



Desfechos materno e neonatal do parto prematuro em uma maternidade pública de Teresina, Piauí: um estudo transversal, 2020 a 2021

Maternal and neonatal outcomes of preterm birth in a public maternity hospital in Teresina, Piauí: a cross-sectional study, 2020 to 2021

Resultados maternos y neonatales del parto prematuro en una maternidad pública de Teresina, Piauí: un estudio transversal, 2020 a 2021

José Francisco Ribeiro¹, Maria Clara Rodrigues Teixeira Araújo¹, Tatiana Custódio das Chagas Pires Galvão², Vyrna Rebeca de Carvalho Alves¹.

RESUMO

Objetivo: Analisar desfechos materno e neonatal do parto prematuro em uma maternidade pública de Teresina, Piauí. **Métodos:** Estudo transversal descritivo sobre dados de 204 prontuários de mulheres que evoluíram para parto prematuro no centro obstétrico de uma maternidade pública de Teresina, Piauí, Brasil, entre dezembro de 2020 a janeiro de 2021. **Resultados:** Caracterização sociodemográfica maternas: 20 a 29 anos (52,5%), raça/cor parda (74%), ensino médio completo (53,4%), residentes no estado do Piauí (51,5%), parto cesariano (74%). Intercorrência na gestação mais evidenciado, infecção urinária (45,1%). Quanto as características clínicas dos recém-nascidos foram detectadas os seguintes dados: recém-nascidos femininos (52,9%), com idade de nascimento ≥ 28 semanas (83,3%), baixo peso ao nascer (41,2%), boa vitalidade no 5º minuto na avaliação de APGAR (89,7%), pequeno para idade gestacional (51%), reanimados ao nascer (55,2%), síndrome do desconforto respiratório (64,2%). Quanto ao desfecho final detectou-se 53 (26,0%) recém-nascidos admitidos na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal de alto risco, foram a óbito e 151 (74%) destinaram-se para Unidades de Terapia Intensiva Intermediárias, enfermaria canguru, alojamento conjunto ou alta hospitalar. **Conclusão:** Uma assistência não qualificada às gestantes traz como consequências morbimortalidade do recém-nascido, assim representando um grave problema de saúde pública.

Palavras-chave: Gestantes, Puérperas, Neonatos, Recém-nascido prematuro, Enfermagem neonatal.

ABSTRACT

Objective: To analyze maternal and neonatal outcomes of preterm birth in a public maternity hospital in Teresina, Piauí. **Methods:** Descriptive cross-sectional study on data from 204 medical records of women who progressed to preterm birth in the obstetric center of a public maternity hospital in Teresina, Piauí, Brazil, between December 2020 and January 2021. **Results:** Maternal sociodemographic characterization: 20 to 29 years old (52.5%), brown race/color (74%), complete high school (53.4%), residents of the state of Piauí (51.5%), cesarean delivery (74%). The most common pregnancy complication was urinary tract infection (45.1%). Regarding the clinical characteristics of the newborns, the following data were detected: female newborns (52.9%), with birth age ≥ 28 weeks (83.3%), low birth weight (41.2%), good vitality at 5 minutes in the APGAR assessment (89.7%), small for gestational age (51%), resuscitated at birth (55.2%), respiratory distress syndrome (64.2%). Regarding the final outcome, 53 (26.0%) of the newborns admitted to the high-risk Neonatal Intensive Care Unit died and 151 (74%) were transferred to Intermediate Intensive Care Units,

¹ Universidade Estadual do Piauí (UESPI), Teresina - PI.

² Faculdade Santo Agostinho (FSA), Teresina - PI.

kangaroo ward, rooming-in or hospital discharge. **Conclusion:** Unqualified care for pregnant women results in newborn morbidity and mortality, thus representing a serious public health problem.

Keywords: Pregnant women, Postpartum women, Newborns, Premature newborns, Neonatal nursing.

