Revista Eletrônica ACERVO CIENTÍFICO
ISSN 2595-7899

Risco materno associado à prematuridade em gestantes acompanhadas por gestão de caso

Maternal risk associated with prematurity in pregnant women followed by case management

Riesgo materno associado a la prematuridad em mujeres embarazadas seguido de manejo de casos

Flávia Teixeira Riberio da Silva[1], Anna Ligia Bettim[1], Aline Balandis Costa[1], Ricardo Castanho Moreira[1], Elisangela Pinafo Camolesi[1], Maria Fernanda Pereira Gomes Fiorentino[1], Camilly Gonçalves Ugucioni[1], Ariane Corda de Oliveira[1], Raiane Piccioni Xavier[1], Gilcilene de Fátima Moura[1].

RESUMO

Objetivo: Identificar os fatores de risco materno associados à prematuridade em gestantes acompanhadas por meio do modelo de gestão de casos de enfermagem. **Métodos:** Pesquisa clínica pragmática, quase-experimental, de braço único, realizada em um município do sul do Brasil. A intervenção consistiu na aplicação da gestão de casos a 91 gestantes, durante nove meses, entre 2019 e 2020. Os critérios de inclusão foram: apresentar diagnóstico de gravidez, idade gestacional inferior a 20 semanas, residentes no município e cadastradas no SISPRENATAL. A gestão de casos em enfermagem incluiu consultas de enfermagem e multiprofissional, ações educativas, visitas domiciliares e monitoramento telefônico. Os dados foram analisados comparativamente entre gestantes que evoluíram para partos pré-termo e aquelas com parto a termo, utilizando-se teste do qui-quadrado e cálculo do Risco Relativo. Pesquisa conduzida conforme Resolução n. 466/2012, com aprovação ética sob parecer nº 3.230.699. **Resultados:** Identificou-se uma taxa de 4,4% de partos prematuros. Na análise bivariada observou-se maior predisposição ao parto prematuro entre gestantes com escolaridade inferior a nove anos (p=0,001), tabagistas ou ex-tabagistas (p=0,028) e aquelas com gestação gemelar (p=0,001). **Conclusão:** A atuação contínua do enfermeiro na gestão de casos pode favorecer estágios gestacionais positivos e reduzir fatores de risco materno.

Palavras-chave: Recém-nascido prematuro, Fatores de risco, Cuidado pré-natal.

ABSTRACT

Objective: To identify maternal risk factors associated with prematurity in pregnant women monitored using the nursing case management model. **Methods:** A pragmatic, quasi-experimental, single-arm clinical study was conducted in a municipality in southern Brazil. The intervention consisted of applying case management to 91 pregnant women over nine months, between 2019 and 2020. Inclusion criteria were: having a pregnancy diagnosis, gestational age less than 20 weeks, residing in the municipality, and registered in SISPRENATAL.

[1] Universidade Estatual do Norte do Paraná (UENP), Bandeirantes – PR.

SUBMETIDO EM: 4/2026 | **ACEITO EM: 4/2026** | **PUBLICADO EM: 7/2026**

Nursing case management included nursing and multidisciplinary consultations, educational activities, home visits, and telephone monitoring. Data were analyzed comparatively between pregnant women who progressed to preterm deliveries and those with term deliveries, using the chi-square test and relative risk calculation. The research was conducted in accordance with Resolution n. 466/2012, with ethical approval under opinion nº 3.230.699. **Results:** A rate of 4,4% of premature births was identified. In the bivariate analysis, a greater predisposition to premature birth was observed among pregnant women with less than nine years of schooling (p=0,001), smokers or former smokers (p=0,028), and those with twin pregnancies (p=0,001). **Conclusion:** The continuous involvement of nurses in case management can favor positive gestational stages and reduce maternal risk factors.

Keywords: Premature, Risk factors, Prenatal care.

RESUMEN

Objetivo: Identificar los factores de riesgo maternos asociados a la prematuridad en gestantes monitoreadas mediante el modelo de gestión de casos de enfermería. **Métodos:** Se realizó un estudio clínico pragmático, cuasiexperimental, de un solo brazo en un municipio del sur de Brasil. La intervención consistió en aplicar la gestión de casos a 91 gestantes durante nueve meses, entre 2019 y 2020. Los criterios de inclusión fueron: tener diagnóstico de embarazo, edad gestacional menor de 20 semanas, residir en el municipio y estar registrada en SISPRENATAL. La gestión de casos de enfermería incluyó consultas de enfermería y multidisciplinarias, actividades educativas, visitas domiciliarias y seguimiento telefónico. Los datos se analizaron comparativamente entre gestantes que progresaron a partos prematuros y aquellas con partos a término, utilizando la prueba de chi-cuadrado y el cálculo del riesgo relativo. La investigación se realizó de acuerdo con la Resolución n. 466/2012, con aprobación ética bajo el dictamen nº 3.230.699. **Resultados:** Se identificó una tasa de 4,4% de nacimientos prematuros. En el análisis bivariado, se observó una mayor predisposición al parto prematuro en embarazadas con menos de nueve años de escolaridad (p=0,001), fumadoras o exfumadoras (p=0,028) y en aquellas con embarazos gemelares (p=0,001). **Conclusión:** La participación continua del personal de enfermería en la gestión de casos puede favorecer etapas gestacionales positivas y reducir los factores de riesgo maternos.

