



UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO
CENTRO DE CIÊNCIAS DE PINHEIRO
COORDENAÇÃO DO CURSO DE ENFERMAGEM

LELIANE PINHEIRO

**FATORES ASSOCIADOS A OCORRÊNCIA DE PARTOS PREMATUROS NO
ESTADO DO MARANHÃO: UM ESTUDO ECOLÓGICO.**

PINHEIRO-MA

2023

LELIANE PINHEIRO

**FATORES ASSOCIADOS A OCORRÊNCIA DE PARTOS PREMATUROS NO
ESTADO DO MARANHÃO: Um estudo ecológico.**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao curso de Enfermagem da Universidade Federal do Maranhão, campus Pinheiro, como requisito parcial para obtenção do título de Bacharel em Enfermagem.

Orientador: Prof. Dr. Igor Cordeiro Mendes.

PINHEIRO-MA

2023

Ficha gerada por meio do SIGAA/Biblioteca com dados fornecidos pelo(a) autor(a).
Diretoria Integrada de Bibliotecas/UFMA

Pinheiro, Leliane.

Fatores associados a ocorrência de partos prematuros no estado do Maranhão: um estudo ecológico / Leliane Pinheiro. - 2023.

58 f.

Orientador(a): Igor Cordeiro Mendes.

Monografia (Graduação) - Curso de Enfermagem,
Universidade Federal do Maranhão, Pinheiro, MA, 2023.

1. Enfermagem Obstétrica. 2. Parto Prematuro. 3. Saúde da Mulher. I. Mendes, Igor Cordeiro. II. Título.

LELIANE PINHEIRO

**FATORES ASSOCIADOS A OCORRÊNCIA DE PARTOS PREMATUROS NO
ESTADO DO MARANHÃO: Um estudo ecológico.**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao curso de Enfermagem da Universidade Federal do Maranhão, como requisito parcial para a obtenção do título de Bacharel em Enfermagem.

Aprovado em ___ de _____ de 2023.

BANCA EXAMINADORA

Prof. Dr. Igor Cordeiro Mendes (Orientador)
Doutor em Enfermagem
Universidade Federal do Maranhão

Profa. Dra. Lara Leite de Oliveira
Doutora em Enfermagem
Universidade Federal de Sergipe

Profa. Msc. Mayane Cristina Pereira Marques
Mestre em Enfermagem
Universidade Federal do Maranhão

A Deus que me deu inspiração e sabedoria ao longo desta jornada, além de força e confiança para superar os obstáculos e alcançar a vitória.

A minha mãe, pelo exemplo de superação, amor e dedicação. E ao meu filho Ryan Victor, pelo apoio e compreensão que demonstrou por mim em todos os momentos.

AGRADECIMENTOS

A Deus, primeiramente, pela vida, família e pelos amigos e, por estar presente em todos os momentos, em especial diante dos mais difíceis, acolhendo-me e me fortalecendo diante das dificuldades encontradas.

A Universidade Federal do Maranhão- UFMA, Campus- Pinheiro-MA, seu corpo docente, direção e administração, que me possibilitaram vislumbrar um horizonte superior.

Aos alunos, professores, profissionais da saúde, comunidade, demais funcionários e colaboradores das escolas, comunidades, do Centro de Especialidades Médicas- CEMP, Centro de Atenção Psicossocial- CAPS, Hospital Regional Dr. Antenor Abreu, Hospital Regional Da Baixada Maranhense Dr. Jackson Lago, Hospital Municipal Materno Infantil N. Sra das Mercês, Unidades Básicas de Saúde- UBS, por terem nos possibilitado o desenvolvimento de ações educativas em saúde, promoção do cuidado e a vivência prática nos mais diversificados ambientes, esse apoio foi fundamental para o desenvolvimento e realização dos nossos trabalhos.

Ao Centro Acadêmico de Enfermagem Florence- CAENFLO, do qual tive o privilégio de fazer parte do Secretariado e, que me permitiu o despertar crítico para as realidades vivenciadas e, a aquisição de conhecimentos e experiências únicas; A Liga Acadêmica de Enfermagem em Saúde Mental- LAESM, da qual tive a honra e a imensa alegria em participar desde a sua criação, como membro fundador e secretária e; a Liga Acadêmica de Enfermagem em Ginecologia e Obstetrícia da Baixada Maranhense- LAEGO- BM, a qual sou grata infinitamente, por ter me oportunizado vivenciar experiências peculiares e , me permitido superar muitos desafios e o aprendizado do trabalho em equipe, da capacidade de enfrentar o desconhecido e crescer; e acima de tudo, não desistir diante das dificuldades.

Aos professores, por me proporcionarem o conhecimento não apenas racional, mas por terem se dedicado a nós (Turma 04), em especial: Mayara, Lima Júnior, Vanessa, Dayanne, Igor, Marisa, Lidiane, Rafisa, Daniel, Luis Fernando, Alana, Thais, Poliana, Consuelo, Raimundo, Joelma, Anne Karine, Heráclito, Mayane e Thamires, que em alguns momentos ou situações específicas, estarão de modo muito especial em minha memória. E a todos os professores, ao longo dessa jornada, a palavra “ mestre” jamais fará justiça a todos vocês que, dedicam suas vidas ao ensino e, acreditam no poder de transformação que a educação é capaz de proporcionar.

Ao meu orientador, Igor Cordeiro Mendes, pelo apoio e confiança depositados em mim, quando nem eu mesma acreditava mais que seria possível, e pelo suporte no pouco tempo que

lhe coube, sempre com muita resiliência, acessibilidade, disponibilidade e, sempre demonstrando cuidado e motivação. Tenho em você, um exemplo e inspiração em excelência e profissionalismo, mas acima de tudo, em ser “humano”. Muito obrigada pela oportunidade de partilhar esses momentos ao lado de uma das pessoas mais incríveis que já conheci e, que deixa tudo mais leve e menos sobrecarregado. Tens a minha eterna admiração e gratidão!

A minha mãe, meu maior exemplo, a quem tenho o maior privilégio em partilhar a vida. Deus foi bondoso e perfeito em escolher você para me ensinar sobre o amor, o cuidado, o apoio, a generosidade, a gratidão e, tudo isso aprendi na prática, através das suas ações, dos seus gestos. Você sempre esteve ao meu lado em todos os momentos, me incentivou nas horas mais difíceis, de desânimo e cansaço, e nunca me desamparou. Deus me permitiu mais uma chance de vivenciar esses momentos da graduação com você, que, outrora, vivenciei sem que pudesse desfrutar da sua presença. A Deus sou grata pela sua vida. Amo você infinitamente! É tudo por você e para você.

Ao meu filho, por me permitir vivenciar um dom maravilhoso e único, o de ser mãe. Com você aprendi que um filho vem ao mundo para nos ensinar a transbordar o amor e os melhores sentimentos que possam existir, palavras não descrevem o significado desse sentimento. Quero agradecê-lo por sempre me compreender e me apoiar, e mesmo nos momentos que precisei me ausentar, você sempre me dedicou amor, carinho e cuidado. A Deus sou grata pela sua vida. Amo você infinitamente! É tudo por você e para você.

Obrigada a minha família, pelo apoio e motivação, ao longo dessa jornada e, em todos os momentos. Vocês são especiais!

Aos meus amigos que sempre estiveram ao meu lado e que foram meu suporte nessa árdua jornada e essenciais nessa caminhada, sem o apoio de vocês não teria conseguido: Vânia, Rosy, Rubenilson, Josana, Jamilson, Carlos, Paulinho, Antônia, Júlia, Lúcia, Ronaika, Diego, Ellen, Keyla, Alice, Marília, Isa, Gaby, Leka, Rayanne, Israel, Ana Paula, Lika, Marcy, S. Riba, S. Luis, Rosana, Glória...uma pequena amostra da minha rede de apoio.

Aos amigos que a UFMA me permitiu conhecer, pessoas incríveis e experiências maravilhosas: Keila, Juliana, Getúlio, Andressa, Cláudia, Rosiane, Jundson, Amanda, Maryjane, Rafinha, Daniela, Dayse, Deyse, Denise, Dani, Xuxa, Dane, Dada, Soraia...

Aos meus companheiros de curso da turma 04, 2017.2, a todos sem exceção, que ao longo dessa árdua jornada estiveram comigo nessa caminhada, alguns bem mais próximos, que inclusive, os agradeço imensamente por terem me aturado nas perturbações diárias, não citarei nomes, entendedores entenderão e, de modo geral, a todos pelos aprendizados, pela vivência e

experiências únicas. Crescemos, amadurecemos com os obstáculos e, diga-se de passagem, foram infinitos, mas conseguimos superá-los e saímos mais fortalecidos do processo.

A todos que, com um simples gesto, palavra ou atitude, cuidaram de mim e me apoiaram, direta ou indiretamente, fazendo parte da minha formação e da minha vida, o meu muito obrigada.

“Tudo o que existe e vive precisa ser cuidado para continuar a existir e a viver: uma planta, um animal, uma criança, um idoso, o planeta Terra...a essência do ser humano reside no cuidado.”

