

Caracterização materna na prematuridade tardia

Maternal characterization of late prematurity

Caracterización materna en la prematuridad tardía

Franciele Colombelli¹, Paula Vitória Pena Machado¹, Caroline Sissy Tronco², Ana Lucia deLourenzi Bonilha¹, Jéssica Teles Schlemmer¹.

RESUMO

Objetivo: Descrever o perfil das mães de recém-nascidos prematuros tardios, identificando os dados socioeconômicos e obstétricos. **Métodos:** Trata-se de um estudo transversal descritivo quantitativo, realizado por meio da aplicação de questionário estruturado com coleta de dados realizada em prontuário e por meio de entrevista a 182 mães de prematuros tardios nascidos em um hospital no sul do Brasil. **Resultados:** 60,5% das mulheres possuíam entre 20 e 35 anos; 38,1% ensino fundamental incompleto; 70,6% companheiro(a); 56,2% se autodeclararam brancas; 45,5% realizaram entre 7 a 14 consultas de pré-natal; 73,7% iniciaram o pré-natal no primeiro trimestre; 63,6% não apresentavam histórico de parto via vaginal e 74,3% não possuíam cesárea prévia; 83,4% apresentavam gravidez única; 49,7% realizaram cesarianas, sendo 41,2% antes do trabalho de parto e 74,3% utilizaram ocitocina como indução. **Conclusão:** apesar de haver programas de saúde específicos para a mulher durante o período gravídico, existem falhas nesta assistência as quais podem refletir no desfecho do nascimento. O pré-natal apresenta-se como relevante ferramenta de identificação de fatores de risco para a ocorrência da prematuridade tardia e, por consequência, apresenta importante influência na prevenção da mesma.

Palavras-chave: Prematuridade, Recém-nascido pré-termo, Saúde materno-infantil.

ABSTRACT

Objective: To describe the profile of mothers of late preterm infants, identifying socioeconomic and obstetric data. **Methods:** This is a cross-sectional quantitative descriptive study, carried out through the application of a structured questionnaire with data collection carried out in medical records and through interviews to 182 mothers of late preterm infants born in a hospital in southern Brazil. **Results:** 60.5% of the women were between 20 and 35 years old; 38.1% had not completed elementary school; 70.6% had a partner; 56.2% declared themselves white; 45.5% had between 7 and 14 prenatal consultations; 73.7% started prenatal care in the first trimester; 63.6% had no history of vaginal delivery and 74.3% had not had a previous cesarean section; 83.4% had a single pregnancy; 49.7% had cesarean sections, 41.2% of them were before labor and 74.3% had oxytocin used as induction. **Conclusion:** Although there are specific health programs for women during the pregnancy period, there are flaws in this care which may reflect on the outcome of the birth. Prenatal care is a relevant tool for identifying risk factors for the occurrence of late prematurity and, consequently, has an important influence on its prevention.

Keywords: Prematurity, Preterm infant, Maternal and child health.

RESUMEN

Objetivo: Describir el perfil de las madres de prematuros tardíos, identificando datos socioeconómicos e obstétricos. **Métodos:** Se trata de un estudio transversal descriptivo cuantitativo, realizado mediante la aplicación de un cuestionario estructurado con recolección de datos realizada en historias clínicas y através de entrevistas a 182 madres de prematuros tardíos nacidos en un hospital del sur de Brasil. **Resultados:** el 60,5% de las mujeres tenían entre 20 y 35 años; el 38,1% no habían concluido la enseñanza primaria; el 70,6% tenían pareja; el 56,2% se declararon blancas; El 45,5 % tuvo entre 7 y 14 consultas de prenatal; el 73,7 % inició control prenatal en el primer trimestre; el 63,6 % no tenía antecedentes de parto vaginal y el 74,3 % no había tenido cesárea previa; el 83,4 % tenía embarazo de feto unico; el 49,7 % fueron sometidas a cesárea, 41,2% antes del trabajo de parto y 74,3% utilizaron oxitocina como inducción. **Conclusión:** Si bien existen programas de salud específicos para la mujer durante el período de embarazo, existen falencias en esta atención que pueden reflejarse en el desenlace del parto. El control prenatal es una herramienta relevante para la identificación de factores de riesgo para la ocurrencia de prematuridad tardía y, en consecuencia, tiene una importante influencia en su prevención.

Palabras clave: Prematuridad, Recien nacido pretérmino, Salud materno-infantil.

¹ Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), Porto Alegre – RS.

² Instituto Federal de Farroupilha (IFF), Farroupilha – RS.

