



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA**  
**CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE**  
**CURSO DE GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM**

**INIBIÇÃO DO TRABALHO DE PARTO PRÉ-TERMO: VIVÊNCIA DE MULHERES**

Artigo referente ao Trabalho de Conclusão de Curso da Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina, apresentado na disciplina INT 5162 – Estágio Supervisionado II e inserido no contexto do Grupo de Pesquisa em Enfermagem na Saúde da Mulher e do Recém-nascido (GRUPESMUR) e na linha de pesquisa “O cuidado e o processo de viver, ser saudável e adoecer” do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da UFSC.

**AUTORAS**

Bruna Ré Carvalho

Cecília Melo

**ORIENTADORAS**

Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Odaléa Maria Brüggemann

Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Olga Regina Zigelli Garcia

**Florianópolis, novembro de 2008.**

## INIBIÇÃO DO TRABALHO DE PARTO PRÉ-TERMO: VIVÊNCIA DE MULHERES

Bruna Ré Carvalho \*

Cecília Melo \*\*

Odaléa Maria Brüggemann \*\*\*

Olga Regina Zigelli Garcia \*\*\*\*

**RESUMO:** Pesquisa qualitativa exploratório-descritiva, cujo objetivo foi compreender a vivência de mulheres durante a inibição de trabalho de parto pré-termo no centro obstétrico. Os dados foram coletados através de entrevistas semi-estruturadas com seis puérperas, no alojamento conjunto de uma maternidade de Florianópolis-SC, de agosto a outubro de 2008, e analisados de acordo com a proposta do Discurso do Sujeito Coletivo. As Idéias Centrais e os Discursos contemplam aspectos sobre os efeitos colaterais do uso de drogas útero-inibidoras, dor do trabalho de parto, orientação recebida dos profissionais, sentimentos vivenciados, apoio emocional, cuidados recebidos e desconfortos referidos. Os efeitos colaterais dos fármacos útero-inibidores repercutiram em sentimentos de ambivalência entre a necessidade de continuar inibindo e o desejo que a criança nasça logo. Contudo, após a decisão clínica da interrupção da inibição, surgem sentimentos de alívio. A assistência à mulher durante a inibição do trabalho de parto deve valorizar os aspectos emocionais envolvidos na vivência, assim como os desconfortos decorrentes do tratamento instituído.

**Palavras-chave:** Trabalho de parto prematuro, Enfermagem obstétrica, Tocolíticos, Pesquisa qualitativa

---

\* Acadêmica da 8ª fase do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC). Membro do Grupo de Pesquisa em Saúde da Mulher e do Recém-nascido (GRUPESMUR). E-mail: brunare@hotmail.com

\*\* Acadêmica da 8ª fase do Curso de Graduação em Enfermagem UFSC. Membro do GRUPESMUR. E-mail: ceciliamelo\_@hotmail.com

\*\*\* Enfermeira Obstétrica. Dra em Tocoginecologia. Docente do Departamento e do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da UFSC. Membro do GRUPESMUR. Orientadora da pesquisa. E-mail: odalea@nfr.ufsc.br

\*\*\*\* Enfermeira. Dra em Ciências Humanas. Docente do Departamento de Enfermagem da UFSC. Membro do GRUPESMUR. Co-orientadora da pesquisa. E-mail: zigarcia@gmail.com

## 1. INTRODUÇÃO

O nascimento pré-termo é uma das maiores dificuldades encontradas na área obstétrica. Apesar da evolução das estratégias de prevenção durante o pré-natal e da assistência neonatal ocorrida nos últimos anos, a incidência, a morbidade e a mortalidade neonatal continuam elevadas, sendo que suas complicações estão entre as principais causas de morte no primeiro ano de vida da criança<sup>1</sup>. O trabalho de parto pré-termo (TPP) é considerado aquele que ocorre entre 22 e 37 semanas incompletas de gestação, sendo que a sua ocorrência associa-se a fatores de risco obstétricos maternos e comportamentais. Em aproximadamente 40% dos casos, não é possível a identificação de fator causal e, neste grupo, incluem-se os fatores emocionais, freqüentemente pouco lembrados e abordados<sup>2</sup>. Atualmente, a ansiedade vem sendo considerada como possível fator determinante na prematuridade<sup>3</sup>.

