



Perfil dos nascimentos prematuros ocorridos em município do extremo oeste de Santa Catarina

Profile of premature birth occurring in the far west municipality of Santa Catarina

Perfil del nacimiento prematuro ocurrido en el municipio de Santa Catarina del oeste

Camila Amthauer¹, Eliane Carla Brandenburg², Karina Brandenburg², Joel Morschbacher², Leidimari Menenghini².

RESUMO

Objetivo: Identificar o perfil dos nascimentos prematuros ocorridos no município de São Miguel do Oeste, Santa Catarina. **Métodos:** Estudo quantitativo transversal, retrospectivo, descritivo, desenvolvido a partir de dados secundários. A população foi composta pelos recém-nascidos, cadastrados no Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde, com nascimento no município de São Miguel do Oeste, Santa Catarina, entre 2016 e 2020. Aplicou-se a análise descritiva dos dados, sendo as variáveis categorizadas e expressas por frequência relativa e absoluta. Resultados: fizeram parte do estudo 2.778 recém-nascidos. Destes, 292 eram prematuros, representando 10,5% do total de nascimentos, sendo a maioria prematuros moderados e tardios. Dentre os recém-nascidos prematuros, houve prevalência do sexo feminino (50,7%), cor branca (84,6%), com baixo peso ao nascer (55,5%), nascidos de parto cesáreo (66,8%), com Apgar 1º minuto entre 8 e 10 (76,7%) e 5º minuto entre 8 e 10 (94,5%). **Conclusão:** Sobreleva-se a necessidade de investir em estratégias que ampliem a cobertura e a qualidade do pré-natal, já que este é um fator de proteção para a prematuridade. Ademais, ressalta-se a importância de aprofundar os estudos sobre o assunto, com vistas ao planejamento e implementação de políticas públicas voltadas à redução da prematuridade e de seus desfechos adversos.

Palavras-chave: Recém-nascido prematuro, Nascimento prematuro, Cuidado pré-natal, Enfermagem neonatal, Serviços de saúde materno-infantil.

ABSTRACT

Objective: To identify the profile of premature births occurring in the municipality of São Miguel do Oeste, Santa Catarina. **Methods:** Cross-sectional, retrospective, descriptive quantitative study, developed from secondary data. The population was composed of newborns, registered in the Information Technology Department of the Unified Health System, born in the municipality of São Miguel do Oeste, Santa Catarina, between 2016 and 2020. Descriptive analysis of the data was applied, with the variables categorized and expressed by relative and absolute frequency. **Results:** 2,778 newborns took part in the study. Of these, 292 were premature, representing 10.5% of the total births, the majority being moderate and late premature. Among premature newborns, there was a prevalence of females (50.7%), white (84.6%), with low birth weight (55.5%), born by cesarean section (66.8%), with 1st minute Apgar between 8 and 10 (76.7%) and 5th minute between 8 and 10 (94.5%). **Conclusion:** The need to invest in strategies that expand the coverage and quality of prenatal care is highlighted, as this is a protective factor for prematurity. Furthermore, the importance of deepening studies on the subject is highlighted, with a view to planning and implementing public policies aimed at reducing prematurity and its adverse outcomes.

Keywords: Infant, Premature, Premature birth, Prenatal care, Neonatal nursing, Maternal-child health services.

¹ Universidade do Oeste de Santa Catarina (UNOESC), São Miguel do Oeste - SC.

RESUMEN

Objetivo: Identificar el perfil de los nacimientos prematuros ocurridos en el municipio de São Miguel do Oeste, Santa Catarina. **Métodos:** Estudio cuantitativo descriptivo, transversal, retrospectivo, desarrollado a partir de datos secundarios. La población estuvo compuesta por recién nacidos, registrados en el Departamento de Tecnología de la Información del Sistema Único de Salud, nacidos en el municipio de São Miguel do Oeste, Santa Catarina, entre 2016 y 2020. Se aplicó análisis descriptivo de los datos, categorizándose las variables y expresado por frecuencia relativa y absoluta. **Resultados:** Participaron del estudio 2.778 recién nacidos. De ellos, 292 fueron prematuros, lo que representa el 10,5% del total de nacimientos, siendo la mayoría prematuros moderados y tardíos. Entre los recién nacidos prematuros predominó el sexo femenino (50,7%), blancos (84,6%), con bajo peso al nacer (55,5%), nacidos por cesárea (66,8%), con Apgar del primer minuto entre 8 y 10 (76,7%) y minuto 5 entre las 8 y las 10 (94,5%). **Conclusión:** Se destaca la necesidad de invertir en estrategias que amplíen la cobertura y la calidad de la atención prenatal, ya que este es un factor protector de la prematuridad. Además, se destaca la importancia de profundizar los estudios sobre el tema, con miras a planificar e implementar políticas públicas orientadas a reducir la prematuridad y sus resultados adversos.

Palabras clave: Recien nacido prematuro, Nacimiento prematuro, Atención prenatal, Enfermería neonatal, Servicios de salud materno-infantil.