INTRODUÇÃO

A definição de prematuridade é estabelecida pelo nascimento inferior a 37 semanas completas de gestação e sua classificação se dá a partir da idade gestacional (IG) em que ocorreu o nascimento. Sendo assim, são considerados recém-nascidos pré-termo aqueles que nascem com IG menor que 37 semanas e diante desta definição, os recém-nascidos pré-termo tardio entre 34 semanas até 36 semanas e 6 dias de gestação (HACKBARTH BB, et al., 2015; SOARES ACC, et al., 2017).

O nascimento prematuro acarreta em diversas complicações na vida do recém-nascido prematuro tardio, com consequências a curto e longo prazo para a saúde. A associação de fatores maternos descritos na literatura para prematuridade inclui: histórico obstétrico da mulher, considerando a paridade, controle de pré-natal inadequado, idade materna, e inúmeros outros. Contudo, embora seja um acontecimento multifatorial, a sua etiologia ainda é desconhecida (HACKBARTH BB, et al., 2015).

Devido a disposição de adversidades possíveis no recém-nascido, a prematuridade é considerada uma das principais causas de óbitos neonatais e corresponde a 35% de óbitos neonatais no mundo, assim como a segunda causa de morte entre crianças menores de cinco anos de vida (SILVA KAG, et al., 2021; ANTUNESS, et al., 2018). No Brasil, a taxa de prematuridade é de 11,5%, o que equivale a duas vezes mais que a observada nos países europeus. Diante desse panorama, mais da metade dos nascimentos de prematuros consiste em recém-nascidos prematuros tardios (VANIN LK, et al., 2020).

O cuidado do pré-natal é de grande importância na atenção às gestantes em razão da possibilidade de identificar riscos obstétricos. O acompanhamento inadequado ou ausente também eleva as chances de parto pré-termo. A história obstétrica da mulher, incluindo a multiparidade, o trabalho de parto prematuro (TPP) prévio e o tipo de gravidez múltipla, possui relação considerável com a prematuridade. Segundo estudos realizados com mulheres que apresentavam gravidez múltipla, as chances de ocorrer o nascimento antes das 38 semanas aumentavam entre 15 a 20 vezes (OLIVEIRA LL, et al., 2016).

Determinadas intervenções no pré-natal podem ajudar a diminuir fatores que potencialmente alteram o neurodesenvolvimento. A idade da mulher na gravidez (adolescência ou idade mais velha), ingestão alimentar, obesidade, hipertensão, infecções e gestações múltiplas são fatores de riscos na gravidez relacionados a restrição de crescimento intrauterino que interferem na diminuição do crescimento intrauterino produz pouco fluido amniótico e por consequência, alterações no desenvolvimento do bebê. Outros fatores que devem ser observados no pré-natal são alterações fetais, que incluem a má formação genética e cromossômica, infecções e problemas no desenvolvimento da placenta (VERICAT A e ORDEN AB, 2017).

Os recém-nascidos prematuros, em específico os tardios, estão mais propensos para manifestar complicações em sua saúde, uma vez que há como fator de risco quanto ao desenvolvimento neurológico, psicomotor, de linguagem e no aprendizado. Outras complicações em curto prazo podem surgir, tais como problemas respiratórios e as dificuldades de amamentação, mostrando-se um desafio para a equipe de saúde e os próprios pais e cuidadores (HANDAYANI KD, et al, 2021; MACHADO MCHS, et al, 2019). Dentre o total de nascimentos prematuros, a prematuridade tardia representa 70% a 74% dos nascimentos, o que a torna um tema em discussão e com necessidade de maior aprofundamento. Além disso, apresentam maior risco de infecções e problemas do trato respiratório (PEINADOR MY, et al., 2018).

O cuidado aos prematuros tardios no aleitamento materno torna-se de grande relevância em consequência da imaturidade neurológica e ausência de coordenação em determinadas funções, como a sucção, deglutição, respiração, reflexo de tosse, imaturidade gástrica e desorganização de situações comportamentais, como a de sono e vigília, tornando um desafio para os pais, principalmente para as mulheres na amamentação (SILVA WF e GUEDES ZCF, 2015).

Ao se tratar das dificuldades na amamentação dos RNTP, surgem algumas implicações que ocorrem em decorrência da sua imaturidade neurológica. Permanecer em estado de alerta e os tônus orais completos são características subdesenvolvidas e insatisfatórias nos RNPT, assim como, o desempenho das habilidades motoras orais, que incluem a mobilidade lingual, abertura de mandíbula, vedamento labial e bolsa de gordura nas bochechas. Essas limitações acarretam em dificuldades por conta da falta de ritmo e a força necessária

para realizar a sucção, favorecendo o desmame precoce, podendo ser somado ao contexto, os problemas de estresse materno e familiar, hospitalização do recém-nascido e falta de incentivo e apoio na amamentação (CASTELLI CTR e ALMEIDA ST, 2015; ABREU FCP, et al., 2015).