A prevalência de nascimentos prematuros em países em desenvolvimento, como o Brasil, é de aproximadamente 7%<sup>4</sup>. Em Santa Catarina, no ano de 2005, foram registrados 82.548 nascidos vivos, dos quais 6,1% foram prematuros, sendo observada uma tendência de aumento, uma vez que a prevalência foi de 5,54% no ano 2000<sup>5</sup>.

A importância clínica do diagnóstico precoce do TPP está na possibilidade de aumentar a duração da gestação para reduzir a morbidade e mortalidade neonatal<sup>6</sup>. A decisão de se prolongar a gestação requer a análise cuidadosa das condições materno-fetais<sup>1</sup>, uma vez que as drogas útero-inibidoras podem ocasionar efeitos colaterais indesejáveis tanto para mulher, quanto para o feto, que devem ser considerados, portanto inibir o TPP não significa que o parto será adiado por um tempo clinicamente benéfico<sup>7</sup>.

A hospitalização pode tornar-se um momento obscuro e desconhecido, que acompanhada de complicações, gera ansiedade para a gestante e transtornos para toda a família que compartilha desse cotidiano<sup>8</sup>, uma vez que de maneira geral, o nascimento do novo ser é esperado com saúde, equilíbrio e alegria. Quando o bebê nasce prematuro, as

idealizações antes sonhadas transformam-se em angústias e incertezas, visto ser um bebê de risco, em razão da sua própria imaturidade anatômica e fisiológica<sup>9</sup>.

Diante desse contexto, o objetivo dessa pesquisa é compreender a vivência das mulheres que experienciaram o processo de inibição do TPP no centro obstétrico (CO).

A literatura sobre este tema está mais voltada para os aspectos obstétricos e fetais<sup>1,6,7,8,9,11,15</sup> sendo que existem poucos estudos que abordam a vivência da mulher durante esse período. Assim, consideramos que essa pesquisa poderá contribuir para desvelar os fatores emocionais envolvidos, bem como as rotinas assistenciais e o cuidado prestado pela equipe de saúde são percebidos pela mulher.

## **2. MÉTODO**

Trata-se de uma pesquisa qualitativa de natureza exploratório-descritiva, realizada no período de agosto a novembro de 2008, na Maternidade Carmela Dutra (MCD), instituição pública e integrante da Secretaria de Estado da Saúde de Santa Catarina, localizada no município de Florianópolis.

Participaram seis puérperas internadas no alojamento conjunto, e que vivenciaram a inibição do TPP no CO, sendo excluídas aquelas que tiveram óbito fetal, feto natimorto e recém-nascido pré-termo com malformação. O número de participantes foi estabelecido durante a coleta de dados, quando as informações coletadas passaram a apresentar uma quantidade de repetições em seu conteúdo e as novas falas apresentaram acréscimos pouco significativos em vista do objetivo proposto pela pesquisa.

Os dados de identificação da puérpera e os antecedentes obstétricos foram coletados no prontuário e os referentes à vivência sobre a inibição do TPP foram obtidos através de entrevistas semi-estruturadas e gravadas no alojamento conjunto, em local reservado.

Após a transcrição das entrevistas, realizou-se análise temática de discurso, de acordo com a proposta do Discurso do Sujeito Coletivo (DSC). Essa proposta visa organizar e tabular os dados qualitativos extraindo-se as Idéias Centrais (IC) e suas correspondentes Expressões Chaves (EC). A partir das EC que possuem a mesma IC, compõe-se um ou vários Discursos-Síntese – DSC, na primeira pessoa do singular<sup>10</sup>.

O projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da MCD sob o protocolo nº 0014.0.233.242-08. Todos os procedimentos seguiram a Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde que normatiza e regulamenta as pesquisas envolvendo seres humanos. Todas as participantes do estudo assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

### **3. RESULTADOS E DISCUSSÃO**

#### **Características das puérperas**

As participantes do estudo encontravam-se na faixa etária entre 15 e 32 anos de idade, a maioria (4) possuía 2º grau completo, sendo que duas delas estavam cursando o nível superior. Quanto à ocupação, duas trabalhavam na área da saúde e duas estavam cursando graduação em Enfermagem. Todas tiveram a presença de um acompanhante no CO durante o TPP, sendo que cinco deles era o companheiro e um era a mãe. Verificamos que todas utilizaram Terbutalina endovenosa como droga útero-inibidora, variando de 6 a 22h30min o tempo de uso da mesma. Metade delas teve parto normal e era primíparas. Os recém-nascidos pré-termos foram avaliados com Capurro entre 25 semanas e 2 dias a 36 semanas, sendo que 3 estavam internados na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal durante a realização da coleta de dados.