(Leonardo Boff)

RESUMO

O parto prematuro é um importante problema obstétrico atualmente, sendo responsável pela maioria dos casos de morbidade e mortalidade perinatal, ocasionando graves danos imediatos nos recém-nascidos e sequelas tardias. Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), o parto prematuro é definido como o nascimento que ocorre entre 20 e 37 semanas. A prematuridade é um dos grandes problemas de saúde pública, por contribuir fortemente para a elevada taxa de morbimortalidade infantil. A prematuridade é um dos principais preditores de mortalidade infantil e, junto ao baixo peso ao nascer, é responsável pela maior proporção de morte neonatal. O objetivo foi de identificar os fatores associados a ocorrência de partos prematuros no estado do Maranhão. Trata-se de um estudo descritivo, ecológico e de natureza quantitativa. A coleta de dados foi realizada a partir do banco de dados disponível no Departamento de Informação e Informática do SUS (DATASUS), com partos ocorridos no período de 2011 a 2020 no Maranhão. Para a análise dos dados, que consistiu na caracterização das mães e dos recém-nascidos, de acordo com o parto prematuro, foram verificadas informações sociodemográficas das mães dos RN's prematuros (idade, escolaridade, raça, ocupação habitual, situação conjugal, município de residência da mulher e município da ocorrência do parto), dados referentes ao perfil obstétrico das mesmas, número de gestações, número de partos vaginais, número de cesarianas, número de partos prematuros, número de nascidos vivos, número de abortos, número de consultas pré-natal, mês que iniciou as consultas, tipo de gravidez, apresentação fetal, trabalho de parto induzido, realização de cesárea antes do trabalho de parto iniciar, profissional que assiste o nascimento) e informações sobre sexo do recém-nascido, peso ao nascer, índice de apgar no 1º e no 5º minuto e detecção de alguma anomalia congênita. Após isso, os dados foram organizados em tabelas e gráficos e analisados através da frequência absoluta e relativa, sendo discutidos à luz da literatura pertinente. Os resultados evidenciaram a ocorrência de 1.075.107 partos notificados, sendo 11, 5% (n= 123.602) identificados como partos prematuros e, 81,9% (n= 879.799) como partos não prematuros, 6,6% (n= 71.706) desconsiderados nesta pesquisa por terem a identificação do tipo de parto Ignorado. Percebeu-se uma tendência alternada da taxa de partos prematuros durante toda a série histórica, observando que o ano de 2011 apresentou o menor índice durante o período estudado com 9,86 partos prematuros no estado do Maranhão a cada 100 nascidos vivos, enquanto que , 2013 correspondem aos maiores índices com taxas de partos prematuros equivalentes a 12,49. Notou-se uma predominância de mulheres com faixa etária entre 20-39 anos em ambos os partos, de prematuros e não prematuros, com percentuais equivalentes a

68,35% (n= 84.485) dos prematuros e 74,58% (n= 709.595) dos não prematuros. Verificou-se que em relação a escolaridade, identificou-se uma predominância de mães de RN's prematuros, 33,01% (n= 40.807) e não prematuros 69,45% (n= 660.770) que possuíam entre 8 a 11 anos de estudo. Em relação ao estado civil, tanto em mães de RN's prematuros quanto não prematuros, verificou-se uma predominância de mães solteiras, correspondendo, respectivamente, a 47,55% (n= 58.776) e 48, 11% (n= 457.823) dos casos. Relacionado ao número de consultas pré-natal realizadas pelas mães, identificou-se que, um percentual significativo de mães que tiveram partos não prematuros e realizaram 7 ou mais consultas de pré-natal, 43, 97% (n= 418.371), enquanto que, das mães que tiveram partos prematuros, houve uma maior prevalência da realização de apenas 4-6 consultas, com percentual de 45,13% (n= 55. 768). Acerca da proporção dos tipos de partos ocorridos, verificou-se nesse estudo, diferenças significativas da frequência relativa em relação à via de parto, existindo maior prevalência, em casos de partos vaginais, em mães de RN's prematuros 59, 28% (n= 73.266). Em relação a proporção de partos prematuros e não prematuros, segundo as Macrorregiões de Saúde, notou-se uma maior predominância de partos prematuros na Macrorregião Norte (Viana, Pinheiro e São Luis). Quanto ao perfil dos RN's, segundo os partos prematuros e não prematuros, na avaliação do Apgar, no 1º e 5º minuto, em ambos, verificou-se que a prevalência da classificação desse índice esteve entre 8 a 10, apresentando, em uma maioria, boa vitalidade fora do útero, porém, tardiamente pode apresentar problemas. Assim, merecem um acompanhamento dos profissionais de saúde, a fim de prevenir essas complicações, com ações que promovam a melhoria da assistência obstétrica.

Palavras-chave: Saúde da Mulher; Parto Prematuro; Enfermagem Obstétrica.

ABSTRACT

Premature delivery is an important obstetric problem today, being responsible for most cases of perinatal morbidity and mortality, causing severe immediate damage to newborns and late sequelae. According to the World Health Organization (WHO), premature birth is defined as birth that occurs between 20 and 37 weeks. Prematurity is one of the major public health problems, as it strongly contributes to the high infant morbidity and mortality rate. Prematurity is one of the main predictors of infant mortality and, together with low birth weight, is responsible for the highest proportion of neonatal death. The objective was to identify the factors associated with the occurrence of premature births in the state of Maranhão. This is a descriptive, ecological and quantitative study. Data collection was carried out from the database available at the Department of Information and Informatics of the SUS (DATASUS), with deliveries occurring in the period from 2011 to 2020 in Maranhão. For data analysis, which consisted of characterizing the mothers and newborns, according to the premature delivery, sociodemographic information of the mothers of premature newborns was verified (age, education, race, usual occupation, marital status, city of residence of the woman and city where the birth took place), data referring to their obstetric profile, number of pregnancies, number of vaginal deliveries, number of cesarean sections, number of premature births, number of live births, number of abortions, number of prenatal consultations birth date, month in which consultations began, type of pregnancy, fetal presentation, induced labor, cesarean section before labor began, professional assisting the birth) and information on the newborn's gender, birth weight, index Apgar score in the 1st and 5th minute and detection of any congenital anomaly. After that, the data were organized in tables and graphs and analyzed through the absolute and relative frequency, being discussed in the light of the pertinent literature. The results showed the occurrence of 1,075,107 births notified, of which 11.5% (n= 123,602) were identified as premature births, and 81.9% (n= 879,799) as non-preterm births, 6.6% (n= 71,706) disregarded in this research because the identification of the type of delivery was ignored. There was an alternating trend in the rate of premature births throughout the historical series, noting that the year 2011 had the lowest rate during the period studied, with 9.86 premature births in the state of Maranhão for every 100 live births, while , 2013 correspond to the highest rates with rates of premature births equivalent to 12.49. There was a predominance of women aged between 20-39 years in both deliveries, premature and non-preterm, with percentages equivalent to 68.35% (n = 84,485) of premature and 74.58% (n = 709,595) of non-preterm infants. It was found that in terms of education, there was a predominance of mothers of

premature NBs, 33.01% (n= 40,807) and non-premature 69.45% (n= 660,770) who had between 8 and 11 years of study . Regarding marital status, both in mothers of premature and non-premature NBs, there was a predominance of single mothers, corresponding, respectively, to 47.55% (n = 58,776) and 48.11% (n = 457,823) of cases. Related to the number of prenatal consultations performed by mothers, it was identified that a significant percentage of mothers who had non-preterm births and performed 7 or more prenatal consultations, 43.97% (n= 418,371), while , of the mothers who had premature births, there was a higher prevalence of carrying out only 4-6 consultations, with a percentage of 45.13% (n= 55, 768). Regarding the proportion of the types of deliveries that occurred, this study found significant differences in the relative frequency in relation to the mode of delivery, with a higher prevalence, in cases of vaginal deliveries, in mothers of premature NBs 59, 28% (n = 73,266). Regarding the proportion of preterm and non-premature births, according to the Health Macroregions, there was a greater predominance of preterm births in the North Macroregion (Viana, Pinheiro and São Luis). As for the profile of the NBs, according to premature and non-premature births, in the Apgar assessment, at the 1st and 5th minute, in both, it was verified that the prevalence of the classification of this index was between 8 and 10, presenting, in a Most, good vitality outside the uterus, however, later it can present problems. Thus, they deserve monitoring by health professionals, in order to prevent these complications, with actions that promote the improvement of obstetric care.

Keywords: Women's Health; Premature birth; Obstetric Nursing.

LISTA DE TABELAS

- Tabela 1.** Distribuição do perfil Sociodemográfico das mães dos RN's Prematuros e das mães dos RN's Não Prematuros no estado do Maranhão, 2011 – 2020. Pinheiro – MA, 2023.....33
- Tabela 2.** Distribuição do perfil dos recém-nascidos segundo os partos prematuros e não prematuros no estado do Maranhão, 2011- 2020. Pinheiro – MA, 2023.37
- Tabela 3.** Distribuição da ocorrência e dos tipos de anomalias congênitas em RN's prematuros e não prematuros no estado do Maranhão, 2011-2020. Pinheiro-MA, 2023.....38

LISTA DE FIGURAS

- Figura 1.** Taxas de partos prematuros no estado do Maranhão no período de 2011 – 2020. Pinheiro – MA, 2023.32
- Figura 2.** Proporção de consultas pré-natal realizadas pelas mães de RN's prematuros e não prematuros no estado do Maranhão, 2011 – 2020, Pinheiro – MA, 2023. **Erro! Indicador não definido.**
- Figura 3.** Proporção dos tipos de partos ocorridos em mães de RN's prematuros e de RN's não prematuros no estado do Maranhão, 2011 – 2020. Pinheiro – MA, 2023.35
- Figura 4.** Proporção de partos prematuros e não prematuros segundo as Macrorregiões de Saúde do estado do Maranhão, 2011- 2020. Pinheiro – MA, 2023.....36

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	13
2	JUSTIFICATIVA	15
3	REFERENCIAL TEÓRICO	16
3.1	BREVE HISTÓRICO SOBRE A PREMATURIDADE.....	16
3.2	ASPECTOS EPIDEMIOLÓGICOS DO PARTO PREMATURO	18
3.3	FATORES DE RISCOS E COMPLICAÇÕES PARA A MÃE E PARA O RN.....	19
3.4	POLÍTICAS DE SAÚDE.....	23
3.5	ENFERMAGEM: ATRIBUIÇÕES	25
4	OBJETIVOS	28
4.1	OBJETIVO GERAL:	28
4.2	OBJETIVOS ESPECÍFICOS:.....	28
5	METODOLOGIA	29
5.1	TIPO DE ESTUDO	29
5.2	LOCAL E PERÍODO DE ESTUDO.....	29
5.3	POPULAÇÃO E AMOSTRA.....	29
5.4	COLETA E ANÁLISE DE DADOS.....	29
5.5	ASPECTOS ÉTICOS.....	30
6	RESULTADOS	32
7	DISCUSSÃO	40
8	CONSIDERAÇÕES FINAIS	50
	REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	522

1 INTRODUÇÃO

O parto prematuro é um importante problema obstétrico nos dias atuais, sendo responsável pela maioria dos casos de morbidade e mortalidade perinatal, ocasionando graves danos imediatos nos recém-nascidos, e sequelas tardias. Segundo dados colhidos pelo DATASUS, no ano de 2019 houve 314.348 mil partos prematuros, que ocorreram entre 22 e 36 semanas de gestação, em toda a Federação Brasileira. Essa incidência da prematuridade é variável, decorrente de fatores sociais, biológicos, étnicos, comportamentais, entre outros (BRAIL, 2019).