O nascimento antes do termo detém de uma pluralidade de causas, das quais podem ser classificadas em espontâneas, quando o trabalho de parto (TP) apresenta desenvoltura natural e fisiológica sem influência de estímulos externos, e por intervenções, em que o TP é desencadeado através da ruptura prematura de membranas, internação precoce, entre outras condutas que interferem no processo voluntário. Outros fatores de risco para prematuridade devem ser levados em conta são: escolaridade materna, complicações durante a gravidez, condição socioeconômica, ocupação, cor/raça, e a situação conjugal. Ainda, fatores comportamentais como o tabagismo, o consumo de álcool e drogas durante a gravidez estão relacionados à prematuridade. Apesar das múltiplas formas de prevenção, as taxas de prematuridade têm se elevado globalmente, inclusive em países desenvolvidos, e, devido a sua associação com a mortalidade neonatal e infantil, apresenta grande impacto no sistema de saúde (WHO, 2017; OLIVEIRA KA, et al., 2018).

Assim, considerando as repercussões da prematuridade para a saúde infantil, este estudo tem como Descrever o perfil das mães de recém-nascidos prematuros tardios, identificando os dados socioeconômicos e obstétricos, contribuindo para a implementação de cuidados específicos no decorrer da gestação que busquem evitar este desfecho.

MÉTODOS

Estudo transversal descritivo de abordagem quantitativa, realizado em um hospital escola em Porto Alegre durante os anos de 2016 e 2019. Os dados do estudo foram coletados, no primeiro momento, por meio de um questionário aplicado no decorrer da internação das puérperas no alojamento conjunto e posteriormente, por meio de ligações telefônicas, ambos com uso de instrumento estruturado. A população foi constituída por 182 prematuros tardios nascidos entre 01/01/2017 a 31/12/2017.

O tamanho da amostra foi calculado no programa WinPEPI (Programs for Epidemiologists for Windows) versão 11.4310.11. As perdas no decorrer da coleta totalizaram 2,6% do tamanho da amostra. Os dados coletados em que não obtiveram respostas ou registros são classificados como ignorados. Quanto aos critérios de elegibilidade foram incluídos recém-nascidos prematuros tardios com idade gestacional entre 34 e 36 semanas e 6 dias, nascidos no Hospital de Clínicas de Porto Alegre. Foram excluídos os recém-nascidos em que o óbito ocorreu durante a coleta de dados.

A variável dependente considerada para o estudo foi a prematuridade tardia. Com relação as variáveis independentes considerou-se a idade e escolaridade materna, situação conjugal, ocupação, cor/raça materna, número de partos vaginais anteriores, número de cesarianas anteriores, número de consultas de pré-natal, mês da gestação em que iniciou o pré natal, tipo de gravidez, via de nascimento, cesárea antes do trabalho de parto, indução do parto, sexo do recém-nascido, idade gestacional pela classificação por Capurro, classificação do recém-nascido quanto ao peso e idade gestacional (Pequeno para Idade Gestacional PIG, Adequado para Idade Gestacional AIG, Grande para Idade Gestacional GIG) e índice de Apgar no 1º e 5º minuto de vida, e no 10º minuto de vida se o índice no 5º minuto fosse inferior a 7.

Para análise foi construído um banco de dados, contendo as variáveis coletadas no instrumento de pesquisa, no programa Excel (Versão 2016 do pacote Microsoft Office®). Após a construção do banco de dados realizou-se a digitação dupla dos mesmos. Após a realização da dupla digitação houve o cruzamento, com sobreposição, das variáveis dos dois bancos de dados. A partir da identificação de discordâncias na digitação de algumas variáveis, foi realizada a revisão de acordo com o preenchimento do instrumento de coleta de dados. Realizada a revisão, e construção do banco final, os dados foram transferidos para o SPSS (Statistical Package for the Social Sciences versão 23) e, assim, aplicaram-se os testes estatísticos e foi realizada a análise dos resultados.

O tratamento estatístico foi descritivo. Todas as variáveis deste estudo foram categorizadas e descritas por frequências absolutas e relativas. Seguiu as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas que envolvem seres humanos na Resolução do Conselho Nacional de Saúde no 466/12, encaminhada inicialmente para a

Comissão de Pesquisa da Escola de Enfermagem (COMPESQ) da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, e após aceita, encaminhada para o Comitê de Ética e Pesquisa do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (CEP-HCPA), aprovado com CAAE nº 57463716.3.0000.5327. Este estudo é oriundo da pesquisa intitulada “Fatores relacionados ao aleitamento materno no primeiro mês de vida de prematuros tardios e sua rede de apoio”, com aprovação pelo comitê de ética do Hospital de Clínicas de Porto Alegre, com CEE nº. 57463716.3.0000.5327.