## **A vivência das mulheres acerca do trabalho de parto pré-termo**

As idéias centrais que emergiram das entrevistas com as puérperas sobre a vivência durante a inibição do TPP no CO, contemplam aspectos sobre os efeitos colaterais do uso de drogas útero-inibidoras, dor do trabalho de parto, orientação recebida dos profissionais, sentimentos vivenciados, apoio emocional, cuidados recebidos e desconfortos referidos.

### **IC1 - Desconfortos pelos efeitos colaterais decorrentes do útero-inibidor**

*O remédio é horrível [...] o bricanyl é muito ruim [...] quando eu tava tomando soro o meu coração ficou disparando muito [...]. Dá palpitação direto, bem ruim, eu não via a hora de acabar [...] dá uma falta de ar horrível [...] dava dor de cabeça [...]. Depois eu passei mal, vomitei, deu mal-estar, muita tontura [...] tremia toda, acelerou também o coração do bebê [...] suava frio [...] e por isso que não foi fácil de aceitar né? De querer deixar nascer e eles (médicos) não [...] Eles sabiam que tava fazendo o melhor, mas quem tava sofrendo era eu né? (DSC1).*

Entre as drogas útero-inibidoras mais empregadas para a inibição de TPP, encontramos a Terbutalina, utilizada por todas as participantes. A literatura descreve que freqüentemente ocorrem efeitos colaterais maternos (taquicardia, hipotensão arterial, cefaléia, êmese, tremores de extremidades, febre, precordialgia e edema agudo pulmonar)<sup>11</sup> e fetais (taquicardia, hiperinsulinismo, hipoglicemia e hipotensão arterial)<sup>1</sup>.

Percebemos no DSC1 que as mulheres sentiram a maioria dos desconfortos causados pelas drogas útero-inibidoras relatados na literatura obstétrica, de forma tão intensa que dificultou a aceitação e continuidade do tratamento, embora compreendessem a importância de inibir o TPP.

### **IC2 - Dor do trabalho de parto**

*É terrível, é terrível [...] eu tava sentindo muita contração. Eu sentia 4 contrações em 10 minutos, mesmo inibindo e a tendência foi aumentando. Tava doendo muito [...] E a gente não pode fazer nada né e eles (médicos) não podem fazer nada, tem que esperar né? Mas é a dor forte mesmo [...] (DSC2).*

Quando a mulher vivencia o TPP, os desconfortos sentidos pela inibição (IC1) somados a dor decorrente das contrações podem levá-la a desejar a interrupção da inibição. Embora esse desejo da mulher não tenha sido abordado na literatura, alguns autores têm

apontado que a dor é vista como algo muito marcante e sua sensação pode influenciar na satisfação da mulher durante o trabalho de parto, emergindo sentimentos positivos e negativos<sup>12</sup>.

### **IC3 – Orientações recebidas dos profissionais sobre o TPP**

*Quando eu internei o médico já falou que eu tava em trabalho de parto [...], que ia ter que inibir [...] e que eu podia ficar no mínimo uns três dias tentando inibir, mas que tinha que agüentar mais ou menos mais duas semanas, [...] que não era para nascer agora, que ele era muito novinho. [...] Falaram (médicos) que talvez os pulmõezinhos dele não tavam maduro suficiente [...] e ia ter que tomar uma medicação [...] eles me explicaram tudo direitinho, como poderia ser, se ele tivesse que ir para a UTI neonatal [...]. Eles vinham conversavam porque tava acontecendo isso [...]. As enfermeiras [...] também [...] bastante conversaram comigo, tinha hora que batia o desespero né? [...] Dai elas vinham conversavam: “a gente quer o melhor pra ti” [...]. Mas na hora era difícil quem tá passando dor não tem muita paciência (DSC3).*

As mulheres receberam informações sobre a inibição do TPP pelos médicos e enfermeiras do CO (DSC3). No entanto, o foco das orientações era a duração do tratamento e as possíveis intercorrências com o recém-nascido pré-termo. Identificamos a falta de uma abordagem relacionada aos efeitos colaterais da droga útero-inibidora, o que pode ter gerado ansiedade ao vivenciarem os seus desconfortos (IC1). Compartilhar conhecimentos sobre esse processo é importante, pois possibilita o estabelecimento de uma relação mais próxima do profissional com a mulher. Entretanto, deve-se considerar as necessidades que emergem da vivência da mulher para a redução da ansiedade e compreensão do vivido.