Palabras clave: Recien nacido prematuro, Factores de riesgo, Atención prenatal.

INTRODUÇÃO

No Brasil, a mortalidade neonatal permanece como um importante desafio para a saúde pública, concentrando-se majoritariamente no período neonatal precoce e relacionada, em grande parte, a causas evitáveis por meio de intervenções oportunas e efetivas no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) (BRASIL, 2024).

Na escala global, aproximadamente 50% das mortes entre crianças menores de cinco anos ocorrem durante o período neonatal, correspondente aos primeiros 28 dias de vida (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2024). Dentre as principais causas de mortalidade neonatal, destaca-se o parto prematuro, definido como aquele que ocorre antes de 37 semanas completas de gestação (MAIA AAA, et al., 2022).

No cenário brasileiro, a taxa de prematuridade é estimada em 11%, o que posiciona o país entre as dez nações com maior número de nascimentos pré-termos no mundo (ALBERTON M, et al., 2023). Tal realidade configura-se como um desafio relevante para a saúde pública, dada a elevada incidência de morbidade e mortalidade neonatal associada à prematuridade (MARTINELLI KG, et al., 2021).

Estudos apontam que as taxas de prematuridade e mortalidade neonatal são mais elevadas entre os nascidos vivos cujas mães apresentam fatores de risco clínico e socioeconômico, tais como baixa escolaridade, uso de substâncias psicoativas lícitas ou ilícitas, infecção do trato urinário, doenças hipertensivas específicas da gestação, diabetes gestacional, gestação múltipla, realização de cesarianas

eletivas e condições socioeconômicas e nutricionais desfavoráveis (CRUZ AAMB, et al., 2023). Além desses fatores, destaca-se a associação significativa entre a inadequação do acompanhamento pré-natal e a ocorrência de partos prematuros, o que reforça a importância da qualificação e da integralidade da atenção pré-natal como estratégia para a redução da prematuridade.

O Sistema Único de Saúde (SUS), com o objetivo de qualificar a atenção pré-natal no Brasil, instituiu, no ano de 2000, o Programa Nacional de Humanização do Pré-Natal e Nascimento (PNHPN). Esse programa distribui critérios de desempenho e qualidade para os serviços de atenção pré-natal, além de prever a concessão de incentivos financeiros aos municípios que aceitarem a proposta (BRASIL, 2000).

Posteriormente, em 2011, foi implantada a Rede Cegonha, com o objetivo de fomentar um novo modelo de atenção à saúde da mulher e da criança, pautado na integralidade do cuidado (BRASIL, 2011). A partir de sua criação, os entes federativos passaram a estruturar programas adequadamente alinhados às diretrizes nacionais.

No Estado do Paraná, foi criado, em 2012, o programa Rede Mãe Paranaense, com a finalidade de garantir a efetividade da assistência pré-natal e aprimorar os indicadores de saúde materno-infantil. Em 2017, esse programa incorporou a estratégia de Gestão de Caso (GC) para gestantes e crianças, com a finalidade de identificar, monitorar e intervir possíveis riscos (PARANÁ, 2017).

O gestor de casos assume a responsabilidade pelo acompanhamento de uma pessoa durante todo o curso de uma condição crônica de saúde, sendo responsável por avaliar a necessidade de atenção à saúde e a adequação dos serviços prestados e recebidos. Compete a esse profissional a coordenação do cuidado por meio da articulação entre os serviços e instituições que integram a Rede de Atenção à Saúde (RAS), de determinar o nível adequado de prestação dos serviços e a seleção da efetividade da prescrição e execução do plano de cuidado (PARANÁ, 2017).

Nesse contexto, o modelo de Gestão de Casos (GC) configura-se como uma estratégia que integra os aspectos de gerenciamento e cuidado no âmbito da enfermagem, com foco no acompanhamento dos cuidados prestados por enfermeiros, baseando-se em evidências científicas e na sistematização da assistência. A avaliação clínica, o planejamento, a organização, a motivação e o controle da provisão de cuidados de forma oportuna, segura e integral em articulação com os demais profissionais de saúde, conforme a necessidade do caso (AMORIM TS e BACKES MTS, 2020) configuram-se como alguns elementos do protocolo de GC.

O conhecimento dos fatores de risco associados ao parto prematuro possibilita um planejamento precoce e direcionado para a prevenção ou manejo desse avanço, reduzindo perdas de oportunidade para intervenções em tempo hábil (ARTIGA DHA, 2022). Nesse sentido, a prevenção primária deve ser priorizada, favorecendo o controle mais eficaz dos riscos relacionados à prematuridade. Diante disso, o presente estudo teve como objetivo identificar os fatores de risco materno associados à prematuridade em gestantes acompanhadas no modelo de gestão de casos de enfermagem.