RESULTADOS

Nesta seção serão apresentados os resultados em formato de tabelas e suas respectivas descrições. A idade materna apresentada foi de 59,34% com idade entre 20 e 35 anos. A escolaridade das mulheres que mais se evidenciou foi 36,26% com estudos da 5ª a 8ª série. Quando questionadas sobre sua situação conjugal, 69,79% referiram possuir companheiro(a). Referente a ocupação, 44,50% relataram possuir ocupação formal. A cor/raça das mulheres através da autodeclaração foi de 54,95% branca. A seguir, na **Tabela 1**, serão apresentados dados relativos as variáveis sociodemográficas das mães de prematuros tardios.

Tabela 1 - Distribuição das características sociodemográficas das 182 mães de prematuros tardios, segundo frequências absolutas e relativas, 2020.

Idade	N	%
< 20 anos	27	14,83
Entre 20 e 35 anos	108	59,34
> 35 anos	47	25,83
Escolaridade	N	%
Sem escolaridade	10	5,50
Ensino fundamental I (1º a 4º série)	56	30,76
Ensino fundamental II (5º a 8º série)	66	36,26
Ensino médio (1º a 3º ano)	19	10,43
Superior incompleto	10	5,50
Superior completo	20	11,00
Ignorado	1	0,55
Situação conjugal	N	%
Sem companheiro(a)	55	30,21
Com companheiro(a)	127	69,79
Ocupação	N	%
Estudante	6	3,30
Autônoma	27	14,84
Do lar	67	36,81
Trabalho formal	81	44,50
Ignorado	1	0,55
Cor/Raça autodeclarada	N	%
Branca	100	54,95
Preta	47	25,82
Indígena	1	0,55
Parda	32	17,58
Amarela	2	1,10
Total	182	100

Fonte: Colombelli F, et al., 2020.

Relativo as consultas de pré-natal da gestação atual, 45,5% das mulheres desta amostra haviam realizado entre 7 a 14 consultas de pré-natal. O início do pré-natal ocorreu 57,9% no primeiro trimestre de gestação. A seguir estão apresentados os dados referentes ao pré-natal da amostra (**Tabela 2**).

Referente as características obstétricas identificou-se que 63,6% não apresentavam histórico de nascimento via vaginal e 74,3% das mulheres não apresentavam histórico de nascimento por cesariana. Referente ao número de abortos, 71,7% das mulheres não obtiveram nenhuma intercorrência obstétrica. O tipo de gestação único ocorreu em 83,4%. Em 49,7% a via de nascimento foi cesárea, sendo, 41,2% das cesáreas ocorreram

antes do TP. Ao se tratar da indução do parto 74,3% utilizaram ocitocina. Os dados apresentados pela **Tabela 3** são referentes ao histórico obstétrico das mães de prematuros tardios.

Tabela 2 - Distribuição das características do pré-natal das 182 mães de prematuros tardios, segundo frequências absolutas e relativas, 2020.

Nº de consultas pré-natal	N	%
0 a 3	32	17,58
4 a 6	58	31,86
7 a 14	80	43,96
> 15	1	0,55
Ignorado	11	6,05
Trimestre gestacional que iniciou pré-natal	N	%
1º trimestre (1ª a 12ª semanas)	134	73,62
2º trimestre (13ª a 27ª semanas)	41	22,53
3º trimestre (28ª a 40ª semanas)	2	1,10
Ignorado/ não realizaram pré-natal	5	2,75

Fonte: Colombelli F, et al., 2020.

Tabela 3 - Distribuição das características obstétricas e do prontuário materno das 182 mães de prematuros tardios, segundo frequências absolutas e relativas, 2020.

Nº de partos vaginais anteriores	N	%
Nenhum	114	62,64
1	46	25,27
2 ou 3	16	8,79
4 ou mais	6	3,30
Nº de cesarianas anteriores	N	%
Nenhum	134	73,63
1	27	14,83
2 ou 3	19	10,44
4 ou mais	2	1,10
Nº de aborto	N	%
Nenhum	129	70,88
1	43	23,63
2	4	2,20
3 ou mais	6	3,29
Tipo de gravidez atual	N	%
Única	151	82,97
Dupla	28	15,38
Tripla	3	1,65
Via de nascimento	N	%
Vaginal	35	19,23
Cesariana	87	47,81
Vaginal com laceração	22	12,08
Vaginal com episiotomia	34	18,68
Ignorado	4	2,20
Cesárea ocorreu antes do TP	N	%
Sim	77	42,31
Não	16	8,79
Não se aplica	89	48,90
Indução do parto	N	%
Sonda de Foley	8	4,39
Ocitocina	139	76,37
Ignorado	35	19,23

Fonte: Colombelli F, et al., 2020.