INTRODUÇÃO

A prematuridade é definida como todo nascimento que ocorre anteriormente a 37 semanas de gestação, contadas a partir do primeiro dia da última menstruação. Os nascimentos prematuros podem ser classificados como prematuros tardios, que ocorrem com idade gestacional (IG) entre 34 e 36 semanas e 6 dias; moderados, com IG entre 32 e 33 semanas e 6 dias; muito prematuros, com IG entre 28 e 31 semanas e 6 dias; e, prematuros extremos, que compreende os recém-nascidos (RN) com menos de 28 semanas de gestação.

Por ser uma das principais causas de morbimortalidade no período neonatal e na infância, a prematuridade é considerada um importante problema de Saúde Pública em todo o mundo (WHO, 2023). Dados recentes estimam que, a nível mundial, houveram 13,4 milhões de nascimentos prematuros no ano de 2020, o que representa uma prevalência global de 9,9% de prematuridade (OHUMA EO, et al., 2023), variando de 5% nos países europeus à 18% em alguns países africanos.

Contudo, este percentual vem aumentando gradativamente, mesmo com o número de nascimentos diminuindo de forma progressiva (WHO, 2023). No Brasil, cerca de 340 mil bebês nascem prematuros todos os anos, com 931 nascimentos prematuros diariamente. Dessa forma, o país ocupa a décima posição no *ranking* mundial entre os países com maiores taxas de nascimentos prematuros, com uma prevalência de 11,5% de prematuridade (WHO, 2023), uma taxa elevada quando comparada aos países europeus, que registraram, em média, 8,7% de nascimentos prematuros (CHAWANPAIBOON S, et al., 2019).

Os RN prematuros apresentam riscos substancialmente mais elevados de resultados adversos em comparação aos nascidos a termo, sendo que os riscos de mortalidade e morbidade aumentam de acordo com o grau de prematuridade (OHUMA EO, et al., 2023; GAMARRA-OCA LF, et al., 2021).

Ou seja, a cada semana a mais que o feto permanece intraútero, evolui em seu desenvolvimento e reduz a frequência e a gravidade de intercorrências após seu nascimento (VANIN LK, et al., 2020). Globalmente, a prematuridade é a principal causa de morte no período neonatal e em crianças menores de cinco anos (WHO, 2023; OHUMA EO, et al., 2023; PERIN J, et al., 2022). Em 2019, aproximadamente 900 mil crianças morreram devido a complicações do parto prematuro (WHO, 2023; OHUMA EO, et al., 2023), sendo que três quartos destas mortes poderiam ser evitadas (WHO, 2023).

Ainda, a prematuridade tem sido associada a problemas de saúde, de crescimento, deficiência intelectual, mental e aparecimento precoce de doenças crônicas, entre outras (PERIN J, et al., 2022; SARDA SP, et al., 2021; RAMASWAMY VV, et al., 2021).

As causas do parto prematuro decorrem de diversos fatores, podendo ser de forma espontânea, pela indução precoce do trabalho de parto vaginal ou pelo parto cesáreo, seja ou não por indicação médica. Dentre as causas mais comuns incluem gestações múltiplas, infecções, doenças crônicas, distúrbios obstétricos ou fetais, podendo haver influência genética (WHO, 2023), além das condições socioeconômicas desfavoráveis e acompanhamento pré-natal inadequado, que também são determinantes para a ocorrência da prematuridade (AMTHAUER C e CUNHA MLC, 2022).

Apreende-se que a prematuridade se trata de uma condição que interfere no desenvolvimento da criança e está diretamente relacionada às altas taxas de morbimortalidade, principalmente no período neonatal, ocasionando elevado número de internações hospitalares e, conseqüentemente, altos custos para o sistema de saúde (QUARESMA ME, et al., 2018).

Dessa forma, acredita-se que a abordagem dos fatores maternos e neonatais relacionados à ocorrência da prematuridade, por meio do reconhecimento da realidade local, poderá auxiliar os profissionais e gestores da saúde a implementar diretrizes clínicas e desenvolver políticas públicas e sociais direcionadas à saúde materno-infantil. Tais estratégias, inclusive, permitem contribuir para o planejamento de modelos de previsão de risco, com vistas à identificação de RN de alto risco, além de melhorar os resultados e a eficiência dos cuidados de saúde aos RN prematuros.

O estudo partiu da seguinte questão norteadora: qual o perfil dos nascimentos prematuros ocorridos no município de São Miguel do Oeste, Santa Catarina? Objetivou-se identificar o perfil dos nascimentos prematuros ocorridos no município de São Miguel do Oeste, Santa Catarina.

MÉTODOS

Estudo quantitativo transversal, retrospectivo e descritivo, desenvolvido a partir de dados secundários, realizado conforme as recomendações do *Strengthening the Reporting of Observational Studies in Epidemiology* (STROBE). Estudo desenvolvido no município de São Miguel do Oeste, que possui uma população estimada de 41.246 habitantes e área territorial de 234,396 km², localizado na região do extremo oeste do estado de Santa Catarina, Brasil.