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), o parto prematuro é definido como o nascimento que ocorre entre 20 e 37 semanas. É um acontecimento que se relaciona com a morbidade neonatal e tem consequências adversas para a saúde em longo prazo, complicações na vida do recém-nascido prematuro, ocasionando altas taxas de mortalidade (BRASIL, 2019; AHUMADA-BARRIOS, 2016).

A prematuridade é um dos grandes problemas de saúde pública, por contribuir fortemente para a elevada taxa de morbimortalidade infantil. Possíveis fatores de risco que colaboram para sua ocorrência têm sido investigados, incluindo características demográficas e socioeconômicas, comportamentos inadequados relacionados à saúde, fatores emocionais, doenças durante a gravidez, gemelaridade, história obstétrica e principalmente cuidados pré-natais inadequados (LELIS et al., 2018).

A prematuridade é um dos principais preditores de mortalidade infantil, junto ao baixo peso ao nascer, é responsável pela maior proporção de morte neonatal. Ambos os critérios são considerados causas evitáveis de óbitos por meio do adequado acompanhamento de pré-natal e do acesso aos serviços de saúde (OLIVEIRA, 2015; LANSKY, 2014.).

Tendo em vista o exposto, mostrou-se relevante a necessidade deste estudo a fim de se conhecer as causas principais associadas a prematuridade, visto que esta tem relação direta com a morbidade materna e complicações fetais, e assim, colaborar para a prevenção/redução desses casos. As gestações de bebês prematuros estão ocorrendo em situações de vida desfavoráveis à saúde materno- infantil. Logo, conhecer o perfil dessas mães torna-se relevante para a assistência mãe-família-bebê com a detecção e a intervenção precoce de situações de risco que possam comprometer o bem-estar materno e fetal. Conhecer os fatores que colaboram para o aumento destes casos permite intervir em ações de prevenção de forma a contribuir com as necessidades dessa população.

Assim, tornou-se imprescindível a necessidade do desenvolvimento deste estudo a fim de investigar alguns questionamentos: Quais os fatores associados a ocorrência de partos prematuros no estado do Maranhão? Qual o perfil sociodemográfico e obstétrico das mães de recém-nascidos prematuros? Quais os parâmetros referentes aos RN's prematuros? Essa análise e compreensão desses resultados poderá contribuir para a melhoria da assistência prestada e para a redução dos índices de prematuridade e suas complicações para o RN e para a mãe.

1 JUSTIFICATIVA

Considerando o parto prematuro como fator de risco para a mortalidade neonatal, este estudo se justificou pelos elevados índices de prematuridade presentes no Estado e pela necessidade de se obter dados capazes de embasar políticas eficazes, contribuindo assim, na redução dos índices de partos prematuros e, conseqüentemente, dos óbitos infantis e, ainda produzir novos conhecimentos, que favoreçam uma análise mais detalhada das necessidades apresentadas e dos cuidados necessários para suprir essas demandas.

Desde sempre a chegada de um novo ser despertou corações e mentes, em diferentes culturas e gerações. A gestação e o nascimento em especial, sobretudo para a mulher, são acontecimentos únicos carregados de fortes emoções e sentimentos. Durante esses momentos é necessário que lhe assegurem um ambiente de cuidado e empatia por todos os envolvidos na sua assistência, desde o pré-natal até o parto, visto que a sua memória será indelevelmente marcada por essa experiência. (SANTOS et al., 2020).

Levando-se em consideração a realidade atual, com altos índices de partos prematuros, e dos possíveis riscos e complicações que podem ocorrer com o binômio mãe e RN, observados na literatura foi perceptível a necessidade de um cuidado maior e um olhar mais voltado as mulheres nesse momento gravídico-puerperal, vivenciado por muitas dúvidas e angústias, proporcionando as mesmas, um ambiente acolhedor, desde o pré-natal até o nascimento do seu filho. Aliado a estes cuidados, observou-se ainda a necessidade da promoção de educação em saúde, com ações que encorajem e orientem essas mulheres sobre a importância das consultas e do acompanhamento do pré-natal, para esclarecer suas dúvidas e assim, sentirem-se amparadas e seguras.

Este estudo contribuiu para identificar os Fatores associados a ocorrência de partos prematuros no estado do Maranhão, analisou o perfil sociodemográfico da mães de recém-nascidos prematuros e diante das dificuldades encontradas, possibilitou encontrar alternativas que reduzam os fatores associados a ocorrência de partos prematuros, assim como promover a educação em saúde, fortalecendo o vínculo gestante, família e profissional, almejando alcançar uma assistência qualificada, com orientações e direcionamentos necessários, capazes de atuarem na prevenção e no cuidado a fim de evitar complicações e riscos a mãe e ao RN prematuro.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 BREVE HISTÓRICO SOBRE A PREMATURIDADE

A gravidez compreende o desenrolar do ato da concepção, é um processo ao qual o corpo da mulher está preparado para receber em seu ciclo de vida, mas que gera alterações que afetam vários níveis, podendo ser físicas/fisiológicas e até mesmo psicossomáticas, a depender do grau de aceitação e conhecimento da mulher sobre a sua própria gestação. Neste momento, o corpo da mulher passa por adaptações que têm a intenção de facilitar o processo de acomodação do novo ser e conseqüentemente do parto. Esse momento compreende também mudanças na família da mulher (MENDES et al.,2020).

Algumas características que envolvem a gestação podem ser observadas para se acompanhar as fases gestacionais, após a fecundação (gerando o zigoto ou ovo) até a oitava semana as células dão origem ao embrião, e deste período em diante é chamado feto. A gravidez por sua vez é quantificada por semanas gestacionais, que compreendem em média 37 e no máximo 42, e na idade gestacional (IG) que pode ser calculada pela mulher para facilitar seu acompanhamento sobre seu ciclo gravídico. A contagem por meio de semanas apresenta maior precisão (COSTA,2017).

O Parto Pré-Termo (PPT) é uma complicação da gravidez associada a elevadas taxas de morbidade e mortalidade neonatal, a qual caracteriza-se pelo nascimento anterior a 37 semanas de gestação. Deste modo, o parto pré-termo é um dos principais fatores que levam uma gestação a ser considerada de alto risco (BRANDÃO et al., 2015). A presença de fatores que exercem efeitos diretos sobre a idade gestacional (IG), tais como sangramento, gestação múltipla, idade materna, variáveis socioeconômicas, dentre outros, estão relacionados com uma maior probabilidade de PPT (OLIVEIRA et al., 2019).

Segundo a Sociedade Brasileira de Pediatria, é considerado prematuro, o nascimento antes das 37 semanas gestacional, e o classifica segundo a idade gestacional, sendo pré-termo extremo, idade gestacional inferior a 28 semanas; muito pré-termo, de 28 semanas e zero dia a 31 semanas e seis dias; pré-termo moderado, 32 semanas e zero dia a 33 semanas e seis dias; pré-termo tardio, 34 semanas e zero dia a 36 semanas e seis dias (SBP, 2017).

A Organização Mundial da Saúde aponta que nascem em torno de 15 milhões de bebês prematuros por ano e os classifica segundo o peso ao nascer, sendo inferior a 2.500

gramas são considerados de baixo peso, com menos de 1.500 gramas muito baixo peso e aqueles com menos de 1000 gramas, de extremo baixo peso (WHO, 2017).

Baseando-se nesse cenário pandêmico que o novo vírus pode ocasionar, alguns grupos populacionais como idosos, pessoas com doenças crônicas ou imunossuprimidas, gestantes e puérperas (até o 14º dia de pós-parto), recém-nascidos e também profissionais de saúde foram colocados como grupo de risco, levando em consideração suas vulnerabilidades e por apresentarem maior risco de letalidade. No caso de gestantes e recém-nascidos, o olhar prioritário se dá devido às diversas mudanças fisiológicas de nível físico, mental e hormonal, fazendo com que esses sinais e sintomas sobreponham-se aos da covid, dificultando o diagnóstico. Já se tratando de nível imunológico, eles estão mais suscetíveis a infecções virais (BRASIL, 2020).

A gestação é um fenômeno fisiológico que envolve mudanças no corpo, sintomas do começo da gestação, desconforto, alterações hormonais e no metabolismo, e junto com a mãe, o feto possui o sistema imunológico imaturo, assim, correndo mais riscos de serem infectados e desenvolverem a forma grave da doença. A gestante está passando por uma fase sensível e cautelosa, sujeita a grandes infecções (MARQUARDT et al., 2020).

Devido às complicações causadas pelo COVID- 19, as gestantes podem evoluir para partos prematuros, ruptura prematura de membranas e abortos. Na pandemia da COVID-19, os resultados clínicos em grávidas foram piores do que em não grávidas (ALBUQUERQUE et al., 2020).

A gravidez faz com que a mulher fique vulnerável a quaisquer tipos de infecções, assim possibilitando que as gestantes fiquem mais propensas a agravamentos, classificando-as como grupo de risco da COVID- 19, de acordo com a OMS. As gestantes podem ser infectadas pelo SARS- COV- 2 em qualquer idade gestacional, de acordo com os estudos, a maioria das gestantes foi infectada na vigésima oitava semana de gestação e apresentaram sintomas leves (OMS, 2020).

O parto pré-termo pode gerar uma situação traumática, caracterizada pelos sentimentos de ansiedade e medo. Diante dos fatos, é de extrema importância o auxílio do profissional enfermeiro, agindo de maneira empática, acolhedora, estabelecendo uma escuta ativa e esclarecendo todas as dúvidas que possam vir a surgir (LIMA et al., 2019). Para que a realidade da prematuridade seja notificada, é necessário o preparo do sistema de saúde, atendendo todas as necessidades da gestante e uma maior capacitação dos

profissionais de saúde para um atendimento de maneira holística (POHLMANN et al., 2016).