MÉTODOS

Esta pesquisa constitui um subprojeto vinculado a uma investigação de maior abrangência. Trata-se de um estudo clínico pragmático, de delineamento quase-experimental, com braço único, desenvolvido no Centro de Saúde da Mulher e da Criança do município de Bandeirantes, Estado do Paraná, região Sul do Brasil. O município foi classificado como selecionável para o estudo por não dispor, na rede pública de saúde, da estratégia de intervenção proposta a gestão de casos de enfermagem durante o período gestacional.

A população do estudo foi composta por gestantes usuárias do Sistema Único de Saúde (SUS). O cálculo amostral considerou a proporção de ocorrência de partos prematuros no município (10%), com risco alfa de 0,05 e risco beta de 0,20, em contraste bilateral, sendo elegível para o grupo de intervenção 106 gestantes, de um total de 432 gestantes atendidas na rede pública municipal de saúde, cadastradas no Sistema de Informação do Pré-Natal (SISPRENATAL) no início do estudo no ano de 2019.

Os critérios de inclusão adotados para a presente pesquisa foram: diagnóstico confirmado de gestação, idade gestacional inferior a 20 semanas, residência no município onde o estudo foi realizado e registro ativo no Sistema de Acompanhamento do Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento (SISPRENATAL). Foram excluídos de gestantes com intenção de mudança de município, com planejamento do parto em outra localidade ou que contemplassem critérios de descontinuidade, como óbito materno ou fetal, aborto, ou manifestação explícita de recusa em participar da pesquisa.

A amostragem utilizada não foi probabilística, por conveniência. Todos os participantes que atenderam aos critérios de inclusão foram convidados a participar do estudo por meio da leitura e explicação do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e/ou do Termo de Assentimento Livre e Esclarecido (TALE), bem como pela apresentação detalhada das etapas do estudo, permitindo a decisão livre e informada quanto à adesão à pesquisa.

As gestantes que aceitaram participar mantiveram o acompanhamento padronizado no cuidado habitual da rede básica de saúde oferecido pela atenção básica, sendo ações interventivas acrescidas baseadas no modelo de Gestão do Cuidado (GC) de enfermagem, o que fundamenta o presente estudo.

A coleta de dados ocorreu entre maio de 2019 e agosto de 2020. Cada gestante foi acompanhada durante nove meses, abrangendo o período gestacional completo. As estratégias que compuseram o GC de enfermagem incluíram consultas de enfermagem e multiprofissionais, ações educativas individuais e em grupo, visitas domiciliares e abordagens telefônicas. Essas ações foram pautadas nas diretrizes da Linha Guia da Rede Mãe Paranaense (PARANÁ, 2018).

As consultas de enfermagem foram realizadas pela pesquisadora responsável e teve como objetivo a realização de anamnese, exame físico, diagnóstico das necessidades de cuidado, planejamento da assistência abrangendo a prescrição e plano de cuidados construído conjuntamente, implementação da assistência e avaliação do processo de cuidado. Inclui-se ainda a avaliação contínua e conjunta com a gestante e familiares ao longo do processo de cuidado. Todas as informações foram registradas em instrumento semiestruturado, elaborado para essa finalidade.

Com base na identificação das necessidades individuais de cada gestante, foram realizados encaminhamentos para avaliações físicas e orientações junto aos profissionais da Estratégia Saúde da Família (ESF), incluindo farmacêutico, psicólogo, dentista e nutricionista. Cada atendimento teve duração média de 30 minutos. As atividades educativas são realizadas mensalmente, durante as consultas de enfermagem, visitas domiciliares ou por meio de contato telefônico. Nessas ações, abordamos temas como a importância do pré-natal, interpretação de exames físicos, laboratoriais e de imagem, cuidados com o corpo, alimentação saudável, prevenção de doenças, imunizações e cuidados com o recém-nascido.

As visitas domiciliares tiveram como propósito compreender o contexto familiar e estrutural da moradia, a fim de contribuir para um plano de cuidado viável. O contato telefônico, por sua vez, foi utilizado como uma estratégia de humanização, fortalecimento do vínculo, acompanhamento e suporte contínuo, disponibilizando-se um número de telefone para contato sempre que a gestante considerar necessário.

As variáveis de desfecho analisadas foram prematuridade (idade gestante inferior a 37 semanas) e fatores maternos como idade, escolaridade, presença de infecções sexualmente transmissíveis (IST), tabagismo, uso de drogas ilícitas, classificação de risco na primeira consulta, gravidez múltipla, sífilis, infecção urinária, anemia, corrimento vaginal, hipertensão arterial e diabetes mellitus. Consideraram-se ainda como variáveis preditoras a cor da pele, altura, estado civil, número de filhos, ocupação, renda familiar, estado nutricional e histórico obstétrico (número de gestações, abortos, cesarianas, partos vaginais, histórico de prematuridade, baixo peso ao nascer, óbito neonatal, intercorrências na gestação e com o recém-nascido).

Durante a realização do estudo, ocorreram 15 descontinuidades: sete gestantes mudaram de município, sete abortos e um óbito fetal. Ao final, 91 gestantes concluíram o acompanhamento.

