa civil](#)

[Baixar livros de Direito](#)

[Baixar livros de Direitos humanos](#)

[Baixar livros de Economia](#)

[Baixar livros de Economia Doméstica](#)

[Baixar livros de Educação](#)

[Baixar livros de Educação - Trânsito](#)

[Baixar livros de Educação Física](#)

[Baixar livros de Engenharia Aeroespacial](#)

[Baixar livros de Farmácia](#)

[Baixar livros de Filosofia](#)

[Baixar livros de Física](#)

[Baixar livros de Geociências](#)

[Baixar livros de Geografia](#)

[Baixar livros de História](#)

[Baixar livros de Línguas](#)

[Baixar livros de Literatura](#)
[Baixar livros de Literatura de Cordel](#)
[Baixar livros de Literatura Infantil](#)
[Baixar livros de Matemática](#)
[Baixar livros de Medicina](#)
[Baixar livros de Medicina Veterinária](#)
[Baixar livros de Meio Ambiente](#)
[Baixar livros de Meteorologia](#)
[Baixar Monografias e TCC](#)
[Baixar livros Multidisciplinar](#)
[Baixar livros de Música](#)
[Baixar livros de Psicologia](#)
[Baixar livros de Química](#)
[Baixar livros de Saúde Coletiva](#)
[Baixar livros de Serviço Social](#)
[Baixar livros de Sociologia](#)
[Baixar livros de Teologia](#)
[Baixar livros de Trabalho](#)
[Baixar livros de Turismo](#)