2.2 ASPECTOS EPIDEMIOLÓGICOS DO PARTO PREMATURO

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), aproximadamente 15 milhões de crianças nascem prematuramente todos os anos no mundo, sendo a maior causa única de morte de recém-nascidos e a segunda principal causa de todas as mortes de crianças, depois da pneumonia. Muitos sobreviventes enfrentam incapacidades durante toda a vida, incluindo casos de paralisia cerebral, transtornos de desenvolvimento, dificuldades de aprendizagem e problemas visuais e auditivos (FERREIRA, 2020; HOWSON, 2012).

O Trabalho de Parto Prematuro (TPP) é uma importante intercorrência obstétrica que acomete 5 a 10% das gestações e, apesar de novos tratamentos e estratégias de prevenção, sua incidência não tem diminuído nos últimos anos. (MARTIN, 2005). O Brasil ocupa um dos mais altos índices de prematuridade no mundo, estando entre os 10 países com maior número de casos registrados. Cerca de 280 mil partos prematuros são realizados ao ano em solo brasileiro. Esse número é mais relevante ainda quando se sabe que mais de 70% dos bebês que nascem antes do período, morrem nos primeiros 28 dias de vida (PEREIRA, 2018).

No Brasil, nascem 3 milhões de crianças ao ano, das quais 200.000 apresentam IG abaixo de 37 semanas, sendo 35.000 com peso ao nascer inferior a 1.500g. (COSTA, 2015). No Brasil, a prematuridade figura como a principal causa de óbito em menores de 5 anos, apesar da queda de 72% observada entre 1990, quando era de 11,4/1.000 nascidos vivos (NV), e 2015, quando a taxa chegou a 3,2/1.000 NV. (FRANÇA, 2017). Em um estudo sobre a mortalidade no primeiro dia de vida, os nascidos vivos pré-termo estavam entre aqueles com maior risco de morrer e a prematuridade extrema < 28 semanas de idade gestacional foi a segunda principal causa de óbitos entre as 20 principais elencadas (TEIXEIRA, 2019).

Considerando esse contexto, em 2015, o Brasil, com mais 192 países-membro da Cúpula de Desenvolvimento Sustentável da Assembleia Geral das Nações Unidas (ONU), assumiu metas estabelecidas pelos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS) de reduzir, até 2030, a mortalidade neonatal para, no máximo, 5 por 1.000 nascidos vivos. Assim, aprofundar o conhecimento sobre a ocorrência de nascimentos prematuros no Brasil é um caminho a ser percorrido para alcançar as metas dos ODS.

2.3 FATORES DE RISCOS E COMPLICAÇÕES PARA A MÃE E PARA O RN

Miranda e colaboradores (2014), em revisão de literatura sobre os fatores de risco maternos associados a nascimentos pré-termo, mostraram que a gravidez na adolescência (10 a 19 anos) e a gravidez tardia (mãe acima de 35 anos) contribuem para a ocorrência de prematuridade. Além disso, o baixo peso, o sobrepeso, a infecção congênita, a gestação múltipla, a ruptura prematura de membranas e o histórico de partos prematuros anteriores são também fatores de risco para o nascimento pré-termo (PASSINI et al., 2014).

A prematuridade pode ser associada a diversos fatores, como idade materna inferior a 18 anos e superior a 40 anos, bacteriúria, baixo nível socioeconômico, corioamnionite, doenças crônicas, tabagismo, uso de drogas, entre outros (AHUMADABARRIOS, 2016).

Dentre os principais fatores de risco de morte neonatal, a prematuridade e o baixo peso ao nascer, destacam-se. A idade gestacional implica em diversos riscos, os quais podem, além dos agravos de saúde ao bebê, acarretar sequelas. Esse contexto, configura-se como um importante problema de saúde pública. A prematuridade traz inúmeros prejuízos psicossociais para as famílias que enfrentam os agravos de saúde ou à perda de seus bebês (GONZAGA et al., 2016; PESSOA et al., 2015).

Os bebês prematuros apresentam um desenvolvimento incompleto da capacidade dos órgãos e do sistema nervoso central. O baixo peso costuma ser uma característica importante no quadro. Imaturidade pulmonar presente em grande parte dos recém-nascidos prematuros é um fator de risco que normalmente demanda a utilização de UTI neonatais. Imaturidade do bebê prematuro para o ato da sucção dificulta o ganho de peso e a amamentação, sendo necessária a intervenção para garantir o suplemento nutricional, utiliza-se geralmente nasogástrica, e quando o bebê possui condições de sugar ocorre a lactação com auxílio de uma sonda de pequeno calibre junto ao seio materno. O sistema imunológico ainda frágil, torna o bebê prematuro mais suscetível a infecções, déficit que é agravado quando não é possível a ingestão do leite materno que é responsável por conferir a imunidade transmitida da mãe ao bebê através da amamentação (PESSOA et al, 2015).

O risco de morbidade em crianças que nasceram prematuras também é maior, devido ao incompleto desenvolvimento fetal e maior suscetibilidade às infecções, o que pode ocasionar incapacidades por toda a vida, como alterações neurológicas, sensoriais e pulmonares, além de dificuldades de aprendizado (HOWSON, 2012)

As Síndromes Hipertensivas representam uma das alterações que ocorre com maior frequência na gravidez, a intercorrência mais acomete a mulher no período gestacional, sua incidência varia de 2 a 8% das gestações nos países desenvolvidos, e no Brasil, podendo chegar a 10% ou mais. Esta síndrome é considerada a primeira causa de mortalidade materna no Brasil e a terceira causa no mundo, repercutindo ainda em alta taxa de morbimortalidade perinatal (AMORIM et al., 2017).

Os partos prematuros relacionam-se diretamente com a baixa escolaridade, uma vez que se pode considerar que, em geral, a baixa escolaridade está associada ao baixo padrão socioeconômico, fator que pode predispor a situações de risco para a mãe e o recém-nascido, além de dificultar o exercício de direitos e de cidadania. Favorece o início tardio e a ausência do pré-natal, alimentação inadequada e hábitos prejudiciais na gravidez (RAMOS, 2009).

O estado civil também pode ser um fator associado à prematuridade. A insegurança e a incerteza no relacionamento podem ser responsáveis pelo aumento do estresse materno, que pode levar ao nascimento prematuro. O pouco envolvimento e suporte do companheiro, durante a gravidez, também pode aumentar esse risco (MERKLINGER-GRUCHALA, 2019).

Mulheres com maior nível de instrução tendem a reconhecer melhor a importância dos cuidados e necessidades que uma gestação requer. O baixo nível socioeconômico tem sido relatado na literatura como um fator de risco importante para nascimentos prematuros, o que pode ser explicado pela associação com os outros fatores predisponentes para tal evento, tais como nutrição deficiente durante a gestação, o que pode ocasionar mau desenvolvimento fetal e baixo crescimento intrauterino. Isolado ou em conjunto, esses fatores aumentam as chances de um parto antecipado (ALMEIDA, 2012).

É crescente o número de estudos que buscam verificar a associação da poluição ambiental com os efeitos adversos na gravidez (KLEPAC et al., 2018; ESLOVAC, 2017). A exposição a poluentes atmosféricos durante toda a gravidez, foi significativamente associada a um maior risco de nascimento prematuro (KLEPAC et al., 2018). Gestantes expostas a poluição do ar, durante o primeiro trimestre de gravidez, têm maior probabilidade de ter filho prematuro (ESLOVAC, 2017). No entanto, os resultados dos estudos que analisam essa associação ainda são conflitantes devido à heterogeneidade entre eles. (STIEB et al., 2012).

A gravidez na adolescência ou quando as mulheres engravidam antes dos 19 anos, requer atenção especial para possíveis implicações nocivas à saúde materna e fetal. Os riscos para o concepto são: baixo peso ao nascer, deficiências de micronutrientes e restrição do crescimento intrauterino, levando o desenvolvimento de alterações na evolução dessa gestação e podendo resultar em um parto prematuro. Em síntese é necessário um cuidado diferenciado devido às características anatomofisiológicas dos RN's prematuros quando comparadas aos RN's a termo. Pois, os nascidos pré-termo têm risco aumentado de agravos de saúde em consequência do incompleto desenvolvimento fetal e de sua maior suscetibilidade às infecções (GUIMARÃES et al., 2017).

Nas mulheres com gestação tardia tem sido evidenciados maior número de abortamento espontâneos e induzidos, maior risco para mortalidade perinatal, baixo peso ao nascer, parto pré-termo e fetos pequenos para a idade gestacional. As gestações de mulheres de idade materna avançada também são consideradas de alto risco em decorrência, principalmente, da incidência crescente de síndromes hipertensivas, ruptura prematura das membranas, presença de diabetes. Além disso, maior chance do Índice de Apgar no quinto minuto ser menor que sete, sendo possível destacar ocorrência de anomalias cromossômicas, macrossomias, baixo peso ao nascer e baixa vitalidade do neonato. Logo, pode-se dizer que um escore menor que 7 é um sinal de alerta para atenção maior. (SILVA et al., 2020).

Na fisiopatologia do trabalho de parto prematuro, podem estar envolvidos quatro mecanismos, são eles: distensão uterina, estresse materno-fetal, alterações prematuras do colo uterino, e infecção (CUNNINGHAM, 2016).

Acometendo cerca de 10% das gestações e sendo responsável por 75% dos nascimentos antes da 37ª semana de gestação. Sua incidência tem se mantido nas últimas décadas, apesar das intervenções obstétricas. O TPP é classificado segundo sua evolução clínica, em eletivo e espontâneo. O primeiro ocorre, em sua maioria, por complicações maternas; e o segundo tende a ser multifatorial, além de incluir causas desconhecidas (AMORIM et al., 2017).