RESUMEN

Objetivo: Analizar los resultados maternos y neonatales del nacimiento prematuro en una maternidad pública de Teresina, Piauí. **Métodos:** Estudio descriptivo transversal sobre datos de 204 historias clínicas de mujeres que desarrollaron parto prematuro en el centro obstétrico de una maternidad pública de Teresina, Piauí, Brasil, entre diciembre de 2020 y enero de 2021. **Resultados:** Caracterización sociodemográfica materna: 20 a 29 años (52,5%), raza/color pardo (74%), educación secundaria completa (53,4%), residentes en el estado de Piauí (51,5%), cesárea (74%). La complicación más común durante el embarazo fue la infección del tracto urinario (45,1%). Respecto a las características clínicas de los recién nacidos, se detectaron los siguientes datos: recién nacidos de sexo femenino (52,9%), con edad al nacer ≥ 28 semanas (83,3%), bajo peso al nacer (41,2%), buena vitalidad a los 5 minutos en la evaluación de APGAR (89,7 %), pequeños para la edad gestacional (51%), reanimados al nacer (55,2%), síndrome de dificultad respiratoria (64,2%). Respecto al resultado final, 53 (26,0%) de los recién nacidos ingresados en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales de alto riesgo fallecieron y 151 (74%) fueron trasladados a Unidades de Cuidados Intensivos Intermedios, sala canguro y alojamiento compartido o fueron dados de alta hospitalaria. **Conclusión:** La atención no calificada a la gestante genera morbilidad y mortalidad del recién nacido, representando así un grave problema de salud pública.

Palabras clave: Mujeres embarazadas, Mujeres en posparto, Recién nacidos, Recién nacidos prematuros, Enfermería neonatal.

INTRODUÇÃO

Parto pré-termo, parto prematuro ou prematuridade são conceitos estabelecidas ao nascimento verificado em idade gestacional inferior a 37 semanas de gestação. Para a classificação do recém-nascido pré-termo adotou-se como parâmetro a idade gestacional, assim resultando as seguintes categorias: prematuridade extrema (de 22 a menos de 28 semanas), prematuridade severa (de 28 a menos de 32 semanas) e prematuridade moderada a tardia de 32 a menos de 37 semanas (WHO,2024). Também foi observado em uma pesquisa publicada pela Organização Mundial da Saúde exibiu que 15 milhões de bebês advêm antes da 37ª semana de gestação em todo o mundo. Mais de 1 milhão destes recém-nascidos vão a óbito em breve período após o parto. A prematuridade é observada como a 2ª razão de óbito de RN's com idade inferior a 5 anos de vida, mantendo-se na retaguarda apenas da pneumonia. Apoiado a achados, 75% serão capazes de sobreviver com adoção de manejos simples, assim como, aplicação de antisséptico e antibióticos para livrar-se de infecções (OPAS,2023).

Assim foi verificado que o Brasil e Estados Unidos situam-se a dentre os dez países com notáveis estatísticas de partos prematuros. Pois está classificado em 10º lugar, com 279 mil partos prematuros ao ano. O custo brasileiro é de 9,2% dos nascimentos prematuros, semelhante à da Alemanha e abaixo nos Estados Unidos, que atinge 12%. estruturado por 50 organizações, o relatório mostrou que a ocorrência dos partos prematuros é superior nos países pobres, percentual de 12%, e ainda menor nas nações⁽³⁾, mais desenvolvidas, em que há registro de 9%. Ainda assim, distingue-se que a prematuridade não é um problema somente das regiões pobres do mundo (WHO,2024). Todavia o nascimento prematuro se tornou a principal causa de mortes infantis, representando um em cada cinco de todos os óbitos antes dos 5 anos de idade.

Entre 2010 e 2020, o mundo registrou 152 milhões de partos de bebês prematuros, de acordo com um novo relatório da Organização Mundial da Saúde (OMS) e do Fundo das Nações Unidas para a Infância (Unicef). Isso equivale a cerca de 1 em cada 10 bebês nascidos precocemente, antes de 37 semanas de gravidez, em todo o mundo. Enquanto isso, os sobreviventes prematuros podem enfrentar consequências para a saúde ao longo da vida, com maior probabilidade de incapacidade e de atrasos no desenvolvimento (DARMSTADT GL, et al., 2023; BRASIL, 2024).