As variáveis nominais ou categóricas foram descritas em números absolutos e relativos, e, para as variáveis numéricas, calculou-se a média. Para a organização dos dados, foi utilizado o programa Microsoft Excel®, e as análises foram realizadas por meio do software SPSS® versão 18.0. As decisões estatísticas foram tomadas adotando-se nível de significância de $p<0,05$, e foi considerado intervalo de confiança de 95%.

Procederam-se às análises de associações de interesse que compararam os fatores maternos das participantes acompanhadas pela Gestão de Casos que tiveram partos pré-termo com as gestantes de partos a termo. Utilizou-se o teste de qui-quadrado e foi calculado o Risco Relativo.

Esta pesquisa obedeceu aos princípios da resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Pesquisa e foi aprovada sob o número 3.230.699 (CAAE: 09617219.4.0000.8123) pela Universidade Estadual do Norte do Paraná. O projeto foi cadastrado no Registro Brasileiro de Ensaios Clínicos (REBEC) com parecer RBR – 1073gcfm.

RESULTADOS

Quanto às características maternas, a média de idade foi de 25,5 anos, a mínima, de 14 anos e a máxima, de 44 anos. Prevaleceram a cor branca (59,3%), maioria casada (84,6%), com dois filhos (42,9%), com tempo de escolaridade de nove a 12 anos (62,6%), com ocupação ativa (50,5%) e renda per capita maior que R$ 141 (92,3). Na avaliação do estado nutricional das gestantes, 20,9% estavam com sobrepeso e 29,7% estavam obesas no início da gravidez (**Tabela 1**).

Tabela 1 - Distribuição das variáveis socioeconômicas e hábitos de vida segundo os partos pré-termo e a termo das gestantes do grupo acompanhadas pela gestão de casos de enfermagem, n=91.

Variáveis	Prematuridade			
	Sim n=4		Não n=87	
	N	%	N	%
Cor				
Branco	2	50,0	52	59,8
Negro	0	0,0	12	13,8
Pardo	2	50,0	23	26,4
Estado conjugal				
Sem companheiro	1	25,0	13	14,9
Com companheiro	3	75,0	74	85,1
Números de filhos				
0	3	75,0	30	34,5
1	0	0,0	17	19,5
2	1	25,0	38	43,7
3 ou mais	0	0,0	2	2,3
Ocupação				
Ativo	1	25,0	45	51,7
Do lar	3	75,0	42	48,3
Renda *per capita*				
< 70 reais	1	25,0	0	0,0
De 71 a 140 reais	0	0,0	1	1,2
>141 reais	3	75,0	81	93,1
Não responderam	0	0,0	5	5,7
Altura				
< 1,50	0	0,0	2	2,3
>1,51	4	100,0	85	97,7
Estado nutricional no início da gravidez				
Baixo peso	1	25,0	8	9,3
Adequado	2	50,0	34	39,1
Sobrepeso	0	0,0	19	21,8
Obesidade 1	1	25,0	20	23,0
Obesidade 2	0	0,0	3	3,4
Mórbida	0	0,0	3	3,4

Fonte: Silva FTR da, et al., 2026.

Em relação aos antecedentes obstétricos, 36,3% das mulheres eram primigestas, e 79,1% não apresentavam histórico de abortos. Quanto ao tipo de parto, 37,4% relataram ter realizado cesárea e 28,6% tiveram partos vaginais. Entre os registros prévios, 10% das gestantes já haviam vivenciado partos prematuros e bebês com baixo peso ao nascer, e 4,4% informaram ocorrência de óbito neonatal. No que diz respeito às complicações, 14,4% relataram intercorrências com o recém-nascido, enquanto 22% mencionaram complicações durante a gestação (**Tabela 2**).

Tabela 2 - Distribuição das variáveis de antecedentes obstétricos segundo os partos pré-termo e a termo das gestantes do grupo acompanhadas pela GC de enfermagem, n=91.

Variáveis	Prematuridade			
	Sim n=4		Não n=87	
	N	%	N	%
Número de gestações				
0	2	50,0	31	35,6
1	1	25,0	23	26,4
2	1	25,0	22	25,3
3 ou mais	0	0,0	11	12,7
Número de abortos				
0	3	75,0	69	79,3
1	1	25,0	14	16,1
2	0	0,0	3	3,4
3	0	0,0	1	1,2
Número de cesáreas				
0	3	75,0	54	62,1
1	1	25,0	23	26,4
2	0	0,0	8	9,2
3	0	0,0	2	2,3
Número de partos vaginais				
0	3	75,0	62	71,3
1	1	25,0	12	13,8
2	0	0,0	10	11,5
3 ou mais	0	0,0	3	3,4
RN prematuro				
Sim	1	25,0	9	10,3
Não	3	75,0	78	89,7
RN Baixo peso				
Sim	1	25,0	9	10,3
Não	3	75,0	78	89,7
Morte neonatal				
Sim	0	0,0	4	4,6
Não	4	100,0	83	95,4
Intercorrências com o RN				
Sim	1	25,0	12	13,8
Não	3	75,0	75	86,2
Intercorrência na gestação				
Sim	1	25,0	19	21,8
Não	3	75,0	68	78,2

Fonte: Silva FTR da, et al., 2026.