Adequadas intervenções no pré-natal colaboram para redução das complicações causadas pelo TPP. A assistência pré-natal tem importância fundamental no rastreamento e diagnóstico das pacientes que podem desenvolver o TPP para que haja possibilidade de se tomar medidas que tentem impedi-lo ou que, ao menos garantam sobrevivência do concepto com a menor morbidade possível. Inicialmente, a anamnese realizada na primeira consulta

deverá identificar os fatores de risco e agrupar as pacientes em duas categorias: as pacientes com alto risco e as de baixo risco (AMORIM et al., 2017).

Toda mulher que está em período gestacional, necessita e tem direitos a uma assistência pré-natal de qualidade, importante tanto para a saúde materna quanto para a saúde do feto. Essa assistência de qualidade é diferenciada, de acordo com o risco gestacional, promove uma melhoria na saúde de ambos e mostra-se como uma prevenção para possíveis agravos. Um destes que tem grande relevância para que a gestação saudável não se torne de alto risco, é o Trabalho de Parto Prematuro (TPP), que pode desencadear inúmeras complicações (AMORIM et al., 2017).

Diante do surgimento de algumas complicações ao longo da gestação, alguns cuidados e algumas medidas precisam ser tomados, a depender do número de semanas gestacionais. Diante do surgimento de sinais e sintomas que podem contribuir para o possível início do trabalho de parto prematuro, serão realizadas algumas condutas na tentativa de retardar esse processo.

Dando seguimento ao tratamento é iniciado conforme orientação e prescrição médica, medicações para inibir o trabalho de parto prematuro. O processo de inibição dessas contrações é chamado de tocólise. O conceito tocólise aguda é a necessidade de parar ou reduzir as contrações uterinas quando existe o diagnóstico de TPP, já a tocólise de manutenção é a terapia administrada quando as contrações já pararam e há a necessidade de manter o útero em estado de relaxamento (PADOVANI, 2012).

Em alguns casos a tocólise é utilizada para retardar o parto entre 48 e 72 horas, enquanto são administrados corticoides para a maturidade dos pulmões do feto. Conforme a necessidade e indicação médica outros medicamentos para outros fins podem ser administrados tais como anti-hipertensivos, analgésicos, antieméticos e vitaminas (NASCIMENTO, 2017).

Mostra-se como prematura, ou pré-termo, a criança que nasce com menos de 37 semanas de gestação. As crianças nascidas pré-termo apresentam um risco maior de adoecimento e morrer em decorrência do incompleto desenvolvimento fetal e por apresentar-se mais susceptível às infecções, sendo estas agravadas pela manipulação e pelo prolongado período de permanência nas unidades neonatais. Muitas das crianças pré-termo evoluem com sequelas oftalmológicas, neurológicas ou pulmonares. Esse fato deve ser aprofundado e investigado levando em consideração os fatores que os determinam, com o objetivo de interferir na redução da mortalidade infantil (GUIMARÃES et al., 2017).

2.4 POLÍTICAS DE SAÚDE

O conceito de saúde mais difundido na atualidade foi definido pela Organização Mundial de Saúde como sendo o estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não simplesmente a ausência de doença ou enfermidade. No cenário internacional, a saúde como direito foi conquistada desde a década de 1960; no Brasil, entretanto, essa conquista só ocorreu com a promulgação da Constituição Federal de 1988 (BRASIL, 1996).

A Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990 (BRASIL, 1990) regulamentou a garantia constitucional do direito à saúde e dispõe, em seu artigo 2º, que a saúde é um direito fundamental do ser humano, devendo o Estado prover condições indispensáveis para seu pleno exercício. Ressalta-se que ao estabelecer a saúde como direito do cidadão e dever do Estado, este se obriga a formular e realizar políticas com o objetivo de manter a saúde do indivíduo tanto na prevenção quanto na recuperação, com vistas à garantia de que as demandas da população sejam atendidas de modo a contemplar o atendimento de suas necessidades.

O ano de 2004 foi um marco na conquista de direitos para as mulheres. Referente às políticas sociais, destaca-se o Plano Nacional de Políticas para as Mulheres, o qual tem como uma de suas prioridades:

Promover a atenção obstétrica, qualificadas e humanizadas, inclusive a assistência ao abortamento em condições inseguras, para mulheres e adolescentes, visando reduzir a mortalidade materna, especialmente entre mulheres negras (BRASIL, 2004, p. 63).

Ainda em 2004, o Estado instituiu a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM), que propôs uma nova concepção a respeito da atenção à saúde para a população feminina, em que:

A elaboração, a execução e a avaliação das políticas de saúde da mulher deverão nortear-se pela perspectiva de gênero, de raça e de etnia, e pela ampliação do enfoque, rompendo as fronteiras da saúde sexual e da saúde reprodutiva, para alcançar todos os aspectos da saúde da mulher. (BRASIL, 2004, p. 63).

Estudo demonstrou que os aspectos sociodemográficos estão relacionados à raça/cor, além disto, a Razão de Mortalidade Materna (RMM) é duas vezes e meia maior em mulheres pretas do que em brancas no Brasil. Tal desigualdade é originada por diversos fatores, entre eles, estruturas de serviço (recursos humanos e materiais), estratégias de cuidados insuficientes, acessibilidade geográfica, falta de adesão e informações (LEAL et al, 2017).

A saúde das mulheres negras sob o prisma étnico-racial permite compreender que o racismo se torna um determinante social e pode intervir diretamente no processo saúde-doença. As formas como as relações raciais estão conformadas no Brasil tornam a população negra mais vulnerável e tendem a dificultar seu acesso aos serviços de saúde, resultando que puérperas de cor preta possuíam maior risco de terem um pré-natal inadequado, falta de vinculação à maternidade, ausência de acompanhante e peregrinação para o parto (THEOPHILO et al., 2017).

A Política de Atenção Integral à Saúde da População Negra, implantada pelo MS permitiu a utilização de raça/cor nos sistemas de informação em saúde, melhor entendimento da influência de tal quesito, além de riscos físicos, biológicos e geneticamente determinados que envolvam a situação de saúde influenciada pelas condições de vida desta população, bem como a dificuldade de acesso e assistência à saúde adequada. Existem diferenças no acesso, atendimento e nos desfechos da condição de saúde devido à raça/cor (PACHECO et al., 2018).

Como respostas às demandas a população negra em relação à saúde, o Estado brasileiro, em parceria com o movimento negro, elaborou a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (PNSIPN), aprovada pelo Conselho Nacional de Saúde em 2007. A PNSIPN foi um marco na ampliação dos direitos desse segmento social e dispõe, em suas estratégias de gestão, sobre o “estabelecimento de metas específicas para a melhoria dos indicadores de saúde da população negra, com especial atenção para as populações quilombolas” (BRASIL, 2007, p. 41).

A PNSIPN tem como objetivo geral: “promover a saúde integral da população negra, priorizando a redução das desigualdades étnico-raciais, o combate ao racismo e à discriminação nas instituições e serviços do SUS” (BRASIL, 2007, p.19). Reconhece ainda a necessidade da execução de ações em todos os níveis do sistema para atendimento de todas as demandas da população negra, para tanto, reafirma o princípio da Integralidade do SUS, conforme a Lei 8.080/1990.

Os dados socioeconômicos disponíveis já indicam que a maioria das negras encontra-se abaixo da linha da pobreza, exibindo a seguinte situação: taxa de analfabetismo é o dobro das brancas; são majoritariamente chefes de família, sem conjuge e com filhos; por razões sociais ou de discriminação, as mulheres negras têm menos acesso aos serviços de saúde de boa qualidade, à atenção ginecológica e à assistência obstétrica, seja no pré-natal, parto ou puerpério, e maior risco que as brancas de contrair e de morrer mais cedo de determinadas doenças.(BRASIL, 2005, p. 7).

Em relação a anemia falciforme, o MS através da publicação intitulada “Perspectiva da equidade no pacto nacional pela redução da mortalidade materna e neonatal: atenção à saúde das mulheres negras”, afirma que:

mulheres portadoras de anemia falciforme apresentam maior risco de abortamento e complicações durante o parto (natimorto, prematuridade, toxemia grave, placenta prévia e deslocamento prematuro de placenta, entre outros). Como esta doença é mais prevalente entre as negras, elas estão expostas a um maior risco durante a gravidez e, portanto, necessitam de um acompanhamento mais intensivo (BRASIL, 2005, p.12).

2.5 ENFERMAGEM: ATRIBUIÇÕES

Minimizar as vulnerabilidades por meio da organização da rede assistencial, utilização das normatizações e recomendações do Ministério da Saúde e das evidências científicas atuais pode contribuir para o controle de fatores de risco e desvantagens maternas que predizem o pré-natal inadequado. Parte dos nascimentos prematuros poderia ser prevenido com pré-natal de qualidade e observação rigorosa dos critérios preconizados pelo MS e programas nacionais e estaduais (MELO, 2015).

No contexto da Estratégia da Saúde da Família, compreende-se que o enfermeiro como parte integrante da equipe multiprofissional possui atribuições e responsabilidades com relação à saúde da criança e a sua família, e vem utilizando a consulta de enfermagem

como um instrumento fundamental para sua atuação junto a esse grupo populacional (GAÍVA et al., 2019).

A Organização Mundial de Saúde preconiza que a atenção pré-natal deve ser contínua e incluir a prevenção, o diagnóstico, tratamento de doenças, assim como, informações em saúde e outros aspectos relativos ao suporte social, cultural e psicológico da gestante. O acompanhamento da mulher no ciclo gravídico-puerperal deve ser iniciado o mais precocemente possível, sendo recomendado oferecer, no mínimo, de seis a oito consultas (BRASIL, 2002; GONZAGA et al., 2016; LEAL et al., 2018; WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2016).

O enfermeiro que atua em uma ESF tem que exercer um papel humanizado junto às gestantes, porque é na primeira consulta que começa o contato entre o enfermeiro e a gestante, formando um vínculo de confiança. Um pré-natal de qualidade é o principal caminho para detectar os possíveis fatores de risco além de evitar agravos e intercorrências (REZENDE, 2017).