Ainda foi possível observar que durante a gestação atual 25,7% das mulheres apresentaram doença hipertensiva, 9,1% diabetes mellitus gestacional, 20,9% trabalho de parto prematuro, 25,1% bolsa rota, 17,1% infecção do trato urinário e 40,6% outras comorbidades não especificadas. Dentre as mulheres que apresentaram essas condições, observou-se em relação ao tratamento todas as mulheres desta amostra (100%) realizaram para hipertensão, 82,4% para diabetes, 90% para trabalho de parto prematuro, 95,8% para bolsa rota, 93,5% para infecção do trato urinário e 88,2% outras comorbidades. A **Tabela 4** apresenta os dados em relação a condição de saúde durante a gestação das mães de prematuros tardios.

Tabela 4 - Distribuição das características do histórico de saúde materna na gestação atual das 182 mães de prematuros tardios, segundo frequências absolutas e relativas, 2020.

Características	N	%
Doença hipertensiva	48	26,37
Tratamento		
Sim	48	100
Não	-	-
Diabetes gestacional	17	9,34
Tratamento		
Sim	14	
Não	3	17,65
Trabalho de parto prematuro	40	21,97
Tratamento		
Sim	36	90,00
Não	4	10,00
Bolsa rota	48	26,37
Tratamento		
Sim	46	95,83
Não	2	4,17
Infecção do trato urinário	31	17,03
Tratamento		
Sim	29	93,55
Não	2	6,45
Outras comorbidades	76	41,75
Tratamento		
Sim	66	86,84
Não	10	13,16

Fonte: Colombelli F, et al., 2020.

Quanto aos dados do recém-nascido observou-se que 53,3% dos recém-nascidos apresentaram idade gestacional por capurro de 36s. O sexo apresentado por 51,9% dos recém-nascidos foi o masculino. De acordo com o peso e a idade gestacional do bebê ao nascimento, 81,3% foram classificados como adequados para idade gestacional (AIG). No primeiro minuto de vida 41,7% dos nascidos apresentaram Apgar 9. No quinto minuto de vida 50,3% apresentaram Apgar 9.

DISCUSSÃO

A situação conjugal e ocupação mais relevantes foram de mulheres que possuíam companheiro (a) e trabalho formal. Mulheres com baixo índice de escolaridade, desempregadas e autônomas apresentaram maior vulnerabilidade às adversidades durante o parto, indicando a relação entre esses fatores na gestação da mulher. Os motivos pelos quais o parto prematuro ocorre ainda não é explícito, no entanto sabe-se que as causassão multifatoriais e de grande complexidade. Os fatores estudados que apresentam influência na prematuridade incluem a idade gestacional, presença de agentes infecciosos, características maternas, obstétricas e socioambientais e socioeconômicas (BUENDGENS BB, et al., 2017).

Nesta pesquisa, o maior percentual de mulheres apresentou idade entre 20 e 35 anos e a maioria não apresentou histórico de aborto. É possível observar na literatura a relação com a idade materna e a prematuridade, porém os resultados obtidos não vão de encontro com a literatura. Estudos mostram que mulheres com idade acima de 35 anos, inferior a 18 anos e adolescentes com histórico obstétrico de aborto possuem associação e o aumento de risco para a prematuridade (BUENDGENS BB, et al., 2017; PINHEIROT, et al., 2022).

A situação conjugal e ocupação mais relevantes foram de mulheres que possuíam companheiro (a) e trabalho formal. Mulheres com baixo índice de escolaridade, desempregadas e autônomas apresentaram maior vulnerabilidade às adversidades durante o parto, indicando a relação entre esses fatores na gestação da mulher. O grau de escolaridade das mães de prematuros tardios identificado neste estudo foi o ensino fundamental incompleto. São escassos os estudos que associam a baixa escolaridade com diminuição da probabilidade do parto prematuro, entretanto, sabe-se que o grau de escolaridade está relacionado com diversos outros aspectos, que incluem principalmente reflexos na condição financeira futura, influenciando diretamente nas condições de saúde das gestantes (HACKBARTH BB, et al., 2015; SILVA KAG, et al., 2021).

Também pode-se observar que a maioria das mulheres se auto declaram como brancas. A cor/raça apresenta considerável influência no risco de prematuridade e as mulheres negras apresentam quatro vezes mais de risco para prematuridade em relação às brancas. Segundo estudos, a cor/raça negra apresenta elevada relação com maior probabilidade para prematuridade, contudo os determinantes socioeconômicos e demográficos devem ser considerados para ser possível uma associação com a prematuridade mais precisa (SADOVSKY ADI, et al., 2018).