Na análise bivariada das características maternas em relação ao parto prematuro, identificou-se que mães com escolaridade menor que nove anos (p=0,001), ser fumante ou ex-fumante (p=0,028) e ser gestante de gêmeos (p=0,001) são fatores considerados de risco para partos prematuros (**Tabela 3**).

Tabela 3 - Análise bivariada das variáveis socioeconômicas, hábitos, obstétricas e condições de saúde segundo os partos pré-termo e a termo das gestantes do grupo acompanhadas pela GC de enfermagem, n=91.

Variáveis	Prematuridade				Total		p-valor*	RR (IC 95%)
	Sim		Não					
	n	%	N	%	n	%		
Faixa Etária								….
Menor de 18 anos	0	0,0	9	9,9	9	9,9	0,640	0,84 (0,05; 14,55)
De 18 a 35 anos	4	4,4	71	78,0	75	82,4		1
Maior de 35 anos	0	0,0	7	7,7	7	7,7		1,06 (0,06; 17,88)
Escolaridade								
Menor de 9 anos	3	3,3	11	12,1	14	15,4	0,001	16,50 (1,85; 147,49)
Maior de 9 anos	1	1,1	76	83,5	77	84,6		1
IST								
Sim	2	2,2	19	20,9	21	23,1	0,191	3,33 (0,50; 22,25)
Não	2	2,2	68	74,7	70	76,9		1
Tabagismo								
Sim	1	1,1	3	3,3	4	4,4	0,028	17,00 (1,29; 224,78)
Não	1	1,1	67	73,6	68	74,7		1
Ex-tabagista	2	2,2	17	18,7	19	20,9		7,16 (0,68; 74,75)
Drogas ilícitas								
Sim	1	1,1	3	3,3	4	4,4	0,119	7,17 (0,94; 54,52)
Não	3	3,3	83	91,2	86	94,5		1
Usou antes da gestação	0	0,0	1	1,1	1	1,1		IS
Risco na 1ª consulta								
Habitual	2	2,2	46	50,5	48	52,7	0,516	1
Intermediário	0	0,0	16	17,6	16	17,6		IS
Alto risco	2	2,2	25	27,5	27	29,7		1,78 (0,26; 11,91)
Gestação múltipla (gemelar)								
Sim	1	1,1	1	1,1	2	2,2	0,001	14,83 (2,51; 87,71)
Não	3	3,3	86	94,5	89	97,8		1
Sífilis								
Sim	1	1,1	6	6,6	7	7,7	0,184	4,00 (0,48; 33,59)
Não	3	3,3	81	89,0	84	92,3		1
Infecção urinária								
Sim	0	0,0	16	17,6	16	17,6	0,345	IS
Não	4	4,4	71	78,0	75	82,4		-
Anemia								
Sim	0	0,0	34	37,4	34	37,4	0,114	IS
Não	4	4,4	53	58,2	57	62,6		-
Corrimento vaginal								
Sim	1	1,1	16	17,6	17	18,7	0,740	1,45 (0,16; 13,71)
Não	3	3,3	71	78,0	74	81,3		1
Hipertensão arterial								
Sim	1	1,1	13	14,3	14	15,4	0,586	1,83 (0,20; 16,39)
Não	3	3,3	74	81,3	77	84,6		1
Diabetes Mellitus								
Sim	0	0,0	13	14,3	13	14,3	0,404	IS
Não	4	4,4	74	81,3	78	85,7		-

*Teste Qui-quadrado. IC = Intervalo de Confiança. IS = Dados insuficientes para análise.
Fonte: Silva FTR da, et al., 2026.

DISCUSSÃO

Neste estudo, o desfecho analisado a prematuridade apresentou uma ocorrência reduzida entre os participantes (n=4), o que inviabilizou uma mensuração múltipla e ponderada dos fatores selecionados por meio de um modelo de regressão log-linear para o cálculo do risco relativo ajustado.

Embora tenha sido feita uma tentativa de modelagem, surgiram problemas de separação entre as variáveis, ou seja, houve contagem zero nos entrecruzamentos, o que violou os pressupostos matemáticos do modelo múltiplo. Nessa situação, não é possível identificar o ponto máximo necessário para o ajuste estatístico (SELVIN S, 2004). Dessa forma, justifica-se a apresentação apenas das medidas de risco relativo bruto para cada fator de forma individual, conforme mostrado nos resultados.

A presente pesquisa investigou alguns fatores maternos associados à prematuridade entre gestantes acompanhadas pelo modelo de Gestão de Casos (GC) de enfermagem. No que se refere à idade materna, não foi observada associação significativa com a ocorrência de partos prematuros. Destaca-se que, entre as gestantes com idades extremas, não houve nenhum caso de prematuridade.

Em contrapartida, um estudo realizado na Itália identificou maior incidência de partos prematuros entre mulheres com menos de 20 anos e mais de 35 anos de idade (ESPOSITO G, et al., 2022). Sabe-se que a gestação na adolescência envolve riscos aumentados tanto para a gestante quanto para o recém-nascido. Entre os fatores que podem contribuir para esses riscos estão o acesso limitado das adolescentes aos serviços de saúde, o baixo nível socioeconômico e a carência de políticas públicas específicas para esse grupo, o que pode interferir na qualidade do serviço prestado (NASCIMENTO BTS, et al., 2024). Quanto às gestantes com idade mais avançada, estas apresentam maior probabilidade de desfechos gestacionais desfavoráveis devido à maior prevalência de comorbidades, como hipertensão arterial e diabetes mellitus (CHERMONT AG, et al., 2020).