Cabe evidenciar que o município em estudo possui hospitais de alta complexidade, que atendem e servem de referência para 30 municípios da região do Extremo Oeste de Santa Catarina. Contudo, não dispõe de leitos de Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN) para prestar uma assistência de qualidade e específica ao atendimento de RN prematuros.

Atualmente, para receberem cuidados especializados, esses RN têm a necessidade de se deslocar para outros municípios e este transporte também pode constituir-se como um fator complicador. A população de estudo foi composta pelos RN, cadastrados no Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS), com nascimento no município de São Miguel do Oeste, Santa Catarina, no período de cinco anos consecutivos, entre 2016 e 2020.

Delimitou-se este recorte temporal pelo fato de que, na época da coleta de dados, era o período mais recente disponível no DATASUS. Para esta pesquisa, considerou-se o município de residência da mãe. A coleta de dados transcorreu no mês de julho de 2022, sendo coletados em um mesmo momento para evitar desencontros de informações no sistema.

Quanto aos critérios de inclusão, foram incluídos no estudo todos os RN com nascimento entre os anos de 2016 e 2020, cujas informações referentes à IG, proveniente da Declaração de Nascido Vivos (DN), estavam incluídas no banco de dados do Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (SINASC). No que tange aos critérios de exclusão, foram excluídos os RN que não apresentavam registro da IG. Assim, suprimiu-se um RN, totalizando em 2.778 nascimentos que fizeram parte da pesquisa.

As variáveis neonatais investigadas compreenderam: sexo; cor/raça; IG; Apgar 1^o e 5^o minuto; peso ao nascer (< 2.500 gramas ou ≥ 2.500 gramas); tipo de parto; anomalia congênita e o tipo de anomalia congênita (quando existir). Com relação às variáveis maternas, foram investigadas: idade, escolaridade; estado civil;

tipo de gravidez e adequação pré-natal. Para a categorização da variável Estado civil, juntou-se as categorias descritas no DATASUS como Solteira, Viúva e Separada judicialmente, dando origem à categoria Sem companheiro.

As categorias Casada e União consensual foram agrupadas e formaram a categoria Com companheiro. Na categorização da variável Adequação pré-natal, o DATASUS segue a recomendação do Ministério da Saúde (2012), o qual considera como pré-natal adequado quando seu início ocorre no primeiro trimestre de gestação e tem um mínimo de seis consultas. Neste estudo, juntou-se as categorias do DATASUS Não fez pré-natal e Pré-natal inadequado, originando a categoria Inadequado.

As categorias Adequado e Mais que adequado foram compiladas, formando a categoria Adequado. Os dados foram organizados e analisados no pacote estatístico *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS), versão 18, aplicando-se a análise descritiva dos dados, sendo as variáveis categorizadas e expressas por frequência relativa e frequência absoluta.

Os dados utilizados foram extraídos do SINASC e Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM), disponíveis no DATASUS, que possui dados secundários de domínio público, gerido pelo Departamento de Análise de Situação de Saúde, da Secretaria de Vigilância em Saúde, em conjunto com as Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde, cujo acesso não tem restrição para pesquisa das variáveis disponíveis.

Por se tratar de um estudo de dados secundários extraídos de um sistema de informação de domínio público, em que não há restrição de acesso para pesquisa das variáveis disponíveis, houve dispensa de apreciação pelo Comitê de Ética em Pesquisa. De qualquer forma, respeitou-se os demais preceitos éticos em pesquisa, em obediência à Resolução nº 466/2012, do Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde.

RESULTADOS

Fizeram parte da pesquisa 2.778 RN com nascimento no município de São Miguel do Oeste, Santa Catarina, entre os anos de 2016 a 2020. Destes, 292 foram classificados como RN prematuros, representando 10,5% do total de nascimentos. De acordo com a distribuição da prematuridade, segundo a classificação pela IG, encontrou-se 252 (86,3%) de prematuros moderados e tardios, seguido de 34 (11,6%) nascimentos muito prematuros e 6 (2,1%) nascimentos de prematuros extremos.

Ressalta-se que esta categorização é a mesma apresentada no DATASUS, não sendo possível determinar com precisão o percentual de prematuros moderados e tardios separadamente. De acordo com a distribuição temporal dos nascimentos, percebe-se que houve uma redução significativa no número de nascimentos prematuros no município estudado ao longo dos anos, conforme apresentado na (Tabela 1).

Tabela 1- Distribuição temporal dos nascimentos prematuros conforme o ano de nascimento, n=2.778, São Miguel do Oeste - SC, 2016-2020.

Total de nascimentos		Nascimentos a termo		Nascimentos prematuros	
Ano	n	n	%	n	%
2016	549	486	88,5	63	11,5
2017	573	503	87,8	70	12,2
2018	564	503	89,2	61	10,8
2019	570	504	88,4	66	11,6
2020	522	490	93,9	32	6,1
Total	2.778	2.486	-	292	-

Fonte: Amthauer C, et al., 2024; dados extraídos de TABNET/DATASUS.