As estratégias do setor da saúde enfrentam um enorme desafio devido às desigualdades socioeconômicas, uma vez que uma gestante exposta a inúmeros fatores resulta em situações indesejadas para o neonato. Essas situações ocorrem no mundo todo e com isso, os países de renda média/baixa proporcionam maior prevalência da prematuridade. A elevação dos fatores que caracterizam a desigualdade como as questões de renda, escolaridade e a profissão podem diminuir o impacto nas mulheres e, por consequência, na saúde comunitária (SADOVSKY ADI, et al., 2018).

Os dados da amostra referem que a maioria das mulheres não apresentavam histórico de partos anteriores via vaginal e cesárea. Na literatura, apesar de a maioria dos partos ocorrer de forma espontânea, existem fatores culturais quanto à indução do TP precoce e indicações desajustada de cesáreas, que elevam a prevalência da prematuridade (SADOVSKY ADI, et al., 2018).

Foi possível analisar o tipo de gravidez atual único como o mais prevalente entre as mulheres. A cesariana como via de nascimento ocorreu na maioria dos partos, ocorrendo antes do início do TP. Conforme descrito na literatura, é preciso avaliar quais são os riscos e benefícios para mãe e bebê a partir da escolha da via de parto nas situações em que a mulher apresenta complicações. Há indicativos de que a hospitalização precoce da gestante eleva a probabilidade de complicações para a mulher e para o recém-nascido, não só quanto ao risco de ocorrer o parto prematuro, mas também em relação à via de nascimento. O estudo também evidencia a elevada prevalência de cesarianas no Brasil em hospitais públicos e privados. Apesar de ser uma intervenção eficaz e solicitada por condições médicas para reduzir o óbito fetal e materno, as taxas de cesáreas maiores que 10 a 15% deixam de representar a função pela qual ela existe (VANIN LK, et al., 2020).

Em relação ao pré-natal, a maioria das mulheres realizaram entre 7 e 14 consultas, com início do acompanhamento no primeiro trimestre de gestação. Um estudo evidenciou a relevância da assistência no pré-natal e o nascimento pré-termo relacionando diversas variáveis como a renda familiar, baixa escolaridade, idade materna, situação conjugal, paridade, planejamento gestacional e gravidez indesejada, pré-natal inadequado e resultados desfavoráveis com o nascimento prematuro. A vulnerabilidade social está ligada a situações socioeconômicas, conforme foi citado acima, incluindo aspectos psicossociais e culturais. Quando enfrentadas por mulheres, essas situações associadas dificultam a realização de um pré-natal adequado, e até mesmo o acesso de medicamentos necessários para prevenção ou tratamento de doenças durante a gestação (OLIVEIRA AA, et al., 2018).

Em relação ao número de consultas, embora não exista uma quantidade determinada, o esperado é que sejam realizadas 6 ou mais consultas em gestantes de baixo risco, sem condições de saúde prévias, e consultas mensais, quinzenais e semanais de acordo com a IG, nas gestantes com maiores riscos 18. Entretanto, é preciso salientar que por conta do parto prematuro, o número de consultas de pré-natal tende a ser menor quando comparado ao parto a termo. Outra observação realizada no estudo foi referente ao número de consultas feitas através do Sistema Único de Saúde (SUS): nas mulheres em que o parto prematuro ocorreu houve um número menor de consultas para a Idade Gestacional (IG) que se encontravam, e que é estabelecida como o desejável pelo Ministério da Saúde (VANIN LK, et al., 2020).

Nas ocasiões em que ocorreu a indução do TP, a ocitocina endógena foi a escolha mais frequente, com a idade gestacional de 36 semanas, segundo a classificação de Capurro. A literatura refere que a indução é utilizada nas mulheres em que o risco materno e fetal é maior do que manter a gestação, indicada em algumas situações como pós-datismo, hipertensão, oligoidrâmnio, ruptura prematura de membrana, restrição de crescimento intrauterino. Nas situações em que o TP não inicia de modo espontâneo é utilizada a indução, que constitui em estímulos artificiais com o intuito de contrair o útero para desencadear o TP. A indução pode ocorrer de maneira eletiva, quando motivada por intenções médicas em conjunto ou não da gestante ou terapêutica, quando existem riscos para ambos. Devido às escolhas eletivas não possuírem embasamento científico para sua realização, ocasiona no aumento do risco das mulheres e dos recém-nascidos, sendo um dos motivos apontados a variação da idade gestacional, obtida através de exames ultrassonográficos e data da última menstruação em comparação com a idade do recém-nascido pela classificação de Capurro (SCAPIN SQ, et al., 2018).