Este estudo também apontou que gestantes com menos de nove anos de escolaridade apresentaram risco aumentado para parto prematuro, quando comparadas àquelas com maior nível de instrução. Corroborando com esse resultado, uma pesquisa conduzida em Bauru/SP identificou a baixa escolaridade materna como um fator relevante para o nascimento prematuro, uma vez que essa condição pode dificultar o acesso à informação em saúde e comprometer a efetividade dos cuidados prestados. Além disso, a pesquisa destaca que crianças nascidas de mães com menor nível educacional tendem a ser inseridas em ambientes com pouca estimulação, afetando negativamente seu desenvolvimento neuropsicomotor (SCHIAVO RA, et al., 2021).

Esses achados reforçam a necessidade urgente de ampliar a conscientização sobre os serviços disponíveis de pré-natal e cuidados neonatais, bem como de priorizar investimentos por parte dos governos locais para aprimorar a qualidade da assistência prestada a mães e recém-nascidos em situação de maior vulnerabilidade.

O uso do tabaco durante a gestação, além de comprometer a saúde materna, exerce significado sobre a saúde fetal, estando associado a resultados adversos como baixo peso ao nascer, prematuridade e aumento do risco de malformações congênitas. Além disso, os efeitos da exposição intrauterina ao tabaco podem se estender ao longo do ciclo de vida, contribuindo para maior risco de desenvolver patologias respiratórias, dificuldades no aprendizado e transtornos comportamentais (ROCHA BJ, et al., 2025).

O tabagismo durante a gestação é reconhecido como um sério problema de saúde pública. Um estudo brasileiro identificou que 19,2% das gestantes fazem uso de substâncias lícitas e ilícitas, sendo o tabaco responsável por 18,2% desse total. Em consonância, uma pesquisa realizada na Escócia revelou taxas ainda mais elevadas, com 30,1% de uso de tabaco no início da gestação, 24,4% ao final da gravidez e 50,6% após um ano do parto (JONES AM, et al., 2020).

Um cenário ainda mais preocupante envolve o uso de drogas ilícitas, como cocaína e crack, que persiste durante a gravidez. Esse consumo não apenas eleva o risco de parto prematuro, mas também pode comprometer o neurodesenvolvimento e a saúde geral do recém-nascido (SOUZA MBC, et al., 2023).

Diante disso, é fundamental que as intervenções para cessação do tabagismo incluam a avaliação e o tratamento da saúde mental (JONES AM, et al., 2020). Além disso, é essencial adotar estratégias de intervenção voltadas para a família e o ambiente escolar, com foco na promoção de hábitos de vida saudáveis e na prevenção do uso de álcool, tabaco e outras drogas, considerando os impactos negativos desses comportamentos na saúde materno-infantil.

O uso de substâncias lícitas e ilícitas durante a gestação é um fator que precisa ser prontamente identificado pela equipe de saúde. Nesse contexto, a enfermagem desempenha um papel fundamental na oferta de um pré-natal de qualidade, promovendo a saúde física e mental da gestante com o objetivo de reduzir possíveis agravos. A orientação adequada à gestante usuária de drogas é essencial, esclarecendo os riscos que essa prática pode representar tanto para ela quanto para o feto em desenvolvimento. No entanto, para que essa assistência seja realmente eficaz, é indispensável o estabelecimento de vínculo entre a mulher e o profissional de enfermagem, além da construção de uma relação de confiança. Esse vínculo é fortalecido por meio da Gestão de Casos (GC), através do acolhimento, elemento fundamental para garantir a adesão da gestante ao pré-natal e às orientações fornecidas (SILVA FTR, et al., 2020).

Em relação à gestação múltipla, esta foi identificada na presente pesquisa como fator de risco para prematuridade, já que mais da metade das gestações gemelares os partos foram pré-termos (<37 semanas), percentual significativamente superior ao observado em gestações únicas, que correspondeu a aproximadamente 6%. Estudos realizados na Noruega confirmam esse achado (TINGLEFF T, et al., 2023). Em consonância, uma pesquisa aponta que a elevada taxa de partos prematuros em gestações múltiplas é a principal causa de óbitos neonatais, sendo sete vezes maior que na gestação única (SOUZA RF, et al., 2024).

O presente estudo não identificou relevância estatística entre as condições de saúde e a prematuridade. No entanto, diversos autores observaram uma associação entre a presença de comorbidades materna e o risco aumentado de parto prematuro, sendo a hipertensão arterial e o diabetes mellitus as principais condições relatadas como duas das causas mais frequentes de nascimentos prematuros nesses estudos (CARVALHO FC, et al., 2021; ABREU SHA, et al., 2024).