Portanto ao se considerar a magnitude da ocorrência de parto prematuro registrados em Teresina, Piauí pelo fato desta capital possuir a maior maternidade de referência para todo o estado do Piauí e estados

vizinhos, assim como também ser parte integrante da estatística nacional, como maternidade escola específica para assistência a mulher em gestação de alto risco, este contexto justifica a análise do desfecho materno e neonatal do parto prematuro. O presente artigo teve por finalidade ampliar o conhecimento na temática da saúde materna e perinatal, elucidando os fatores associados à prematuridade, com a finalidade de adequar os cuidados gestacionais na detecção e prevenção de agravos à saúde, e assim colaborar para a redução da morbimortalidade neonatal. Portanto este estudo teve como objetivo analisar desfechos materno e neonatal do parto prematuro em uma maternidade pública de Teresina, Piauí.

MÉTODOS

Estudo de natureza observacional, delineamento transversal com abordagem quantitativa. Desenvolvido numa maternidade pública de referência, situada em Teresina, capital do Piauí, cuja população aproximada é de 871.126 habitantes. Atualmente esta unidade de saúde, possui 316 leitos para diferentes níveis de cuidado, incluindo 88 leitos de alojamento conjunto, 56 para gestação de alto risco, 30 para UTI neonatal e 20 para casa da gestante e 30 leitos de UCINCo (Unidade de Cuidados Intermediários Neonatais). A amostra do estudo constituiu-se, a partir de uma população de 1447 prontuários de mulheres que realizaram parto prematuro no período de 31 de janeiro de 2020 a 31 de dezembro de 2021, resultando uma amostra de 204 prontuários, calculada com uma precisão de 5% e com um intervalo de confiança de 95%, a escolha deste período se justifica por um maior número de admissões registrada no período.

A coleta de dados ocorreu entre 30 março a 30 de julho de 2022, em prontuários da Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN) de alto risco, arquivo geral da maternidade pública de referência, mediante a dispensa do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), tendo em vista que a coleta de dados foi realizada em prontuários, sendo assim apresentado o Termo de Compromisso de Utilização de Dados (TCUD). O instrumento de pesquisa foi um formulário construído previamente com informações existentes no prontuário, antes do início da coleta realizou-se o teste piloto com a utilização de cinco prontuários, deste modo o instrumento de coleta constituiu-se de variáveis sociodemográficas e clínicas maternas e caracterização clínica do recém-nascido prematuro.

Os dados foram tabulados no excel, e posteriormente analisados no programa Statistical Product Service Solutions (SPSS). O teste de Kolmogorov-Smirnov foi aplicado nas variáveis numéricas contínuas para verificação do pressuposto de normalidade. O coeficiente de correlação de Spearman; para comparação de médias entre grupos categorizados em variáveis qualitativas. Foi utilizado teste Mann-Whitney e para verificar associação entre as variáveis qualitativas e o teste Qui-quadrado de Pearson ou teste Exato de Fisher. Para todas as análises realizadas, foi adotado o nível de significância de p-valor menor ou igual a 0,05.

Assim as variáveis analisadas foram organizadas da seguinte forma:

Variáveis maternas

- Faixa etária (10-19; 20-29; 30-39; 40 anos e + idade)
- Etnia (Branca, amarela, negra, parda, indígena)
- Situação conjugal (com companheiro, sem companheiro)
- Local de residência materna (Teresina, Piauí, Maranhão)
- Intercorrências na gestação (síndromes hipertensivas específicas da gestação, alterações do líquido amniótico, infecção do trato urinário, diabetes gestacional, COVID-19, sífilis, sangramento transvaginal, outras intercorrências)

Variáveis do prematuro

- Sexo (masculino, feminino)
- Prematuridade (prematuro com menos de 28 semanas, prematuros entre 28 e 37 semanas)

- Peso ao nascer (extremo baixo peso, muito baixo peso, baixo peso, peso adequado)
- Avaliação de APGAR no 5º minuto (asfixia grave, asfixia moderada, boa vitalidade)
- Avaliação quanto ao peso (pequeno para a idade gestacional, adequado para a idade gestacional, grande para a idade gestacional)
- Reanimação (sim, não)
- Condições de saúde (síndrome desconforto respiratório, má formação fetal, risco de infecção, outras condições de saúde)

Realizou-se a análise estatística dos dados utilizando-se o pacote estatístico SPSS versão 20.1. Os dados foram organizados em gráficos e tabelas. Os resultados foram confrontados com a literatura e artigos pertinentes ao tema. Para a realização do estudo, este foi registrado no comitê de ética e pesquisa e na comissão ética da maternidade pública de referência, conforme a resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde. Seguindo essa recomendação, o projeto foi submetido à apreciação do Comitê de Ética e Pesquisa (CEP) da Universidade Estadual do Piauí, aprovado sob parecer de número 5.287.474 e do CAAE 56090522.8.0000.5209, posteriormente enviado para a Comissão de Ética em Pesquisa da Maternidade de referência. Para garantir os aspectos éticos da pesquisa para o acesso aos dados, foi apresentado o TCUD, que foi assinado pelo pesquisador responsável antes da coleta de dados, assim obtidos por meio dos prontuários no arquivo da maternidade.