Uma pesquisa sobre as dificuldades na comunicação entre parturiente e equipe obstétrica, apontou que algumas mulheres procuram estabelecer contato com os profissionais, porém, muitas vezes, recebem informações incompletas, distantes, com duplo sentido, sem alcançarem as suas necessidades. O diálogo efetivo e conseqüente participação ativa da mulher durante o trabalho de parto reduz sentimentos negativos como medo, angústia e dor, proporcionando-lhe uma experiência mais positiva<sup>13</sup>.

#### **IC4 – Ansiedade frente à diversidade de informações recebidas**

*Cada hora vinha um médico diferente ou aprendiz né? Então assim, a gente fica muito ansiosa [...] e faz a mesma pergunta várias vezes só que tu não recebe às vezes a mesma resposta né? [...]. Ali na hora é muito difícil, porque você tá com o psicológico muito abalado, então talvez eles (médicos) queiram te dizer a mesma coisa, mas de maneira diferente, mas você interpreta tudo diferente. Eu sempre conversava, perguntava para os médicos [...]. Eu sempre queria saber como que tava, quantos dedos de dilatação tava [...]. É tão ruim quando eles vêm examinam, examinam e não falam nada (DSC4).*

Apesar das mulheres terem recebido orientações sobre alguns aspectos do processo de inibição (IC3), o DSC4 exemplifica que a diversidade de informações pode gerar ansiedade, insegurança e dúvidas, uma vez que estão abaladas emocionalmente frente à inibição do TPP. Cabe destacar que isto é decorrente da própria organização da assistência no CO, na qual vários profissionais estão envolvidos no acompanhamento de uma mesma parturiente.

Em pesquisa sobre o cuidado durante o trabalho de parto e parto, o excesso de estagiários proporcionou mal-estar em algumas mulheres<sup>12</sup>.

A assistência prestada muitas vezes é fragmentada, tornando-se uma barreira entre a equipe, parturiente e família, dificultando uma comunicação efetiva entre os mesmos, uma vez que a mulher deve sentir-se segura para dialogar com a equipe<sup>14</sup>.

#### **IC5 - Sentimentos ambivalentes: desejar o nascimento *versus* precisar inibir o TPP**

*[...] era tanta dor [...] vinha um monte de coisa na minha cabeça, [...] ansiedade, medo [...] por ele (RN), porque eles (médicos) disseram que ele podia ficar no oxigênio e tal, na UTI neonatal [...]. Sei lá, tava me sentindo um pouco insegura e [...] um pouco de impotência assim também [...]. Eu fiquei até um pouco ansiosa para saber se ele ia nascer ali ou não, porque [...] eu ia ficar internada e [...] tenho outra criança em casa. [...] Na verdade uma hora eu fui um pouco que egoísta, eu queria que tivesse logo pra tirar o bebê, porque eu já não tava mais agüentando [...] eu já tava passando por tudo aquilo [...] mas eu tava bem [...] eu sabia que ia dar tudo certo (DSC5).*

Essa ambivalência pode ser decorrente do estresse vivido pela mulher durante a inibição do TPP devido aos desconfortos decorrentes dos efeitos colaterais do útero-inibidor, conforme a IC1. Ao mesmo tempo a mulher possui consciência de que a inibição do TPP é benéfica para o bem-estar do recém-nascido, gerando um conflito de sentimentos e emoções. Em um estudo, mães de recém-nascidos pré-termos relataram sentimentos negativos como



medo e angústia, assim como sentimentos de fé e expectativa positiva sobre o estado do bebê, mostrando também ambigüidade de sentimentos<sup>15</sup>.