Com relação às características dos RN prematuros Tabela 2, evidencia-se que a prematuridade foi mais prevalente em RN do sexo feminino (50,7%), raça/cor branca (84,6%), com baixo peso ao nascer (BPN) (55,5%), via de parto cesáreo (66,8%), índice de Apgar prevaleceu 8 a 10 no 1º minuto (76,7%) e no 5º minuto 8 a 10 (94,5%). A presença de anomalia congênita foi registrada em 2,7% dos prematuros, comparada a 0,4% dos bebês não prematuros.

Tabela 2- Características dos recém-nascidos e distribuição da ocorrência de prematuridade, São Miguel do Oeste - SC, 2016-2020.

Variável	Amostra total (n=2.778)		Recém-nascidos prematuros (n=292)		Recém-nascidos a termo (n=2.486)	
	n	%	n	%	n	%
Sexo						
Masculino	1.397	50,3	144	49,3	1.253	50,4
Feminino	1.381	49,7	148	50,7	1.233	49,6
Raça/Cor da pele*						
Branca	2.401	86,7	247	84,6	2.154	87,0
Preta	52	1,9	6	2,0	46	1,8
Parda/Amarela	316	11,4	39	13,4	277	11,2
Peso ao nascer (g)						
< 2.500	230	8,3	162	55,5	68	2,7
≥ 2.500	2.548	91,7	130	44,5	2.418	97,3
Tipo de parto						
Vaginal	1.047	37,7	97	33,2	950	38,2
Cesáreo	1.731	62,3	195	66,8	1.536	61,8
Apgar 1º minuto**						
0 a 2	14	0,5	7	2,4	7	0,3
3 a 5	45	1,6	18	6,2	27	1,1
6 a 7	164	5,9	43	14,7	121	4,9
8 a 10	2.553	92,0	224	76,7	2.329	93,7
Apgar 5º minuto**						
0 a 2	7	0,2	6	2,1	1	0,04
3 a 5	5	0,2	3	1,0	2	0,08
6 a 7	16	0,6	7	2,4	9	0,4
8 a 10	2.748	99,0	276	94,5	2.472	99,5
Anomalia congênita						
Sim	19	0,7	8	2,7	11	0,4
Não	2.759	99,3	284	97,3	2.475	99,6

Legenda: * Nove recém-nascidos não apresentaram registro da variável Raça/cor da pele. ** Dois recém-nascidos não apresentaram registro das variáveis Apgar 1º e 5º minuto. **Fonte:** Amthauer C, et al., 2024; dados extraídos de TABNET/DATASUS.

Na **Tabela 3** são apresentadas as características sociodemográficas e clínicas das mães dos RN estudados. Verifica-se que mães adolescentes e com idade superior a 35 anos tiveram um percentual maior de nascimentos prematuros do que nascimentos a termo.

Em contrapartida, mães com idade entre 20 e 34 anos apresentaram maior percentual de nascimentos a termo. O mesmo pode ser observado com relação a escolaridade materna, em que mães com menos anos de estudo apresentam percentual maior de RN prematuros quando comparados com RN a termo. Quanto ao estado civil, mães que vivem com companheiro tiveram uma proporção maior de RN a termo. Ademais, mães

com gravidez gemelar e pré-natal inadequado ou intermediário apresentaram maiores percentuais de prematuridade do que de nascimentos a termo.

Tabela 3 - Características sociodemográficas e clínicas das mães de recém-nascidos prematuros e a termo, São Miguel do Oeste, Santa Catarina, Brasil, 2016-2020.

Variável	Amostra total (n=2.778)		Recém-nascidos prematuros (n=292)		Recém-nascidos a termo (n=2.486)	
	n	%	n	%	n	%
Idade materna (anos)						
< 20	229	8,2	32	10,9	197	7,9
20 a 34	2.033	73,2	197	67,5	1.836	73,9
> 35	516	18,6	63	21,6	453	18,2
Instrução (anos de estudo)						
0 a 3	23	0,8	5	1,7	18	0,7
4 a 7	206	7,4	27	9,2	179	7,2
8 a 11	1.460	52,6	145	49,7	1.315	52,9
12 e mais	1.089	39,2	115	39,4	974	39,2
Estado civil*						
Com companheiro	1.570	56,6	162	55,5	1.408	56,8
Sem companheiro	1.202	43,4	130	44,5	1.072	43,2
Tipo de gravidez						
Única	2.712	97,6	245	83,9	2.467	99,2
Gemelar	66	2,4	47	16,1	19	0,8
Adequação pré-natal**						
Inadequado	571	20,6	63	21,7	508	20,5
Intermediário	124	4,5	45	15,5	79	3,2
Adequado	2.076	74,9	182	62,8	1.894	76,3

Legenda: * Seis mães não apresentaram registro da variável Estado civil. ** Sete mães não apresentaram o registro da variável Adequação pré-natal. **Fonte:** Amthauer C, et al., 2024; dados extraídos de TABNET/DATASUS.