RESULTADOS

Realizou-se a análise da amostra de 204 prontuários calculados de uma população de 1447 prontuários das genitoras que evoluíram para o parto prematuro. Assim os resultados foram classificados em: perfil sociodemográfico e clínicos maternos e a caracterização clínica dos recém-nascidos pré-termos, estabelecendo melhor compreensão dos resultados.

Perfil sociodemográfico e clínicos maternos

A faixa etária mais evidenciada foi de 20 a 29 anos (52,5%), raça/cor parda (74%), com companheiro (62,2%), residentes em outros municípios do Piauí fora Teresina (53%), intercorrência na gestação mais observada foi a infecção urinária (32,6%), seguido das síndromes hipertensivas específicas da gestação (19%) (**Tabela 1**).

Tabela 1 - Caracterização sociodemográficas e clínicas materna e o neonatal do parto prematuro em uma maternidade pública de referência.

Perfil sociodemográfico e clínico materno		Caracterização clínica do prematuro	
Variáveis	N (%)	Variáveis	N (%)
Faixa etária		Sexo	
10-19	30 (14,7)	Masculino	96(47)
20-29	107(52,5)	Feminino	108 (52,9)
30-39	62 (30,4)	Prematuridade	
40 anos e +	5 (2,5)	Prematuro com menos de 28 semanas	34 (16,7)
Etnia		Prematuros entre 28 e 37 semanas	170 (83,3)
Branca	22 (10,8)	Peso ao nascer	
Amarela	02 (1,0)	Extremo baixo peso	44(21,6)
Negra	27 (13,2)	Muito baixo peso	57 (27,9)
Parda	151 (74,0)	Baixo peso	84 (41,2)
Indígena	0,2 (1,0)	Peso adequado ao nascer	19 (9,3)

Situação conjugal		Avaliação de APGAR no 5º minuto	
Com companheiro	127 (62,2)	Asfixia grave	4 (2,0)
Sem companheiro	77 (37,8)	Asfixia moderada	17 (8,3)
Local de residência		Boa vitalidade	183 (89,7)
Teresina	86 (19,0)	Avaliação quanto ao peso	
Piauí	108 (53,0)	Pequeno para a idade gestacional	104 (51)
Maranhão	10 (5,0)	Adequado para a idade gestacional	94 (46,1)
Intercorrência na gestação		Grande para a idade gestacional	6 (2,9)
Síndromes hipertensiva específica da gestação	81 (19,0)	Reanimação	
Alterações do líquido amniótico	28 (6,6)	Sim	113 (55,2)
Infecção do trato urinário	138 (32,6)	Não	91 (44,8)
Diabetes gestacional	37 (8,7)	Condições de saúde	
COVID-19	22 (5,2)	Síndromes desconforto respiratório	131 (57)
Sífilis gestacional	14 (3,7)	Má formação fetal	33 (14,3)
Sangramento transvaginal	62 (14,2)	Risco de infecção	46 (20)
Outras intercorrências	41 (9,6)	Outras condições de saúde	20 (8,7)

Fonte: Ribeiro JF, et al., 2025; dados extraídos de uma maternidade publica de referência de Teresina.

Caracterização clínica dos recém-nascidos pré-termos

A maioria dos RN pré-termos foram do sexo feminino (52,9%), nascidos com idade gestacional maior ou igual a 28 semanas e com menos de 37 semanas de gestação (83,3%), baixo peso (41,2%), avaliação de APGAR no 5º minuto, boa vitalidade (89,7%), pequeno para a idade gestacional (51%), reanimados (55,2%), síndrome do desconforto respiratório (57%), risco de infecção (20%), (**Tabela 1**). Detectou-se que houve correlação significativa estatisticamente (p -valor 0,05) entre tempo de internação e idade gestacional, Apgar no 5º minuto, peso ao nascer, perímetro cefálico, perímetro torácico e comprimento, ou seja, a idade gestacional apresenta-se correlacionadas as medidas antropométricas do RN e na avaliação do índice Apgar no 5º minuto, apontou menor tempo de internação. Quanto aos desfechos, óbito e transferência, não houve p-valor inferior a 0,05 para tipo de parto e sexo do recém-nascido prematuro (**Tabela 2**).