### **IC6 – Sentimento de alívio com a interrupção da inibição do trabalho de parto**

*Eu nem tava muito ligando para isso [...], foi um alívio [...], porque tava doendo muito a minha barriga, [...] eu já queria logo que nascesse para passar logo essa dor [...], eu fiquei feliz, eu sabia que eles (médicos) não iam mais inibir [...]. Também [...] foi um alívio porque eu sabia que eu sofrendo, ele já tava sofrendo na minha barriga, então assim, era hora, não tinha mais como adiar (DSC6).*

Os efeitos colaterais decorrentes das drogas útero-inibidoras, em especial a taquicardia (IC1), interferem na vivência da mulher, fato que gera uma expectativa de “resolução do problema”, ou seja, a finalização do processo de inibição do TPP, que se sobrepõe a preocupação das mesmas com a possibilidade do parto pré-termo e suas complicações, como observa-se no DSC6. Cabe destacar que não há referência sobre esse aspecto na literatura pesquisada, tornando-se necessário um aprofundamento do mesmo em outros estudos.

### **IC7 – As puérperas sentiram-se bem cuidadas pela equipe multiprofissional**

*Fui bem cuidada, todos (profissionais) foram bem atenciosos [...], me explicavam algumas coisas [...]. Foi ótimo, não sei a atenção, o carinho, o respeito [...] A enfermeira foi muito paciente, muito querida [...]. Quando eu me desesperei e comecei a chorar teve uma mulher que começou a fazer massagem nas minhas costas [...]. Uma médica que me ajudou bastante [...] falando pra mim ficar calma [...]. Eles (profissionais) também tavam ali sempre presentes olhando os sinais vitais [...], fazendo dinâmica (uterina), de meia em meia hora tinha alguém lá vendo o coraçãozinho dele (feto) e isso me acalmava bastante, por saber que ele ainda tava vivo ali. Então eu fiquei tranqüila porque eles tavam fazendo tudo que eles podiam. [...] Eu tive esse carinho, mas infelizmente não são todos [...] de repente faltou uma parte de atendimento mais aprofundado no sentimental [...] (DSC7).*

O DSC7 mostra que as mulheres identificaram a atenção, a orientação recebida, o carinho, o respeito, a paciência e medidas de conforto físico como elementos essenciais do cuidado, assim como as ações que são inerentes ao acompanhamento do trabalho de parto<sup>16</sup>. Alguns desses aspectos foram apontados como positivos em pesquisa com puérperas que vivenciaram trabalho de parto a termo, demonstrando que a enfermagem, por estar mais próxima da parturiente, deve cuidar e confortar para que a mesma experiencie o processo de nascimento de maneira saudável<sup>12</sup>.

Os profissionais de saúde devem estar disponíveis ao outro, nos aspectos emocionais, físicos e intelectuais<sup>13</sup>.

A mulher, nesse contexto de fragilidade emocional, necessita de um cuidado de enfermagem e dos demais profissionais que integram a equipe do CO, que valorize e promova o acolhimento, ofereça atenção e apoio, além da assistência obstétrica necessária. Todos esses fatores proporcionam uma vivência mais tranqüila e segura como evidenciado no DSC7.

### **IC8 – Desconfortos decorrentes do ambiente e de alguns cuidados recebidos**

*Ah teve [...] o barulho, [...] o desconforto da cama, [...] é horrível ficar deitada, [...] a dinâmica uterina, [...] os BCFs (batimentos cardíacos fetais) [...]. É claro que tem que fazer, [...] só que eu tava com contração tão forte que parecia que tava doendo mais ainda porque elas (médicas) estavam ali, mas eu sabia que era necessário [...] (DSC8).*

Os cuidados recomendados durante a assistência no primeiro período clínico do parto<sup>16</sup>, necessários para avaliar o sucesso da inibição do TPP e do bem-estar fetal, também causam desconforto (DSC8). Além disso, a própria característica do ambiente do CO, ou seja, um setor fechado, repleto de constantes ruídos oriundos da televisão, das campainhas, dos telefones e conversas entre os membros da equipe e de outras parturientes, geram muito barulho e incomodam as parturientes internadas. O repouso no leito, embora necessário durante a terapia medicamentosa<sup>1</sup>, também foi sentido como um gerador de desconforto.

Um espaço aconchegante e silencioso proporciona a todos os envolvidos durante a internação, um relaxamento psico-físico, melhorando a qualidade da assistência<sup>16</sup>.

A resolução RDC nº36 de 2008, que aborda entre outros aspectos, organização e infraestrutura física em serviços de atenção obstétrica e neonatal, dispõe que a ambiência desses serviços deve prover um ambiente físico, social, profissional e de relações interpessoais voltadas para um atendimento humanizado e que atue de forma resolutiva. A equipe obstétrica também deve atentar-se ao controle de ruídos, temperatura e luminosidade provenientes do ambiente<sup>17</sup>.