De acordo com outro estudo, há um aumento das taxas de cesarianas no mundo e, no Brasil, o nascimento através dessa via de parto encontra-se com os maiores índices. Essa questão é analisada uma vez que, a cesárea tem se apresentado como escolha eletiva para via de nascimento, de maneira que necessita o enfrentamento de todos envolvidos na assistência da saúde da mulher. Além disso, reforça que a morbidade materna em relação a via de parto normal é duas vezes maior em cesáreas intraparto e duas a três vezes nas cesáreas eletivas, sendo as eletivas a causa de prolongar a internação, favorecer a prematuridade e aumentar a mortalidade após a alta hospitalar. Por meio dos serviços de saúde e amparados de artigos científicos, o Brasil e diversos outros países retomam a associação do nascimento como um acontecimento natural e biológico, disponibilizando a cesariana para situações com necessidades cientificamente justificadas (REIS ZSN, et al., 2014).

Neste estudo o sexo do recém-nascido foi em sua maioria o masculino e diante a classificação do RN de acordo com o peso ao nascimento, apresentaram peso adequado para idade gestacional. O Apgar apresentado no primeiro e quinto minuto de vida que mais ocorreu na análise foi 9.

Na busca em bases de dados utilizados na pesquisa, não foi possível encontrar estudos que relacionassem o sexo do recém-nascido com a prematuridade tardia. Pode-se observar um contraste em relação ao peso entre os recém-nascidos prematuros tardios e os a termo, relacionando diretamente o menor peso com a menor idade gestacional. Também expõe a similaridade do Apgar no primeiro e quinto minuto de vida do recém-nascido, porém foi possível evidenciar do Apgar no quinto minuto de vida menor em prematuros tardios, quando relacionado aos nascidos a termo.

O Apgar é uma escala que possui a finalidade de avaliar as condições do recém-nascido após o parto em relação a frequência cardíaca, esforço respiratório, tônus muscular, irritabilidade reflexa e cor, no primeiro e quinto minuto de vida, bem como possíveis manobras realizadas após nascimento. A fisiologia do prematuro tardio dispõe de particularidades, como imaturidade respiratória, instabilidade térmica e hipoglicemia e dificuldade na sucção do leite materno (BRASIL, 2012; SOTOMAYOR V, et al., 2017).

Embora o estudo tenha apresentado dados condizentes com a literatura, os resultados mostraram que apesar do parto prematuro, a maioria dos recém-nascidos deste estudo apresentaram um nascimento em condições favoráveis.

O que sugere a necessidade da implementação de boas práticas ao nascer e de cuidados específicos a estes neonatos no período em que estiverem em alojamento conjunto, principalmente no que diz respeito ao estabelecimento do aleitamento materno.

CONCLUSÃO

Este estudo teve como objetivo caracterizar as mães de prematuros tardios, assim verificou-se que apesar da existência de programas de saúde assistenciais no pré-natal, os resultados indicam uma possível falha com relação a qualidade da assistência prestada à mulher gestante, tais achados apontam para uma oportunidade de melhoria nas práticas de cuidado ao pré-natal, considerando sua importância para a prevenção do nascimento prematuro. A enfermagem possui grande influência na assistência pré-natal, sendo estes achados de grande relevância para aprimorar a qualidade da assistência. Com relação às limitações do estudo destaca-se o delineamento descritivo assim sugere-se a realização de estudos analíticos para aprofundar a temática e estabelecer cuidados específicos voltados a saúde materna e de recém-nascidos prematuros tardios. Além disso, aprofundar pesquisas que abordem as práticas relacionadas aos prematuros tardios, com intuito de verificar percentuais de incidência e prevalência de aleitamento materno, de contato pele a pele e estimulação do vínculo entre mães e recém-nascido na primeira hora de vida.