Tabela 2 - Associação entre desfechos neonatais e variáveis relacionados ao parto e nascimento (n=204).

Tabela 2 – Associação entre desfechos neonatais e variáveis relacionadas ao parto e nascimento (N= 204).			
Caracterização	Desfecho neonatal		
	Óbito	Transferência	P- valor
Tipo de parto			
Vaginal	15 (28,30)	38 (25,2)	0,390
Abdominal	38 (71,7)	113 (74,8)	
Sexo do RN			
Feminino	25 (47,2)	83 (55,0)	0,206
Masculino	28 (52,8)	68 (45,0)	
Prematuridade			
Prematuro extremo	25 (47,2)	9 (5,3)	0,000
Prematuro	28 (52,8)	142 (94,0)	
Peso ao nascer			
Extremo baixo peso	30 (56,6)	14 (9,3)	0,000
Muito baixo peso	12 (22,6)	45 (29,8)	
Baixo peso	9 (17,0)	75 (49,7)	
Peso adequado	2 (3,8)	17 (11,3)	
Avaliação quanto ao peso			
Pequeno para a idade gestacional	36 (67,9)	68 (45,0)	0,011

Adequado para a idade gestacional	15 (28,3)	79 (52,3)	
Grande para a idade gestacional	2 (3,8)	4 (2,6)	
Reanimação			
Sim	39 (73,6)	73 (48,7)	0,002
Não	14 (26,4)	77 (51,3)	
Avaliação Apgar 5º minuto			
Asfixia grave	4 (7,5)	-	0,000
Asfixia moderada	10 (18,9)	7 (4,6)	
Boa vitalidade	39 (73,6)	144 (95,4)	

Fonte: Ribeiro JF et al., 2025; dados extraídos de uma maternidade publica de referência de Teresina.

DISCUSSÃO

Quanto ao perfil sociodemográfico e clínico das mães de RN prematuros foi observado em um estudo realizado na mesma maternidade de referência para o estado do Piauí, no período de 2014, com uma amostra de 300 prontuários de puérperas que tiveram RN pré-termos, os seguintes achados: faixa etária 14 a 19 anos (26,38%); escolaridade ensino médio (56,68%); situação conjugal casada (38,11%); ocupação do lar (48,21%); raça /cor (99,67%); local de residência na zona rural (57,00%). Maior incidência de complicações dentro das variáveis; foram pré-eclâmpsia (28,66%); amniorrexe prematura (17,26%). Causa maior de óbito: Pré-eclâmpsia (PEREIRA SSM, et al., 2018). Assim corroborando com estas informações obtidas atualmente neste estudo.

Também se verificou que no 1º trimestre de 2017 foram analisados 310 casos de nascimentos prematuros nesta mesma maternidade pública de referência, com o seguinte perfil: maioria das genitoras primípara, idade entre 18 e 44 anos. Quase metade da amostra fez menos de seis consultas de pré-natal e a via parto cesariano cesáreo. As principais intercorrências relacionadas à prematuridade foram pré-eclâmpsia e ruptura precoce de membranas gestacionais. As mulheres com idade mais avançada exibiram maior inclinação a prematuridade (p- valor 0,05) (VENCESLAU TM, et al., 2020).

Vários fatores de risco acrescem o risco de parto prematuro em uma gestante, nos Estados Unidos, as mulheres negras não-hispânicas têm taxas de prematuridade cerca de 40% superiores às das mulheres brancas hispânicas e não-hispânicas, e esta diferença persiste mesmo após ajustamento ao estatuto socioeconômico materno e à educação (WHO, 2024; OPAS, 2023). Em uma pesquisa de metanálises elegíveis em que foram identificados e incluídos 1480 estudos que conforme os critérios pré-especificados, elencados sete fatores de risco com evidências robustas: exposição à anfetamina, artéria umbilical única isolada, transtorno de personalidade materna, distúrbios respiratórios do sono, interrupção prévia da gravidez induzida com aspiração a vácuo, baixo ganho de peso gestacional e intervalo entre gestações após aborto espontâneo com período inferior a seis meses (MITROGIANNIS I, et al., 2023).