## **IC9 – Apoio emocional do acompanhante**

*Ainda bem que tinha o meu marido. [...] então eles (profissionais) me deixaram mais com ele [...] deixaram pra ele isso (o apoio) [...] até pelo fato de ele ser meu marido, tá ali toda hora me acompanhando, nem precisava falar nada né? [...] (DSC9).*

A Lei nº 11.108, de 7 de abril de 2005, garante à mulher o direito à presença de acompanhante de sua escolha durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato, no âmbito do Sistema Único de Saúde<sup>18</sup>. O acompanhante confere a gestante um suporte psíquico e apoio emocional pela presença reconfortante, dando segurança, dividindo seus medos e ansiedade e auxiliando-a nos momentos mais difíceis<sup>16</sup>.

Estudo sobre o apoio por acompanhante de escolha da mulher durante o trabalho de parto e parto apontou que tanto a mulher quanto as instituições de saúde podem se beneficiar com essa prática, pois promove a satisfação da mesma e de todos os envolvidos nesse processo<sup>19</sup>.

Os benefícios decorrentes do apoio no trabalho de parto para a satisfação da mulher e redução das intervenções obstétricas são apontados pelas evidências científicas<sup>20</sup>. Conforme a IC9, as próprias mulheres valorizam e reconhecem a importância da presença do acompanhante para prover apoio emocional durante a inibição do TPP. Fato que pode ser decorrente da ansiedade, insegurança e dos sentimentos ambivalentes que permeiam toda a vivência, como exposto na IC5.

## **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Esse estudo possibilitou compreender os aspectos que envolvem a vivência da mulher durante a inibição do TPP no CO. As ICs e os DSCs geram reflexões acerca das drogas utilizadas e seus efeitos colaterais, a dor do trabalho de parto, as orientações recebidas, a forma como a assistência se organiza e é prestada, a organização do ambiente, os sentimentos emergidos durante a inibição e o apoio emocional recebido pelo acompanhante.

É importante ressaltar que os desconfortos decorrentes dos efeitos colaterais da droga útero-inibidora, a Terbutalina, utilizada pelas participantes, destacaram-se nos resultados da pesquisa. Percebemos que esses desconfortos somados à dor do trabalho de parto, influenciaram na vivência das mulheres durante o processo de inibição, uma vez que os efeitos colaterais apareceram de forma tão intensa que geraram sentimentos ambivalentes entre desejar o nascimento e necessitar a inibição do TPP e por fim sentimento de alívio com a finalização do processo de inibição e o nascimento.

Verificamos também que a ansiedade relatada por algumas mulheres pode ter sido exacerbada devido à falta de orientação específica sobre os efeitos colaterais do útero-inibidor, assim como pela diversidade de informações recebidas, decorrentes da alta rotatividade de profissionais e da presença de acadêmicos de diferentes cursos de graduação envolvidos no cuidado de uma mesma mulher.

A assistência à mulher durante a inibição do TPP deve valorizar os aspectos emocionais envolvidos na vivência, assim como os desconfortos decorrentes do tratamento instituído. Na escolha do útero-inibidor deve ser considerada a sua eficácia, como também os efeitos colaterais, e quando possível, ser eleito um fármaco que os desencadeie em menor intensidade, tornando a vivência da mulher mais satisfatória e menos estressante, o que conseqüentemente contribuirá para o sucesso da inibição do TPP.