Nos Estados Unidos, por exemplo, estudos demonstraram que bebês nascidos de mulheres com transtornos hipertensivos da gestação, incluindo hipertensão gestacional, pré-eclâmpsia, eclâmpsia e hipertensão crônica, apresentaram maior probabilidade de serem pequenos para a idade gestacional ou de nascer prematuros, em comparação aos filhos de mulheres sem hipertensão (WILSON DA, et al., 2024). Além disso, outras pesquisas apontaram uma forte relação entre infecções maternas e a ocorrência de prematuridade e morbimortalidade neonatal (CARVALHO FC, et al., 2021).

Esses resultados podem ser compreendidos na presente pesquisa, na qual a atuação do gestor de casos contribuiu para esclarecer dúvidas das gestantes, promover cuidados individualizados e garantir um acompanhamento próximo, o que pode ter favorecido um desfecho gestacional mais positivo, reduzindo os fatores de risco envolvidos.

Ressalta-se, ainda, que o controle adequado das comorbidades e infecções durante a gestação ocorre, principalmente, por meio de um pré-natal bem conduzido. Nesse sentido, é fundamental adotar medidas preventivas ao longo da gravidez para reduzir a incidência de partos prematuros, sendo recomendável o início precoce do acompanhamento pré-natal, especialmente entre os grupos populacionais mais vulneráveis (MELO ABO, et al., 2024).

A provável razão para a redução dos riscos relacionados aos fatores maternos neste estudo foi o acompanhamento realizado durante o pré-natal, uma vez que, na gestão de casos, são oferecidas orientações complementares adequadas ao período gestacional vigente, além de planejamento de cuidados individualizados e monitoramento contínuo das condições clínicas da gestante. Quando identificadas falhas no sistema de atenção ou alterações no estado clínico da paciente, são tomadas providências imediatas para facilitar e priorizar o atendimento, seja de forma emergencial ou ambulatorial.

Dessa forma, torna-se essencial a identificação precoce dos fatores de risco para o nascimento prematuro, considerando que muitos desses casos podem ser evitados por meio de um pré-natal de qualidade aliado ao acesso à educação em saúde.

Com custos relativamente baixos, a estratégia de Gestão de Casos (GC) complementa as ações desenvolvidas pela rede de atenção no pré-natal, demonstrando eficácia na detecção de fatores de risco, na qualificação das práticas assistenciais, na ampliação do acesso aos serviços e no fortalecimento da rede de

atenção. Isso contribui diretamente para a melhoria dos serviços prestados durante o pré-natal e para a redução de complicações, incluindo o parto prematuro.

Estudos indicam que a GC tem promovido avanços significativos, como maior satisfação dos usuários, redução de hospitalizações e custos, controle mais eficaz de sintomas, e mudanças positivas nos hábitos de vida. Esses resultados comprovam sua efetividade na melhoria dos cuidados em saúde (BUJA A, et al., 2020; HUDON C, et al., 2022).

As limitações deste estudo decorrem da escolha de apenas alguns fatores de risco para análise, com base na literatura sobre os determinantes da prematuridade, além do tamanho reduzido da amostra de partos prematuros (n=4). Em contrapartida, a originalidade do estudo reside na fonte principal dos dados, obtidos por meio das informações coletadas durante o acompanhamento de uma intervenção (gestão de casos).

CONCLUSÃO

Foram identificados como fatores de risco materno para a prematuridade, entre as gestantes acompanhadas pela gestão de casos (GC) de enfermagem, a baixa escolaridade, o tabagismo e a gestação múltipla. Outros fatores, como idade materna e condições de saúde, não apresentaram significância estatística, embora a literatura ressalte sua relevância na ocorrência de partos prematuros. É possível inferir que a atuação constante do enfermeiro na gestão de casos contribuiu para o esclarecimento de dúvidas relacionadas ao cuidado, além de possibilitar um acompanhamento individualizado, tanto presencial quanto telefônico, o que pode ter favorecido desfechos gestacionais positivos, atenuando os fatores de risco. Acredita-se que este estudo possa colaborar para o aprimoramento das políticas de saúde ao evidenciar os fatores maternos associados à prematuridade, destacando a importância de ampliar o acesso e melhorar a qualidade da atenção pré-natal, com o objetivo de reduzir o número de nascimentos prematuros e os impactos significativos que esses representam para a saúde.

AGRADECIMENTOS E FINANCIAMENTO

Agradecemos à Universidade Estadual do Norte do Paraná (UENP) pelo suporte e pelos recursos oferecidos, que foram essenciais para a realização deste estudo.

REFERÊNCIAS

1. ABREU SHA, et al. Causas e Fatores de Risco para Partos Prematuros: Uma Revisão da Literatura. *Brazilian Journal of Implantology and Health Sciences*, 2024; 6(9): 507–515.
2. ALBERTON M, et al. Prevalência e tendência temporal da prematuridade no Brasil antes e durante a pandemia de COVID-19: uma análise de série histórica, 2011–2021. *Epidemiologia e Serviços de Saúde*, 2023; 32: e2022603.
3. AMORIM TS, BACKES MTS. Gestão do cuidado de enfermagem à puérperas e recém-nascidos na Atenção Primária à Saúde. *Rev Rene*, 2020; 21(1): 30.
4. ARTIGA DHA. Fatores de risco associados ao parto prematuro: estudo caso-controle. Dissertação (Mestrado em Enfermagem em Saúde Pública) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2022; 75 p.
5. BRASIL. Ministério da Saúde. Mortalidade infantil e fetal por causas evitáveis no Brasil é a menor em 28 anos. 2024. Disponível em: https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/noticias/2024/marco/mortalidade-infantil-e-fetal-por-causas-evitaveis-no-brasil-e-a-menor-em-28-anos. Acesso em: 27 maio 2026.
6. BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 569, de 1º de junho de 2000. 2000. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2000/prt0569_01_06_2000_rep.html. Acesso em: 13 fev. 2026.
7. BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.459, de 24 de junho de 2011. 2011. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1459_24_06_2011.html. Acesso em: 13 fev. 2026.