DISCUSSÃO

Os resultados deste estudo evidenciaram que, do total de 2.778 nascimentos ocorridos no município estudado, a prematuridade foi verificada em 10,5% dos RN, uma prevalência semelhante à encontrada na literatura nacional (KALE PL e FONSECA SC, 2023; SARRAZIN PSV, et al., 2023; MARTINELLI KG, et al., 2021; BUENDGENS BB, et al., 2017), inclusive consistente à taxa nacional (WHO, 2023). Dentre os nascimentos prematuros, 86,3% podem ser classificados como prematuridade moderada e tardia, ou seja, com IG entre 32 a 36 semanas e 6 dias, corroborando com estudo brasileiro, que constatou uma taxa de 84% de RN moderados e tardios (SANTIAGO ACT, et al., 2014).

Estes, por sua vez, tem sido uma parcela de prematuros bastante presente nos serviços de saúde (JANTSCH LB, et al., 2021; DESCOVI MHM, et al., 2020; GUIMARÃES EAA, et al., 2017), com tendência crescente nos últimos anos, em parte devido às cesáreas eletivas e complicações obstétricas (DESCOVI MHM, et al., 2020).

Crianças nascidas dentro desta faixa da prematuridade, em especial os prematuros tardios (IG = 34 e 36 semanas e 6 dias), na maior parte dos casos, são tratados como RN a termo durante o parto e o nascimento pois, comumente, apresentam peso e tamanho adequados como os RN a termo. Por serem prematuros, entretanto, têm riscos significativamente maiores de resultados adversos, quando comparados aos RN nascidos após as 37 semanas (CHAWANPAIBOON S, et al., 2019; VANIN LK, et al., 2020).

Devido à imaturidade fisiológica, os prematuros tardios, a curto prazo, são mais suscetíveis a apresentar dificuldade respiratória, hipoglicemia, hipotermia, icterícia, risco de infecções, dificuldade na excreção de bilirrubina, sistema nervoso imaturo e problemas alimentares (VANIN LK, et al., 2020; BUENDGENS BB, et al., 2017). Somado a isso, esses RN representam o maior percentual de reinternação hospitalar no período neonatal (AMTHAUER C e CUNHA MLC., 2023). A longo prazo, são mais vulneráveis a alterações no

desenvolvimento motor e neurológico, resultando em problemas de comportamento e dificuldades de aprendizagem (VANIN LK, et al., 2020; JANTSCH LB, et al., 2021). Com frequência, a prematuridade vem acompanhada pelo BPN (KALE PL e FONSECA SC, 2023; MACHADO MCHS, et al., 2021; SANTOS LM, et al., 2021). No presente estudo, 55,5% dos RN prematuros apresentaram BPN, um percentual consideravelmente menor do que o encontrado em outros estudos brasileiros, os quais identificaram taxas de 70% (KALE PL e FONSECA SC, 2023) e 74,9% de nascimentos prematuros com BPN (SANTOS LM, et al., 2021).

O BPN aumenta a incidência de agravos no período neonatal e, associada à prematuridade, está entre os principais fatores que levam à morbimortalidade do RN (MOURA BLA, et al., 2020; FERNANDES MMSM, et al., 2019). Estudo de coorte desenvolvido no Brasil verificou que os riscos de mortalidade neonatal e infantil foram substancialmente maiores entre RN que combinavam nascimento pré-termo e BPN, com risco de mortalidade neonatal 62 vezes maior, quando combinados prematuridade, BPN e pequeno para-IG (PAIXAO ES, et al., 2021).

É importante ressaltar que o BPN é o principal fator preditor da mortalidade infantil e, dessa forma, o peso ao nascer pode determinar as condições de vida de uma criança, uma vez que, ao nascer nessas circunstâncias, aumenta a vulnerabilidade do RN e o risco ao óbito (SALES IMM, et al., 2018). O peso ao nascer ainda é utilizado como importante indicador de sobrevivência do RN de risco, sendo um indicador global de saúde que traduz a eficiência do sistema de saúde local (CHERMONT AG, et al., 2020).

No que concerne ao tipo de parto, a prematuridade foi mais prevalente nos nascimentos por via de parto cesáreo (66,8%), corroborando com estudos que identificaram maior frequência de prematuridade em partos cesáreos do que em partos vaginais (MARTINELLI KG, et al., 2021; GUIMARÃES EAA, et al., 2017; BARROS FC, et al., 2018; PITILIN EB, et al., 2021), apesar de as cesarianas eletivas terem diminuído entre 2012 e 2017 (LEAL MC, et al., 2019). Isso pode ter acontecido pois as mulheres com complicações obstétricas continuam a precisar desse tipo de parto (MARTINELLI KG, et al., 2021).