Dessa forma, implementar a SAE é adotar a enfermagem científica capaz de direcionar o cuidado às principais necessidades do paciente, esteja este com quadro clínico crítico ou estável (MARINELLI, 2016). Nessa perspectiva, a implementação da SAE a uma paciente em TPP é de suma importância, visto que esta intercorrência é uma das principais complicações gestacionais que causa a mortalidade em recém-nascidos.

O enfermeiro está habilitado a identificar um quadro de TPP, à medida que é capaz de reconhecer que a presença de contrações uterinas dolorosas (1-2/10 minutos), presença de dilatação cervical igual ou acima de 2 cm, apagamento cervical de 80% ou mais e idade gestacional maior ou igual a 20 semanas e menor que 37 semanas, fundamentam-se como sinais clínicos dessa complicação gestacional (BITTAR, 2005; OLIVEIRA 2019).

O cuidado de enfermagem é fundamental, visto que a prematuridade pode desencadear problemas à criança, especialmente no período neonatal e lactente, assim como a longo prazo. Dentre os problemas estão os relacionados à saúde física, em função do lento desenvolvimento cognitivo, pode apresentar dificuldade em manter interações sociais. Assim, a enfermagem além de prevenir e tratar tais consequências da prematuridade, por atuar como principal mediador do cuidado no alívio e inibição dos sintomas apresentados pela criança, pode também apresentar importante papel de educador, principalmente relacionado ao preparo da família para receber a criança prematura (MELLO et al., 2019).

O enfermeiro nesse cenário passou a exercer uma função ainda mais importante no período da pandemia, pois além de suas obrigações recorrentes, teve de se adaptar a novos protocolos de proteção, atendimento, higienização, e assim, compreender o período atual e a vulnerabilidade dos pacientes, sobretudo as gestantes que apresentavam um risco de início de parto prematuro como uma das principais consequências do Covid-19 (AMORIM et al., 2020).

Diante do exposto, vale ressaltar a importância de um atendimento integral dos enfermeiros face às gestantes, inclusive no âmbito preventivo, pois deve-se prevenir, tomando os devidos cuidados, para manter-se segura durante a gestação no decorrer da pandemia. Há inúmeras preocupações acerca da assistência prestada, pois muitas gestantes dependem dos serviços públicos de saúde, principalmente no terceiro trimestre, um período que necessita de maiores cuidados e de consultas pré-natal (JESUS et al., 2020).

3 OBJETIVOS

3.1 OBJETIVO GERAL:

- Identificar os fatores associados a ocorrência de partos prematuros no estado do Maranhão.

3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

- Verificar os dados sociodemográficos e obstétricos das mães de recém-nascidos prematuros;
- Identificar parâmetros relativos ao sexo, peso ao nascer, anomalias congênitas e Apgar no 1º e 5º minutos referentes aos RN's prematuros.

4 METODOLOGIA

4.1 TIPO DE ESTUDO

Trata-se de um estudo descritivo, ecológico e quantitativo. Os estudos descritivos são aqueles que originam as questões científicas que fornecem índices para a formulação de hipóteses epidemiológicas consistentes com o conhecimento existente sobre a ocorrência das doenças. Já o estudo ecológico é útil para gerar hipóteses, e as unidades de análise são grupos de pessoas ao invés de indivíduo (BONITA, 2016). No que diz respeito ao estudo quantitativo, é a forma de pesquisa que age sobre um problema humano ou social, é embasada no teste de uma Teoria e desenvolvida por variáveis quantificadas em números, as quais são analisadas de modo estatístico (KNECHTEL, 2014).

4.2 LOCAL E PERÍODO DE ESTUDO

O estudo realizou-se por meio de uma ferramenta tecnológica de acesso e domínio público, o Departamento de Informação e Informática do SUS (DATASUS), possibilitando a obtenção de dados/informações epidemiológicas do estado do Maranhão no período de 2011 a 2020.

O DATASUS insere-se nas tecnologias da Saúde como um sistema organizacional e de informação. Além do mais, o uso dessa ferramenta tem auxiliado as Secretarias Estaduais e Municipais de Educação e de Saúde na obtenção de informações sobre a saúde da comunidade escolar e da população em geral.

4.3 POPULAÇÃO E AMOSTRA

A população desta pesquisa constituiu-se por todas as mulheres que tiveram partos prematuros, no período de 2011 a 2020, disponíveis no banco de dados DATASUS, contendo informações relativas a todo o estado do Maranhão.

Entretanto, foram excluídas as mulheres que tiveram a variável parto prematuro ignorado ou deixado em branco.

4.4 COLETA E ANÁLISE DE DADOS

A coleta foi realizada a partir do banco de dados disponível no Departamento de Informação e Informática do SUS (DATASUS), com partos prematuros ocorridos no

período de 2011 a 2020 no Maranhão. Esses dados são coletados a partir do nascimento quando se preenche a Declaração de Nascidos Vivos (DNV), as informações nelas preenchidas serão utilizadas pela Secretaria de Saúde do município que as transfere para o Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos, o SINASC.

Com essas informações no SINASC, os dados são repassados para a Secretaria de Saúde do Estado, que, posteriormente envia ao Ministério da Saúde, que, ao receber os dados dos Estados os divulga no DATASUS.

Para a análise dos dados, que consiste na caracterização das mães e dos recém-nascidos, de acordo com o parto prematuro, verificaram-se informações sociodemográficas das mães (idade, escolaridade, raça, ocupação habitual, situação conjugal, município de residência da mulher e município de ocorrência do parto) , dados referentes ao perfil obstétrico das mesmas(número de gestações, número de partos vaginais, número de cesarianas, número de Nascidos Vivos, número de aborto, número de consultas pré-natal, mês que iniciou as consultas, tipo de gravidez, apresentação fetal, trabalho de parto induzido, realização de cesárea antes do trabalho de parto iniciar, profissional que assistiu o nascimento) e informações acerca do recém-nascido (sexo, peso ao nascer, índice de Apgar no 1º e 5º minutos e detecção de algumas anomalias congênitas).

Posteriormente, os dados foram organizados em tabelas e gráficos e analisados através da frequência absoluta e relativa, sendo discutidas à luz da literatura pertinente.

4.5 ASPECTOS ÉTICOS

A coleta de dados seguiu todos os princípios da bioética, porém não houve necessidade de passar pelo comitê de ética, tendo em vista que as informações foram coletadas no sistema de domínio público, o DATASUS. Tornando-se assim, desnecessário o envio ao Comitê.

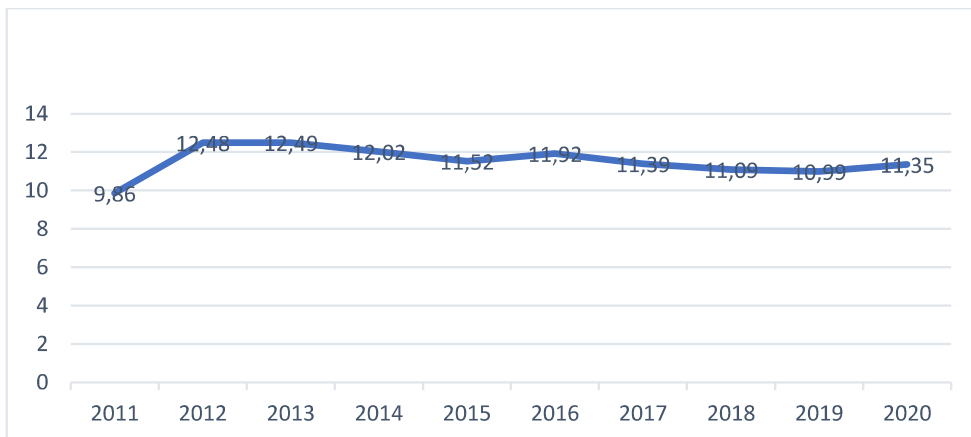
5 RESULTADOS

Inicialmente, apresentaram-se os dados relativos às taxas de partos prematuros ocorridos no estado do Maranhão no período de 2011 a 2020. Para o cálculo dessa taxa, utilizou-se o número total de partos prematuros realizados no estado, dividindo-se pelo número total de partos de nascidos vivos, independentemente do número de semanas gestacionais, multiplicando-se, finalmente, por 100. Verificou-se, durante o período em análise, a ocorrência de 1.075.107 partos notificados através da Declaração de Nascidos Vivos (DNV), sendo 11,5% (n = 123.602) identificados como partos prematuros e 81,9% (n = 879.799) como partos não prematuros. Além disso, identificou-se que 6,6 % (n = 71.706) dos partos que tiveram o item referente à identificação do número de semanas gestacionais ignorado na DNV, sendo, portanto, desconsiderados para este estudo.

Desse modo, de acordo com a Figura 1, percebeu-se uma tendência alternada das taxas de partos prematuros durante toda a série histórica. Observou-se que o ano 2011, apresentou o seu menor índice de partos prematuros, identificando-se a ocorrência de 9,86 partos prematuros no estado do Maranhão a cada 100 nascidos vivos (NV).

Já o período identificado com a maior taxa de partos prematuros foi o ano de 2013, sendo verificado a ocorrência de 12,49 partos prematuros a cada 100 NV. Notou-se que, no ano de 2020, houve uma inversão da predominância de partos prematuros, pois durante os anos anteriores os partos prematuros apresentavam uma tendência descendente, enquanto, em 2020, ocorreu uma ascendência dos nascimentos de prematuros notificados no estado do Maranhão.

Figura 1. Taxas de partos prematuros no estado do Maranhão no período de 2011 – 2020. Pinheiro – MA, 2023.



Fonte: Elaborado pelo próprio autor (2023).

Quanto às informações apresentadas na Tabela 1, referem-se ao perfil sociodemográfico das mães dos RN's prematuros e não prematuros, no período em análise. Foram apresentados os dados relativos à idade, escolaridade e estado civil.

Verificou-se, na análise desses dados, que existiu uma predominância de mães de RN's com faixa etária entre 20- 39 anos em ambos os tipos de partos, com percentuais equivalentes a 68,35% (n= 84.485) das mães de recém-nascidos prematuros e 74,58% (n= 709.595) das mães de recém-nascidos não prematuros.