## **REFERÊNCIAS**

1. Bittar RE, Carvalho MHB, Zugaib M. Conduitas para o trabalho de parto prematuro. Rev Bras Ginecol Obstet 2005 set; 27(9): 561-66.
2. Brasil. Ministério da Saúde. Gestação de alto risco. 4.ed. Brasília: Secretaria de Políticas, Área Técnica da Saúde da Mulher. Brasília, 2000.
3. Araújo DMR, Pereira NL, Kac G. Ansiedade na gestação, prematuridade e baixo peso ao nascer: uma revisão sistemática da literatura. Cad. Saúde Pública 2007 abr; 23(4): 747-56.
4. Medeiros A, Gouveia N. Relação entre baixo peso ao nascer e a poluição do ar no Município de São Paulo. Rev Saúde Pública 2005 dez; 39(6): 965-72.
5. Cascaes AM, Gauche H, Baramarchi FM, Borges CM, Peres KG. Prematuridade e fatores associados no Estado de Santa Catarina, Brasil, no ano de 2005: análise dos dados do Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos. Cad. Saúde Pública 2008 mai; 24(5): 1024-32.
6. Bezerra LC, Oliveira SMJV, Latorre MRDO. Prevalência e fatores associados à prematuridade entre gestantes submetidas à inibição de trabalho de parto prematuro. Rev. Bras. Saúde Matern Infant 2006 abr/jun; 6(2): 223-29.
7. Keirse MJNC. The history of tocolysis. Br J Obstet. Gynaecol. [on line]. 2003 abr [citado em 03 jun 2008] 110(20): 94-97. Disponível em: <http://www.blackwell-synergy.com/doi/abs/10.1046/j.1471-0528.2003.00051.x>.
8. Arruda DC, Marcon SS. A família em expansão: experienciando intercorrências na gestação e no parto do bebê prematuro com muito baixo peso. Texto Contexto Enferm 2007 Jan/Mar; 16(1): 120-28.
9. Rabelo MZS, Chaves EMC; Cardoso MVLML, Scherlock MSM. Sentimentos e expectativas das mães na alta hospitalar do recém-nascido prematuro. Acta Paul Enferm 2007 jul/set; 20(3): 333-37.

10. Lefèvre F, Lefèvre AMC. O discurso do sujeito coletivo. Um novo enfoque em pesquisa qualitativa. Caxias do Sul: Educs, 2003.
11. Cabar FR, Bittar RB, Gomes CM, Zugaib M. O atosibano como agente tocolítico: uma nova proposta de esquema terapêutico. Rev Bras Ginecol Obstet 2008 fev; 30(2): 87-92.
12. Carraro TE, Knobel R, Radünz V, Meincke SMK, Fiewski MFC, Frello AT, et al. Cuidado e conforto durante o trabalho de parto e parto: na busca pela opinião das mulheres. Texto Contexto Enferm 2006; 15 (Esp): 97-104.
13. Caron OAF, Silva IA. Parturiente e a equipe obstétrica: a difícil arte da comunicação. Rev Latino-am Enfermagem 2002 jul/agost; 10(4): 485-92.
14. Centa ML, Oberhofer PR, Chammas J. A comunicação entre a puérpera e o profissional de saúde. In: Anais Eletrônicos do 8º Simpósio Brasileiro de Comunicação em Enfermagem; 2002 mai; São Paulo [on line] [citado em 11 nov 2008]. Disponível em: [http://www.proceedings.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=MSC0000000052002000100058&lng=es&nrm=abn](http://www.proceedings.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=MSC0000000052002000100058&lng=es&nrm=abn).
15. Fraga ITG, Pedro ENR. Sentimentos das mães de recém-nascidos prematuros: implicações para a enfermagem. Rev Gaúcha Enferm 2004 abr; 25(1): 89-97.
16. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Área Técnica da Saúde da Mulher. Parto, aborto e puerpério: assistência humanizada à mulher. Brasília (DF); 2003.
17. Brasil. Resolução RDC nº36, de 3 de junho de 2008. Dispõe sobre o regulamento Técnico para Funcionamento dos Serviços de Atenção Obstétrica e Neonatal. Diário Oficial da União. Brasília, DF, 4 jun, 2008. Seção 1, p.50-53.
18. Brasil. Lei n. 11.108, de 7 de abril de 2005. Altera a Lei n. 8.080, de 19 de setembro de 1990, para garantir às parturientes o direito à presença de acompanhante durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS. Diário Oficial da União. 8 abr 2005; Seção 1:1.

19. Brüggemann OM, Parpinelli MA, Osis JD, Cecatti JG, Neto ASC. Support to woman by a companion of her choice during childbirth: a randomized controlled trial. *Reproductive Health*. [on line] 2007 jul [citado em 10 nov 2008] 4(5). Disponível em: <http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=1936417>.
20. Hodnett ED, Gates S, Hofmeyr GJ, Sakala C. Continuous support for women during childbirth (Cochrane Review). In: *The Cochrane Library*; 2008 [on line] [citado em 10 nov 2008]. Disponível em: <http://www.cochrane.org/reviews/en/ab003766.html>.