8. BUJA A, et al. Health and health service usage outcomes of case management for patients with long-term conditions: a review of reviews. *Primary Health Care Research & Development*, 2020; 21: e26.
9. CARVALHO FC, et al. Fatores de risco maternos mais prevalentes relacionados à ocorrência de partos prematuros: revisão de literatura. *Brazilian Journal of Surgery and Clinical Research*, 2021; 36(1): 112–123.
10. CHERMONT AG, et al. Fatores de risco associados à prematuridade e baixo peso ao nascer nos extremos da vida reprodutiva em uma maternidade privada. *Revista Eletrônica Acervo Saúde*, 2020; (39): e2110.
11. CRUZ AAMB, et al. Fatores de natureza social associados ao risco de prematuridade em município paulista. *Acta Paulista de Enfermagem*, 2023; 36: eAPE00632.
12. ESPOSITO G, et al. The role of maternal age on the risk of preterm birth among singletons and multiples: a retrospective cohort study in Lombardy, Northern Italy. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 2022; 22(1): 234.
13. HUDON C, et al. Case management programs for improving integrated care for frequent users of healthcare services: an implementation analysis. *International Journal of Integrated Care*, 2022; 22(1): 11.
14. JONES AM, et al. Smoking status and symptoms of depression during and after pregnancy among low-income women. *Journal of Obstetric, Gynecologic & Neonatal Nursing*, 2020; 49(4): 361–372.
15. MAIA AAA, et al. Fatores de risco da prematuridade: uma revisão narrativa. *Revista Eletrônica Acervo Saúde*, 2022; 15(2): e9711.
16. MARTINELLI KG, et al. Prematuridade no Brasil entre 2012 e 2019: dados do Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos. *Revista Brasileira de Estudos de População*, 2021; 38: e0173.
17. MELO ABO, et al. Atenção à saúde obstétrica em grupos vulneráveis: acesso a cuidados e disparidades de saúde. *Brazilian Journal of Implantology and Health Sciences*, 2024; 6(8): 2562–2575.
18. NASCIMENTO BTS, et al. Associação de gravidez na adolescência e prematuridade. *Brazilian Journal of Implantology and Health Sciences*, 2024; 6(1): 396–406.
19. PARANÁ. Secretaria de Estado da Saúde. Superintendência de Atenção à Saúde. *Linha Guia Rede Mãe Paranaense*. 2022. Disponível em: https://www.conims.pr.gov.br/arquivo_usu/documentos/alterados/sgsites-huner-20180205-113318.pdf.
20. PARANÁ. Secretaria de Estado da Saúde. *Manual de Gestão de Caso*. 2017. Disponível em: https://www.saude.pr.gov.br/sites/default/arquivos_restritos/files/documento/2020-04/manualgestaodecasopreliminar.pdf.
21. ROCHA BJ, et al. Hábito do tabagismo na gestação: uma revisão integrativa da literatura. *Revista Científica de Enfermagem*, 2025; 15(43): 68–77.
22. SCHIAVO RA, et al. Fatores materno-infantis associados ao desenvolvimento de bebês prematuros e a termo. *Revista Psicologia e Saúde*, 2021; 12(4): 141–157.
23. SELVIN S. *Statistical Analysis of Epidemiologic Data*. 3rd ed. Oxford: Oxford University Press, 2004; 346 p.
24. SILVA FTR, et al. Prevalência e fatores associados ao uso de drogas de abuso por gestantes. *Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil*, 2020; 20: 1101–1107.
25. SOUZA MBC, et al. Uso de drogas ilícitas na gestação e suas consequências para o feto: revisão integrativa da literatura. *Revista Ibero-Americana de Humanidades, Ciências e Educação*, 2023; 9(3): 1349–1363.
26. SOUZA RF, et al. Gestação múltipla: desafios obstétricos e neonatais. *Periódicos Brasil. Pesquisa Científica*, 2024; 3(2): 255–263.
27. TINGLEFF T, et al. Different pathways for preterm birth between singleton and twin pregnancies: a population-based registry study of 481,176 nulliparous women. *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology*, 2023; 130(4): 387–395.
28. WILSON DA, et al. The association of hypertensive disorders of pregnancy with infant mortality, preterm delivery, and small for gestational age. *Healthcare*, 2024; 12(5): 597.
29. WHO. *Newborn mortality*. 2024. Disponível em: https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/newborn-mortality. Acesso em: 04 jun. 2025.