Ao se comparar inquéritos realizados em 2012 e 2017 com puérperas de todo o Brasil, observou-se que, no setor privado, houve uma redução nas taxas de cesariana com conseqüente aumento da IG ao nascer. Este resultado aponta para uma possível mudança no cenário do inquérito de 2012, com redução dos RN pré-termos em conseqüência de intervenção obstétrica, dos quais mais de 90% desses nascimentos ocorreram via cesariana eletiva, principalmente os prematuros tardios (LEAL MC, et al., 2019).

Quanto ao índice de Apgar, observou-se, neste estudo, que a maioria dos bebês foram classificados com Apgar entre 8 e 10, o que denota boa vitalidade do RN, mesmo nos prematuros. Tal achado pode estar relacionado, em parte, pelo fato de que a maioria dos nascimentos prematuros ocorrem tardiamente. Nesses casos, como já discutido anteriormente, os RN prematuros tardios apresentam peso e características semelhantes aos RN a termo, por isso o índice de Apgar pode ter sido elevado. Com relação aos fatores maternos, verifica-se que mães adolescentes e aquelas com idade superior a 35 anos tiveram um percentual maior de nascimentos prematuros do que a termo, convergindo com achados da literatura (MARTINELLI KG, et al., 2021; GUIMARÃES EAA, et al., 2017; OLIVEIRA LL, et al., 2016; ROSA NP, et al., 2021; ALBERTON M, et al., 2023).

Do ponto de vista biológico, uma gravidez ainda na adolescência contribui para o parto prematuro devido a imaturidade do organismo materno que acaba competindo por nutrientes com o feto (AMTHAUER C e CUNHA MLC, 2022; ROSA NP, et al., 2021; SCHIAVO RA, et al., 2021). Somado a isso, as condições socioeconômicas e geográficas podem dificultar o acesso das adolescentes aos serviços de saúde e, conseqüentemente, à adesão a assistência pré-natal, potencializando as intercorrências relacionadas à gestação, a exemplo da prematuridade (AMTHAUER C e CUNHA MLC, 2022; GUIMARÃES EAA, et al., 2017).

Já a idade materna avançada é uma condição de risco pela ocorrência crescente de síndromes hipertensivas, ruptura prematura de membranas e presença de diabetes gestacional, que aumentam o risco de abortamentos espontâneos, BPN, bebês pequenos para IG, parto prematuro e mortalidade perinatal. Além

disso, a idade avançada contribui para o índice de Apgar no quinto minuto ser menor que sete, predispondo à ocorrência de anomalias cromossômicas (ROSA NP, et al., 2021; BRITO APM, et al., 2019), macrossomias e baixa vitalidade do neonato (ROSA NP, et al., 2021).

Estudos nacionais têm apontado uma associação significativa entre a escolaridade materna e a ocorrência da prematuridade (MARTINELLI KG, et al., 2021; PITILIN EB, et al., 2021). No presente estudo, embora mães com menos anos de estudo tiveram um percentual maior de RN prematuros do que a termo, não foi verificada uma diferença expressiva. A gemelaridade é outro fator que pode estar associado à ocorrência de parto prematuro (AMTHAUER C e CUNHA MLC, 2022; ROSA NP, et al., 2021; ALBERTON M, et al., 2023), conforme identificado neste estudo, o qual constatou que mães com gravidez gemelar apresentaram mais nascimentos prematuros.

Sobreleva-se que o acompanhamento pré-natal tem apresentado importante relação com a prematuridade, em que mães com pré-natal inadequado ou intermediário tiveram um percentual maior de RN prematuros do que a termo. Considerando que a prematuridade é uma causa evitável por meio de um acompanhamento pré-natal adequado e de qualidade, este resultado está em consonância com a literatura nacional (MARTINELLI KG, et al., 2021; GUIMARÃES EAA, et al., 2017; PITILIN EB, et al., 2021; SOUZA DM, et al., 2019).

Estudo desenvolvido no Sul do Brasil, em que foram avaliados 143.290 RN, identificou que mulheres com assistência pré-natal inadequada apresentaram três vezes mais chances de parto prematuro. Assim, o acompanhamento pré-natal foi considerado o principal fator de proteção para prevenção da prematuridade, sendo que as mulheres com sete ou mais consultas pré-natal reduziram em 68% a chance de parto prematuro (SOUZA DM, et al., 2019).

Vários são os fatores que influenciam na não adesão ao pré-natal, incluindo condições socioeconômicas, dificuldade de acesso aos serviços de saúde, precariedade do apoio social da gestante, falta de planejamento familiar, não aceitação da gestação e o estigma social relacionado à gravidez indesejada. Em contrapartida, estudo aponta que acolhimento, apoio, empatia e assistência integral e qualificada aumentam a frequência das gestantes às consultas (SOUZA FL, et al., 2020). A partir da consulta pré-natal, pode-se dialogar e compartilhar experiências com as gestantes de forma a instrumentalizá-las para o reconhecimento de fatores de risco que possam influenciar negativamente na saúde materno-fetal (ALVES ISG, et al., 2021).