Vários motivos interferem para casos de prematuridade, compreendendo fatores genéticos, sociodemográficos, ambientais e, sobretudo, aqueles relativos à gestação. Distingue-se as situações socioeconômicas ruins, assistência pré-natal desajustado, prenhez em mulheres jovens ou com idade mais avançada, histórico de múltiplos partos, espaços limites entre as gravidezes, desnutrição materna, tabagismo, infecções bacterianas e/ou virais, entre outros componentes (GUEDES RRL, 2022). Quanto a caracterização clínica dos recém-nascidos pré-termos, foi verificado em estudo descritivo, realizado em dois hospitais da Bahia, com a participação de 333 nascidos vivos prematuros, com dados coletados no período de abril de 2014 a fevereiro de 2016, os seguintes resultados: sexo masculino (50,6%), baixo peso ao nascer (55,3%), avaliação de APGAR ≥ 7 (93,0%), prematuro tardio (64,5%), RN prematuros reanimados (60,5%), disfunção respiratória (41,2%), encaminhados ao alojamento conjunto (42,3%), encaminhados a unidade de terapia intensiva neonatal (25%) (DOS SANTOS LM, et al., 2021).

Os estudos inerentes a esta temática têm mostrado ausências de evidências robustas sobre o benefício do parto cesariano para resultados neuro desenvolvimentais de longo prazo em neonatos prematuros únicos. Em consequência disso, a incerteza permanece sobre as melhores práticas obstétricas no parto de neonatos pré-termos (SHAW RJ et al., 2023). Quanto aos desfechos neonatais foi observado em um estudo descritivo

e retrospectivo referente ao período de 2015 a 2018 em um ambulatório no município de Minas Gerais (MG) em que foram coletados dados de 63 recém-nascidos prematuros, com os seguintes resultados: 52,4% sexo masculino, idade gestacional superior a 29 semanas (77,8%), baixo peso ao nascer (44,4%), APGAR no 1º e 5º (71,4% e 81%), parto cesáreo (63,5%), prematuros moderados (44,4%), asfixia moderada (11,1%). Informações semelhantes encontradas neste estudo (DE CASTRO GG et al., 2020).

Em um estudo cujo objetivo foi investigar as principais causas da prematuridade e os fatores maternos-fetais associados em Unidade de Terapia Intensiva (UTI) do Sudoeste do Paraná, com dados coletados em prontuários eletrônicos e declaração de nascido vivo de neonatos prematuros, avaliou-se 387 prontuários, no período de 2020 e 2021, em que foi detectado associação entre óbito e sexo masculino (p-valor menor que 0,020), prematuridade extrema (p-valor menor que 0,000), peso ao nascer entre 500 gramas e 2,499kg (p-valor de 0,108), Apgar no 1º minuto menor que 7 (p-valor inferior a 0,000), Apgar no 5º minuto ≥ 7 (p-valor menor que 0,000) e parto vaginal (p-valor menor que 0,064). Dados semelhantes encontrados neste estudo (COSTA LD, et al., 2024).

Semelhante a este estudo foi observado em uma pesquisa realizada no Centro de Saúde José Leonardo Ortiz. No período de 2020 – 2022, evidenciou-se os seguintes achados: frequência de partos prematuros de 4,12%, genitoras entre 24 e 29 anos (32,35%), ensino superior (55,88%). Os fatores de risco associados ao parto prematuro: infecção do trato urinário (OR = 33,58, IC95% [8,07-139,72]; p-valor inferior a 0,001), gravidez gemelar (OR = 18,81, IC95% [1,03-344,16]; p-valor igual a 0,0478), ruptura prematura de membranas (OR = 7,23, IC95% [1,84- 28,40]; p-valor 0,0046), pré-eclâmpsia (OR = 15,78, IC 95% [1,90-130,86]; p-valor igual a 0,0106) e anemia (OR =3,83, IC 95% [1,40-10,48]; p-valor 0,0088) (FLORES AMC, 2024).