Foi possível ainda observar que, através da avaliação da frequência relativa da variável faixa etária, as mães de RN's prematuros e não prematuros que possuíam idade superior a 40 anos, apresentaram um percentual aproximado, respectivamente de, 1,98% (n= 2.449) e 1,51% (n= 14.373). Além disso, verificou-se predominância inversa quando avaliadas as mães com faixa etária inferior a 20 anos, observando-se que 29,67% (n= 36.668) das mães de RN's prematuros encontravam-se nesse intervalo de idade, enquanto apenas 23,91% (n= 227.537) das mães de RN's não prematuros possuíam essa faixa etária.

Quanto à escolaridade, analisando as mães de RN's prematuros, notou-se um percentual acentuado de mulheres com escolaridade inferior a oito anos de estudo, equivalendo a 33,01% (n= 40.807) dos casos. Entretanto, quando avaliadas as mães de RN's não prematuros, verificou-se uma prevalência contrária, com 69,45% (n= 660.770) de mulheres que possuíam escolaridade superior a oito anos de estudo.

Em relação ao estado civil, idêntico-se que, embora em ambos os partos (prematuros e não prematuros) existisse uma predominância de mães solteiras, esse percentual foi mais significativo nas mães de RN's não prematuros. Observou-se que, um total de 48,11% (n= 457.823) das mães de RN's não prematuros foram classificadas como solteiras e 19,38% (n= 184.382) identificadas como casadas. Já em relação às mães de RN's prematuros, notou-se um percentual inferior de mães solteiras e das identificadas como casadas, quando comparados com os dados das mães de RN's não prematuros, equivalendo a 47,55% (n= 58.776) solteiras e 15,99% (n= 19.762) casadas.

Tabela 1. Distribuição do perfil Sociodemográfico das mães dos RN's Prematuros e das mães dos RN's Não Prematuros no estado do Maranhão, 2011 – 2020. Pinheiro – MA, 2023.

Variáveis	Mães de RN's Prematuros		Mães de RN's Não Prematuros	
	Nº	%	Nº	%
IDADE (Anos)				
10 - 19	36.668	29,67	227.537	23,91
20 - 39	84.485	68,35	709.595	74,58

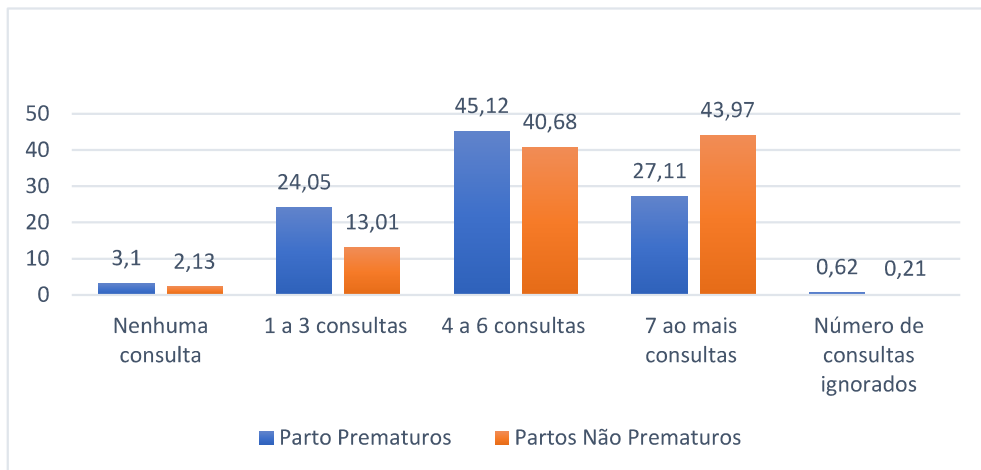
40 - 69	2.449	1, 98	14.373	1,51
ESCOLARIDADE				
Nenhuma	1.976	1,60	12.464	1,31
1 a 3 anos	6.666	5,39	43.415	4,56
4 a 7 anos	32.165	26,02	220.916	23,22
8 a 11 anos	70.410	56,97	572.207	60,14
12 anos ou mais	10.395	8,41	88.563	9,31
Ignorado	1.990	1,61	13.940	1,46
ESTADO CIVIL				
Solteira	58.776	47,55	457.823	48,11
Casada	19.762	15,99	184.382	19,38
Viúva	186	0,15	1.523	0, 16
Separada judicialmente	431	0,35	3.454	0,36
União consensual	42.505	34,39	291.410	30,63
Ignorado	1.942	1,57	12.913	1,36
TOTAL				
	123.602		951.505	

Fonte: Elaborado pelo próprio autor (2023).

Acerca do número de consultas pré-natal realizadas pelas mães de RN's prematuros e de RN's não prematuros, analisou-se a proporção de todo o período em estudo. Identificou-se que, a grande maioria das mães de RN's não prematuros realizou sete ou mais consultas de pré-natal, equivalendo a 43, 97% (n=418.371) dos casos, conforme Figura 2.

Por outro lado, quando analisados os dados relacionados ao número de consultas pré-natal das mães de RN's prematuros, verificou-se uma predominância de realização de apenas quatro a seis consultas, com percentual de 45,12% (n= 55.768) dos casos, bem como um número considerável de mães de RN's prematuros que realizaram entre 1 a 3 consultas, com 24,05% (n= 29.729) dos casos.

Figura 2. Proporção de consultas pré-natal realizadas por mães de RNs prematuros e não prematuros no estado do Maranhão. 2011 – 2022. Pinheiro – MA, 2022.



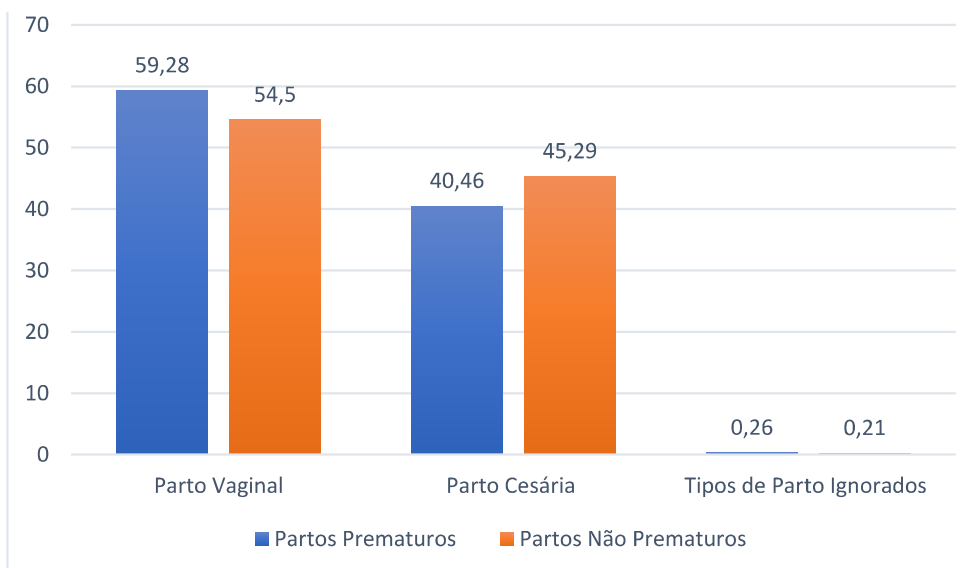
Fonte: Elaborado pelo próprio autor (2023).

Em relação a Figura 3, referente a proporção dos tipos de partos ocorridos em mães de RN's prematuros e RN's não prematuros, foram identificadas diferenças consideráveis das vias de parturição, observando-se em ambos os casos, prematuros e não prematuros, uma prevalência de maior número de partos por via vaginal.

Dessa forma, verificou-se que 59,28% (n= 73.266) dos partos ocorridos por via vaginal no período em análise, foram de mães de RN's prematuros. E com um resultado inferior, observou-se que, 40,46% (n= 50.016) dos partos cesarianas, foram de mães de RN's prematuros.

Além disso, foi identificado um percentual de 54,5% (n= 518.528) de partos ocorridos por via vaginal no período em análise, em mães de RN's não prematuros, bem como 45,29% (n= 430.963) dos partos cesarianas também nesse período.

Figura 3. Proporção dos tipos de partos ocorridos em mães de RN's prematuros e de RN's não prematuros no estado do Maranhão, 2011 – 2020. Pinheiro – MA, 2023.

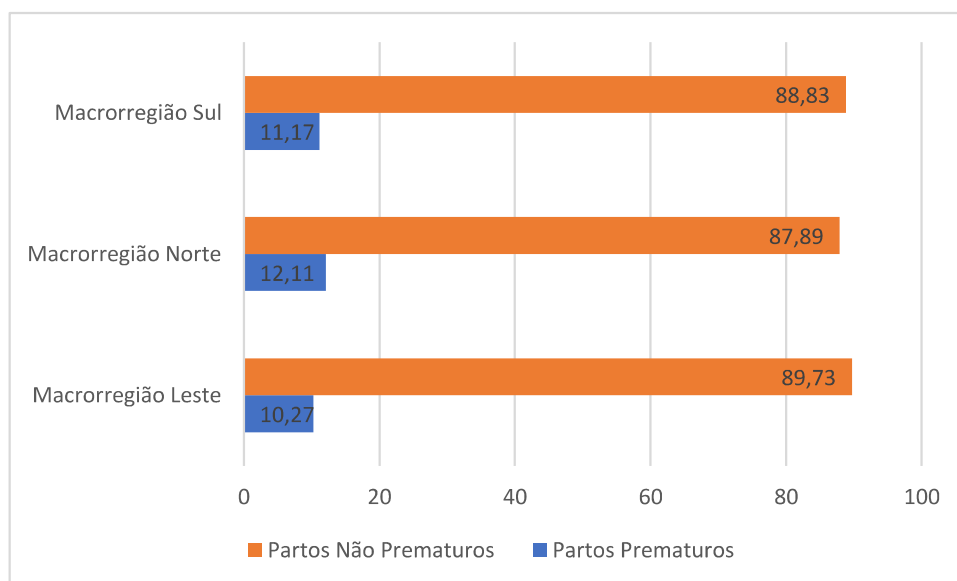


Fonte: Elaborado pelo próprio autor (2023).