Uma assistência pré-natal adequada, para tanto, se constitui em um importante mecanismo de identificação precoce de possíveis complicações materno-fetais capazes de causar desfechos adversos ao binômio mãe-filho. Assim, auxilia na redução da prematuridade e contribui para o nascimento de uma criança saudável e no bem-estar da mãe e do bebê (ALVES ISG, et al., 2021; BERNARDINO FBS, et al., 2022). Entretanto, vale se atentar para a qualidade do cuidado pré-natal que está sendo ofertado às gestantes.

Apesar da melhora na cobertura e no acesso à assistência pré-natal no Brasil, este cuidado necessita ser revisado, devido ao baixo cumprimento das normas oficiais do programa. Em muitos casos, limita-se a gestante apenas à passagem burocrática pelo serviço de saúde, sem primar pela qualidade da atenção que lhe é ofertada. Ademais, deve-se oferecer condições que possibilitem a captação e o acolhimento precoce das gestantes, objetivando ampliar a adesão ao cuidado pré-natal, visto que esse poderá impactar negativamente na saúde materna, neonatal e infantil (AMTHAUER C e CUNHA MLC, 2022).

CONCLUSÃO

A prematuridade foi verificada em 10,5% do total de nascimentos, sendo a maioria classificada como prematuridade moderada e tardia. Dos RN prematuros, houve prevalência do sexo feminino, cor branca, com BPN, nascidos de parto cesáreo, com Apgar 1º e 5º minuto entre 8 e 10. Quanto às variáveis maternas, verifica-se que mães adolescentes e com idade superior a 35 anos, com menos anos de estudo, vivendo sem companheiro, que tiveram gravidez gemelar e pré-natal inadequado ou intermediário apresentaram maiores percentuais de nascimentos prematuros do que a termo. Ressalta-se a importância de ampliar os estudos acerca dessa temática, com vistas ao planejamento e à implementação de estratégias e políticas públicas voltadas à redução de nascimentos prematuros e dos desfechos adversos advindos desta condição. Com

isso, almeja-se reduzir a mortalidade neonatal e infantil relacionada à prematuridade e alcançar a meta 3.2 dos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável: comprometer-se a reduzir a mortalidade neonatal para 12 ou menos mortes neonatais por 1.000 nascidos-vivos em todos os países. As limitações deste estudo recaem na utilização de dados provenientes de fontes secundárias para sua realização, podendo conter erros de registros, o que impossibilita o controle e a estratificação de determinadas variáveis.

REFERÊNCIAS

1. ALBERTON M, et al. Prevalence and temporal trend of prematurity in Brazil before and during the COVID-19 pandemic: a historical time series analysis, 2011-2021. *Epidemiologia e Serviços de Saúde*. 2023;32(2): e2022603.
2. ALVES ISG, et al. Trabalho de parto prematuro: condições associadas. *Rev. Enferm UFPE online*. 2021;15: e245860.
3. AMTHAUER C e CUNHA MLC. Sociodemographic and gestational factors of adolescent mothers associated with prematurity. *Rev Rene*. 2022;23: e78741.
4. AMTHAUER C e CUNHA MLC. Maternal and neonatal factors associated with hospital readmission of newborns of adolescent mothers. *Rev Gaúcha Enferm*. 2023;44: e20220063.
5. BARROS FC, et al. Cesarianas e prevalência de nascimentos prematuros no Brasil: análises secundárias do registro nacional de nascimento. *BMJ Open*. 2018;8: e021538.
6. BERNARDINO FBS, et al. Tendência da mortalidade neonatal no Brasil de 2007 a 2017. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2022;27(2): 567-78.
7. BRITO APM, et al. Enfermagem no contexto familiar na prevenção de anomalias congênitas: revisão integrativa. *J. Health Biol Sci*. 2019;7(1): 64-74.
8. BUENDGENS BB, et al. Características maternas na ocorrência da prematuridade tardia. *Revista de Enfermagem UFPE Online*. 2017;11(7): 2897-906.
9. CHAWANPAIBOON S, et al. Global, regional, and national estimates of levels of preterm birth in 2014: a systematic review and modelling analysis. *Lancet Glob Health*. 2019;7(1): e37-e46.
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. *Rev Eletron Acervo Saúde*. 2020(39): e2110.
11. DESCOVI MHM, et al. Resuscitation of moderate and late preterm babies in the delivery room: associated factors. *Acta Paul. Enferm*. 2020;33: eAPE20180134.
12. FERNANDES MMSM, et al. Prognosis of newborns in neonatal intensive care units: an integrative review. *Rev Fund Care Online*. 2019;11(3): 748-55.
13. GAMARRA-OCA LF, et al. Long-term neurodevelopmental outcomes after moderate and late preterm birth: a systematic review. *J Pediatric*. 2021; 237: 168-76. e11.
14. GUIMARÃES EAA, et al. Prematurity and associated factors in Divinópolis, Minas Gerais state, Brazil, 2008-2011: analysis of the Information System on Live Births. *Epidemiol. Serv. Saude*. 2017;26(1).
15. JANTSCH LB, et al. Health care network (dis)articulation in late and moderate prematurity. *Rev Bras Enferm*. 2021;74(5): e20200524.
16. KALE PL e FONSECA SC. Intrauterine growth restriction, prematurity, and low birth weight: risk phenotypes of neonatal death, Rio de Janeiro State, Brazil. *Cad. Saúde Pública*. 2023;39(6): e00231022.
17. LEAL MC, et al. Progress in childbirth care in Brazil: preliminary results of two evaluation studies. *Cad. Saúde Pública*. 2019;35(7): e00223018.
18. MACHADO MCHS, et al. Atenção à saúde no primeiro ano de vida de uma coorte prospectiva de lactentes prematuros tardios e a termo de Botucatu, São Paulo, 2015-2017. *Epidemiol. Serv. Saude*. 2021;30(2): e2020619.
19. MARTINELLI KG, et al. Prematuridade no Brasil entre 2012 e 2019: dados do Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos. *R. bras. Est. Pop.*, v.38, 1-15, e0173, 2021.
20. MINISTÉRIO DA SAÚDE (BR). Atenção ao pré-natal de baixo risco. Brasília: Ministério da Saúde, 2012. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cadernos_atencao_basica_32_prenatal.pdf. Acessado em: 29 de junho de 2022.