Não ocorreu nenhuma mudança detectável nas taxas de nascimentos prematuros na última década em nível global. Embora com o aumento nas taxas de nascimentos em hospitais e da manutenção substancial das informações em bases de dados de saúde constantemente, ainda há muitas informações perdidas, situação que dificulta relatórios equilibrados dos dados de nascimentos prematuros. As lacunas nos dados nacionais de rotina para nascimentos prematuros são mais marcantes nas regiões do sul da Ásia e da África Subsaariana, que também têm a maior carga estimada de nascimentos prematuros (OHUMA EO, et al., 2024). Os países precisam priorizar investimentos programáticos para prevenir nascimentos prematuros e garantir cuidados de qualidade baseados em evidências quando ocorrerem nascimentos prematuros. Investimentos na melhoria da qualidade dos dados são cruciais para que os dados de nascimentos prematuros possam ser melhorados e usados para processos de ação e responsabilização (CHARPAK N, et al., 2024; MAIA AAA, et al., 2022).

A qualificação e os avanços tecnológicos atribuídos à assistência neonatal ampliaram as taxas de sobrevivência de recém-nascidos prematuros ou de baixo peso ao nascer, mas despertaram cuidados sobre desafios neurossensoriais e psicomotores de longo prazo. Bebês prematuros ou baixo peso ao nascer, com déficits visuais e auditivos têm maior chance de enfrentar desafios cognitivos e emocionais na vida adulta. Portanto este contexto sugere a importância de uma abordagem multidisciplinar para discutir de imediato essas suscetibilidades, diminuindo o risco de problemas neuro desenvolvimentais e funcionais de longo prazo (CHARPAK N, et al., 2024). A providência de óbitos e complicações de parto prematuro principia com uma prenhez saudável. As diretrizes de cuidados pré-natais da OMS contêm ações-chave para amparar acautelar o parto prematuro, como aconselhamento sobre dieta saudável, nutrição ideal e não uso de tabaco e substâncias; medições fetais, incluindo o uso de ultrassom precoce para ajudar a definir a idade gestacional e identificar gestações múltiplas; e um mínimo de 8 consultas com profissionais de saúde durante a gravidez iniciando antes da 12ª semana gestacional para verificar e controlar fatores de risco, como infecções (WHO, 2023; MINSALUD, 2017).

A prevenção das complicações da prematuridade requer uma abordagem global, incluindo aspectos respiratórios, nutricionais e infecciosos, entre outros. Estratégias neuroprotetoras são um ponto-chave dessa abordagem global, tendo em consideração que o risco de ter complicações cresce conforme classificação de prematuridade e precisa, em parte, da existência de resolutas causas que conduziram à prematuridade, como

infecção, diabetes, hipertensão arterial ou pré-eclâmpsia (MARQUES BOB, et al., 2023; WARNIER H, et al., 2024). Os recém-nascidos pré-termos, desenvolvidos em um organismo materno nessas condições de saúde poderão apresentar dificuldades para manter a temperatura corpora, dificuldades de respirar amamentar e subdesenvolvimento do sistema imunológico (WHO, 2023; WARNIER H, et al., 2024).

Este estudo possui limitações mínimas, embora tendo como base, dados secundários, coletados de prontuários, preenchidos em grande maioria por profissionais de enfermagem (nível médio e superior), acadêmicos dos cursos de saúde na modalidade: graduação, especialização e residências (médica e enfermagem), pois trata-se de uma maternidade escola, que vincula vários cursos de saúde do Brasil e outros países. Assim as variáveis que compõem o prontuário das usuárias, são rigorosamente supervisionadas por docentes, enfermeiros e médicos supervisores de cada setor da assistência. Além disso o formulário de pesquisa foi constituído a partir das informações do prontuário e antes da coleta oficial, foi feito um teste piloto, que assegurou mais robustez e segurança para a coleta dos dados. Embora perante o rigor de supervisão dos prontuários, alguns foram excluídos por não obedecerem aos critérios de inclusão.