REFERÊNCIAS

1. ABREU FCP, et al. Breastfeeding preterm infants at home. *Texto contexto - enfermagem*, 2015; 24(4): 968-975.
2. ALVES NCC, et al. Complicações na gestação em mulheres com idade maior ou igual a 35 anos. *Rev Gaúcha Enferm.*, 2017; 38(4): e2017-0042.
3. ANTUNES S, et al. Um olhar sobre a grande prematuridade: a investigação com bebês nascidos com menos de 32 semanas de gestação. In: Fuertes M, et al. *Teoria, práticas e investigação em intervenção precoce II*. Escola Superior de Educação, Instituto Politécnico de Lisboa. 2018; 25-48.
4. BRASIL. Ministério da saúde (2012). *Atenção ao pré-natal de baixo risco*. Brasília (DF): Ministério da Saúde. Acessado em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cadernos_atencao_basica_32_prenatal.pdf. Acessado em: 1 de outubro de 2022.
5. BUENDGENS BB, et al. Características maternas na ocorrência da prematuridade tardia / Maternal characteristics on the occurrence of late prematurity. *Rev. enferm. UFPE*, 2017; 11(supl.7): 2897-2906.
6. CAMINHA MFC, et al. Tendências temporais e fatores associados à duração do aleitamento materno em Pernambuco. *Rev. Saúde Pública*, 2010; 44(2): 240-248.
7. CASTELLI CTR, ALMEIDA ST. Avaliação das características orofaciais e da amamentação de recém-nascidos prematuros antes da alta hospitalar. *Rev. CEFAC, São Paulo*, 2015; 17(6): 1900-1908.
8. HACKBARTH BB, et al. Suscetibilidade à prematuridade: investigação de fatores comportamentais, genéticos, médicos e sociodemográficos. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia*, 2015; 37(8): 353-358.
9. HANDAYANI KD, et al. Duration of Breastfeeding in Late Preterm Infants: Maternal and Infant Factors. *J Hum Lact.*, 2021; 37(4): 795-802.
10. MACHADO MCHS, et al. Situação do aleitamento materno no primeiro ano de recém-nascidos prematuros tardios: estudo de coorte. *Rev. Eletr. Enfermagem*, 2019; 21: 52382.
11. OLIVEIRA AA, et al. Fatores associados ao nascimento pré-termo: da regressão logística à modelagem com equações estruturais. *Cad. Saúde Pública*, 2019; 35(1): e00211917.
12. OLIVEIRA KA, et al. Association between race/skin color and premature birth: a systematic review with meta-analysis. *Rev. Saúde Pública*, 2018; 52: 26.
13. OLIVEIRA LL, et al. Maternal and neonatal factors related to prematurity. *Revista Escola de Enfermagem USP.*, 2016; 50(3).
14. PEINADOR MY, et al. Recomendaciones de seguimiento del prematuro tardío. *Rev Pediatr Aten Primaria*, 2018; 20(78): 195-200.
15. PINHEIRO T, et al. Gravidez na adolescência e prematuridade: existe associação? *Cadernos ESP*, 2022; 16(1): 75-84.
16. REIS ZSN, et al. Associação entre risco gestacional e tipo de parto com as repercussões maternas e neonatais. *Rev. Bras. Ginecol. Obstet.*, Rio de Janeiro, 2014; 36(2): 65-71.

17. SADOVSKY ADI, et al. Iniquidades socioeconômicas em nascimentos prematuros em quatro estudos brasileiros de coortes de nascimento. *J. Pediatr. (Rio J.)*, 2018; 94(1): 15-22.
18. SADOVSKY ADI, et al. The associations that income, education, and ethnicity have with birthweight and prematurity: how close are they? *Rev Panam Salud Publica*, 2018; 42: e92.
19. SCAPIN SQ, et al. Indução de parto em um hospital universitário: métodos e desfechos. *Texto contexto – enferm*, 2018; 27(1): e0710016.
20. SCOCHI CGS, et al. Alimentação láctea e prevalência do aleitamento materno em prematuros durante internação em um hospital amigo da criança de Ribeirão Preto-SP, Brasil. *Cienc. Cuid. Saúde*, 2008; 7(2): 145-54.
21. SILVA KAG, et al. RSP. Desfechos em fetos e recém-nascidos expostos a infecções na gravidez. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 2021; 74.
22. SILVA WF, GUEDES ZCF. Prematuros e prematuros tardios: suas diferenças e o aleitamento materno. *Rev. CEFAC, São Paulo*, 2015; 17(4): 1232-1240.
23. SOARES ACC, et al. Variáveis de risco para o desenvolvimento da linguagem associadas à prematuridade. *Audiol., Commun. Res*, 2017; 22: e1745.
24. SOTOMAYOR V, et al. Estudio comparativo de morbimortalidad del prematuro tardío y el recién nacido de término. *Hospital de Clínicas. Asunción, Paraguay. Pediatr. (Asunción)*, Asunción, 2017; 44(2): 104-110.
25. SOUZA DML, et al. Prevalência de prematuridade e fatores associados no estado do Rio Grande do SulBraz. *J. Hea. Rev.*, 2019; 2(5): 4 052-4070.
26. VANIN LK, et al. Fatores de risco materno-fetais associados à prematuridade tardia. *Rev. paul. Pediatr*, 2020; 38: e2018136.
27. VERICAT A, ORDEN AB. Riesgo neurológico en el niño de mediano riesgo neonatal. *Acta pediatr. Méx, México*, 2017; 38(4): 255-266.
28. WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). Cuidado do recém-nascido pré-termo e com baixo peso ao nascer, 2018. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/atencao_recem_nascido_%20guia_profissionais_saude_v4.pdf. Acessado em: 1 de outubro de 2022.