21. MOURA BLA, et al. Factors associated with hospitalization and neonatal mortality in a cohort of newborns from the Unified Health System in São Paulo. *Rev Bras Epidemiol.* 2020;23: E200088.
22. OHUMA EO, et al. National, regional, and worldwide estimates of preterm birth in 2020, with trends from 2010: a systematic analysis. *Lancet.* 2023;402(10409): 1261-71.
23. OLIVEIRA LL, et al. Maternal and neonatal factors related to prematurity. *Rev Esc Enferm USP.* 2016;50(3): 382-389.
24. PAIXAO ES, et al. Risk of mortality for small newborns in Brazil, 2011-2018: a national birth cohort study of 17.6 million records from routine register-based linked data. *The Lancet.* 2021; 3:100045.
25. PERIN J, et al. Global, regional, and national causes of under-5 mortality in 2000-19: an updated systematic analysis with implications for the Sustainable Development Goals. *Lancet Child Adolesc Health.* 2022;6(2): 106-15.
26. PITILIN EB, et al. Perinatal factors associated with prematurity in neonatal intensive care unit. *Texto Contexto Enferm.* 2021;30: e20200031.
27. QUARESMA ME, et al. Factors associated with hospitalization during neonatal period. *J Pediatr.* 2018; 94:390-8.
28. RAMASWAMY VV, et al. ELBW and ELGAN outcomes in developing nations - systematic review and meta-analysis. *PLoS One.* 2021; 16:e0255352.
29. ROSA NP, et al. Fatores de risco e causas relacionados à prematuridade de recém-nascidos em uma instituição hospitalar. *Research, Society and Development.* 2021;10(9): e55610918431.
30. SALES IMM, et al. Sentimentos de mães na unidade canguru e as estratégias de suporte dos profissionais de enfermagem. *Rev Cuid.* 2018;9(3):2413-22.
31. SANTIAGO ACT, et al. Perfil de crescimento de recém-nascidos prematuros menores de 32 semanas no primeiro ano de vida. *Rev Ciênc Méd. Biol.* 2014;13(3):269-73.
32. SANTOS LM, et al. Caracterização de nascidos vivos prematuros em um município do nordeste brasileiro. *Rev Soc Bras Enferm Ped.* 2021;21(2): 85-90.
33. SARDA SP, et al. Global prevalence of long-term neurodevelopmental impairment following extremely preterm birth: a systematic literature review. *J Int Med Res.* 2021;49: (3000605211028026).
34. SCHIAVO RA, et al. Saúde emocional materna e prematuridade: influência sobre o desenvolvimento de bebês aos três meses. *Pensando Fam.* 2021;25(2): 98-113.
35. SARRAZIN PSV, et al. Prevalence of premature birth between 2018 and 2019 in a public maternity in the municipality of Manaus-Amazonas. *Saúde Coletiva (Barueri).* 2023;13(87): 12835-40.
36. SOUZA DM, et al. Prevalence of prematurity and associated factors in the state of Rio Grande do Sul. *Braz J Health Rev.* 2019;2(5): 4052-70.
37. SOUZA FL, et al. Motivos para não realiação do pré-natal por gestantes. *Rev Eletron Acervo Saúde.* 2020;55: e3878.
38. VANIN LK, et al. Maternal and fetal risk factors associated with late preterm infants. *Rev Paul Pediatr.* 2020;38: e2018136.
39. WHO. World Health Organization. Preterm birth. Genebra: World Health Organization, 2023. Disponível em: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/preterm-birth>. Acessado em: 30 de novembro de 2023.