CONCLUSÃO

O nascimento prematuro em Teresina (PI), também observado em dois estudos realizados na mesma maternidade, utilizando-se das mesmas variáveis, houve semelhança dos resultados com o estudo atual, averiguou-se parâmetros de igualdade com a realidade mundial, portanto relacionado principalmente a intercorrências gestacionais como: infecção do trato urinário, síndromes hipertensivas específicas da gravidez, amniorrexe prematura e diabetes mellitus. Desfecho prematuro com características clínicas de desconforto respiratório, icterícia neonatal, infecções, dificuldades de alimentação e perda excessiva de peso. Conforme realidade atual pesquisa neste contexto, concluiu-se que nascimento de prematuros em Teresina (Piauí), está semelhante a realidade mundial, com estatísticas bastantes elevadas tornando-se um grande problema de saúde pública.

REFERÊNCIAS

1. BRASIL. Boletim epidemiológico | Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente | Ministério da Saúde, v. 55. n 13. Acessado em: 30 set. 2024.
2. CHARPAK N, et al. Perinatal risk factors in ex-preterm and/or low birthweight Colombian young adults: a retrospective cohort study on auditory and visual impairments. *Lancet Reg Health Am.* 2024; 5(39): 100921.
3. COSTA LD, et al. Principais causas da prematuridade e fatores associados. *Revista Recien - Revista Científica de Enfermagem*, 2024; 14(42): 158–168.
4. DARMSTADT GL, et al. New World Health Organization recommendations for care of preterm or low birth weight infants: health policy. *E Clinical Medicine*, 2023; 63.
5. DE CASTRO GG, et al. Perfil e fatores causais de prematuridade em recém-nascidos atendidos em um centro de reabilitação infantil no interior de Minas Gerais. *Revista Master-Ensino, Pesquisa e Extensão*, 2020; 5(10): 76-82.
6. DOS SANTOS LM, et al. Caracterização de nascidos vivos prematuros em um município do nordeste brasileiro. *Revista da Sociedade Brasileira de Enfermeiros Pediatras*, 2021; 21(2).
7. FLORES AMC. Factores de Riesgo Asociados a Parto Prematuro Atendidos en el Centro de Salud José Leonardo Ortiz, 2024.
8. GUEDES RRL, et al. Perfil de prematuridade e adequação neonatal de peso em maternidade de minas gerais e comparação com literatura médica. *Revista Residência Pediátrica*, 2022; 12(1).
9. MAIA AAA, et al. Fatores de risco da prematuridade: uma revisão narrativa. *Revista Eletrônica Acervo Saúde*, 2022; 15(2): 9711.
10. MARQUES BOB, et al. As consequências da infecção do trato urinário durante o período gestacional. *Revista Eletrônica Acervo Saúde*, 2023; 23(1): 11387.
11. MINSALUD. MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL. Actualización de los Lineamientos Técnicos para la implementación de Programas Madre Canguro en Colombia, con énfasis en la nutrición del neonato prematuro o de bajo peso al nacer, 2017.
12. MITROGIANNIS I, et al. Risk factors for preterm birth: an umbrella review of meta-analyses of observational studies. *BMC Med*, 2023; 21(1): 494.

13. OHUMA EO, et al. National, regional, and global estimates of preterm birth in 2020, with trends from 2010: a systematic analysis. in: Lancet. 2024; 403(10427): 618.
14. OPAS. Dia da Prematuridade 2023 [Internet]. Disponível em: <https://www.paho.org/pt/campanhas/dia-daprematuridade-2023>. Acesso em: 10 abr. 2024.
15. PEREIRA SSM, et al. Perfil de Gestantes Acometidas de Parto Prematuro em uma Maternidade Pública. 2018; 10(3): 758-763.
16. SHAW RJ, et al. Neurodevelopmental, Mental Health, and Parenting Issues in Preterm Infants. Children (Basel). 2023; 10(9): 1565.
17. VENCESLAU TM, et al. Fatores relacionados à prematuridade em uma maternidade pública de Teresina–PI: estudo retrospectivo. Revista Pesquisa em Fisioterapia, 2020; 10(1): 69-76.
18. WARNIER H, et al. Prévention des complications de la prématurité [Prevention of prematurity's complications]. Rev Med Liege. 2024; 79(5-6): 436-441.
19. WHO. WORLD HEALTH ORGANIZATION. 2023. Preterm birth. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/preterm-birth> published online March 10.
20. WHO. WORLD HEALTH ORGANIZATION. Preterm birth [Internet]. Disponível em: <https://www.who.int/news-room/factsheets/detail/preterm-birth>. Acesso em: 10 abr. 2024.