De acordo com a Figura 4, referente a proporção de partos prematuros e não prematuros segundo as Macrorregiões de Saúde do estado do Maranhão, observou-se um percentual com pequenas diferenças entre as mesmas. Porém, vale destacar que, a Macrorregião Norte apresentou os maiores índices de partos prematuros, 12,11% (n= 73.749). Segundo a análise feita, os maiores índices foram encontrados, respectivamente, em: Viana, com 15,58% (n= 5.818) dos casos de partos prematuros; Pinheiro, com 12,98% (n= 7.115) e São Luís, com 12,73% (n=26.661) dos casos. Já os menores índices de partos prematuros foram encontrados na Macrorregião Centro Maranhense, com 9,78% (n= 15.186) dos casos, tendo Pedreiras, 9,8% (n= 3.306) e Presidente Dutra, 9,25% (n= 4.001), com os menores índices. Além de Santa Inês (Macrorregião Oeste), com 9,56% (n= 5.996) e São João dos Patos (Macrorregião Leste), com 8,97% (n= 3.373), o menor percentual de prematuridade, do estudo analisado.

Além disso, referente ao local de ocorrência (hospital, outro estabelecimento de saúde, domicílio, aldeia indígena, e outro) do processo de parturição, percebeu-se uma maior prevalência de partos nos hospitais, seguidos, respectivamente de 95,72% (n= 118.310) dos prematuros e 96,93% (n= 922.256) dos não prematuros. Entretanto, ao analisar os percentuais do local de ocorrência do parto, notou-se uma predominância significativa de ocorrência dos partos em domicílio, verificando-se 3,02% (n= 3.725) de prematuros e 1,76% (16.751) de não prematuros.

Figura 4. Proporção de partos prematuros e não prematuros segundo as Macrorregiões de Saúde do estado do Maranhão, 2011- 2020. Pinheiro – MA, 2023.



Fonte: Elaborado pelo próprio autor (2023).

Analisando-se a Tabela 2, que apresenta dados relativos ao perfil de adaptação e vida extrauterina e dados antropométricos dos recém-nascidos no estado do Maranhão, no período em análise, observou-se uma semelhança nos resultados obtidos em ambos os partos, de prematuros e não prematuros.

Em relação ao Apgar do 1º minuto, identificou-se que, tanto nos RN's prematuros quanto nos RN's não prematuros, houve uma maior predominância da classificação desse índice entre 8 a 10, equivalendo a 67,73% (n= 83.721) e 77,12% (n= 733.776) dos casos, respectivamente. Dessa forma, verifica-se uma boa adaptação à vida extrauterina pelo RN, independente de prematuros ou não prematuros. Porém, quando avaliados os índices entre 0 a 7, do Apgar no 1º minuto, verificou-se um percentual mais acentuado entre os RN's prematuros, com 21,82% (n= 26.966) enquanto que nos RN's não prematuros, esse percentual foi somente de 13,19% (n= 125.492).

Quanto ao Apgar do 5º minuto, identificou-se resultados semelhantes com percentual ainda maior para a classificação desse índice entre 8 a 10, tanto em RN's prematuros quanto em RN's não prematuros. Identificou-se que em RN's prematuros esse índice foi de 81,6% (n= 100.861) e em RN's não prematuros foi de 87,8% (n= 835.460), representando, da mesma forma, uma adaptação satisfatória a vida extrauterina. Porém, assim como no 1º minuto, no 5º minuto também verificou-se um percentual mais acentuado quando avaliados os índices entre 0 a 7; entre RN's prematuros, foi de 7,4% (n= 9.145) enquanto que nos RN's não prematuros, esse percentual foi apenas de 2,19% (n= 20.750).

Acerca do peso ao nascer, os dados obtidos foram os seguintes: em RN's que nasceram com peso inferior a 500g a 2999g, o percentual foi mais elevado em RN's prematuros, com 57,9% (n= 71.560) enquanto nos RN's não prematuros esse percentual foi somente de 23,45% (n= 223.134). Já em relação aos que nasceram com peso de 3000g ou mais, notou-se uma maior prevalência em RN's não prematuros, com um percentual de 76,47% (n= 727.567) e um percentual inferior em RN's prematuros, 41,94% (n= 51.842).

Tabela 2. Distribuição do perfil dos recém-nascidos segundo os partos prematuros e não prematuros no estado do Maranhão, 2011- 2020. Pinheiro – MA, 2023.

Variáveis	Partos Prematuros		Partos Não Prematuros	
	Nº	%	Nº	%
Apgar 1º minuto				
0 a 2	2.928	2,37	4.604	0,48
3 a 5	7.336	5,94	24.133	2,54
6 a 7	16.702	13,51	96,755	10,17

8 a 10	83.721	67,73	733,776	77,12
Ignorado	12.915	10,45	92.237	9,69
Apgar 5º minuto				
0 a 2	1.334	1,08	2.070	0,22
3 a 5	1.782	1,44	3.404	0,36
6 a 7	6.029	4,88	15.276	1,61
8 a 10	100.861	81,60	835.460	87,80
Ignorado	13.596	11,00	95.295	10,01
Peso ao Nascer				
Menos de 500g	788	0,64	1.494	0,16
500 a 999g	3.026	2,45	368	0,04
1000 a 1499g	5.297	4,28	839	0,09
1500 a 2499g	29.922	24,21	35.820	3,76
2500 a 2.999g	32.527	26,32	184.613	19,40
3000 a 3999g	48.303	39,08	655.535	68,90
4000g e mais	3.539	2,86	72.032	7,57
Ignorado	200	0,16	804	0,08
TOTAL	123.602		951.505	

Fonte: Elaborado pelo próprio autor (2023).

Segundo a Tabela 3, que versa sobre a ocorrência e os tipos de anomalias congênitas em RN's prematuros e não prematuros, observou-se um maior percentual de RN's que não apresentaram anomalias congênitas, sendo 95,53% (n= 118.078) prematuros e 97,7% (n= 929.552) de não prematuros. Entretanto, notou-se que, dos RN's que apresentaram anomalias congênitas, houve um percentual mais frequente em RN's prematuros, com 1,04% (n= 1284), já em RN's não prematuros, houve uma menor ocorrência, 0,37% (n= 3.555) dos casos.

Tabela 3. Distribuição da ocorrência e dos tipos de anomalias congênitas em RN's prematuros e não prematuros no estado do Maranhão, 2011-2020. Pinheiro-MA, 2023.

Variáveis	RN's Prematuros		RN's não Prematuros	
	Nº	%	Nº	%
Anomalia congênita				
Sim	1.284	2,04	3.555	0,37
Não	118.078	95,53	929.552	97,70
Ignorado	4.240	3,43	18.398	1,93
Tipo de anomalia congênita				
Espinha bífida	44	0,04	112	0,01
Outras malformações congênitas	260	0,21	560	0,06
Malformações congênitas do aparelho	54	0,04	129	0,01
Fenda labial e fenda palatina	69	0,06	268	0,03

Ausência atresia e estenose do intestino	4	-	4	-
Outras malformações congênitas aparelho	64	0,05	193	0,02
Testículo não-descido	1	-	12	-
Outras malformações do aparelho ge	106	0,09	210	0,02
Deformidades congênitas do quadril	0	-	16	-
Deformidades congênitas dos pés	141	0,11	539	0,06
Outras malformações e deformidades congênitas aparelho	297	0,24	1003	0,11
Outras malformações congênitas	208	0,17	385	0,04
Anomalias cromossômicas	36	0,03	109	0,01
NCOP				
Hemangioma e linfangioma	0	-	14	-
Sem anomalia congênita/não inform	122.318	98,96	947.951	99,63
TOTAL		123.602	951.505	

Fonte: Elaborado pelo próprio autor (2023).

Além disso, notou-se que as principais anomalias congênitas, foram representadas por malformações e deformidades congênitas do aparelho osteomuscular, 0,24% (n=297), seguido de outras malformações congênitas, 0,21% (n= 260) em RN's prematuros e, malformações e deformidades congênitas do aparelho osteomuscular, 0,11% (n= 1003), seguido de outras malformações congênitas, 0,06% (n= 560) em RN's não prematuros.

6 DISCUSSÃO

O parto prematuro representa um dos maiores desafios da atualidade para os profissionais de saúde. Apenas o conhecimento de seus fatores de risco e causas, não reduz totalmente a sua incidência, sendo que a etiologia do parto prematuro pode ser multifatorial, assim como demonstrou o estudo. É necessário preocupar-se também com os recém-nascidos prematuros e suas condições perinatais, bem como os agravos ao desenvolvimento e crescimento infantil. Nesse sentido, o estudo de Rosa et al., (2020) conclui ser necessária mudanças nas práticas obstétricas para orientar o desenvolvimento de medidas efetivas para melhorar a qualidade de vida de prematuros moderados e tardios, promover promoção a saúde e prevenção do desenvolvimento dos agravos agudos de saúde.

O parto prematuro se apresenta como um dos principais problemas de saúde pública atual, pois, apesar da melhora dos indicadores epidemiológicos na saúde materno-infantil, a prevalência dos partos pré-termos permanece com uma percentagem elevada, com regiões tendendo, inclusive ao crescimento. No mundo, é responsável por 7,2% dos nascimentos e no nosso país prevalece uma percentagem de 9,2% (TABILE et al., 2016).

Em 2009, com o intuito de regulamentar a coleta de dados, fluxo e periodicidade de envio de informações sobre nascidos vivos e óbitos, é publicada a Portaria 116 do Ministério da Saúde. Considerada de suma importância para se ter dados mais consolidados e fidedignos sobre os nascimentos e mortes, pois agora tais informações são bem sistematizadas em documentos- padrão e deverão obedecer a um fluxo correto e serem informatizadas. Diante da melhora do Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos (SINASC) e Sistema de Informação de Mortalidade (SIM) se tem, agora, informações concretas para planejamento de ações (BRASIL, 2009).

O SINASC constitui uma das iniciativas mais exitosas entre as bases de dados nacionais e uma importante fonte de informações sobre as condições de nascimentos em uma localidade. Contudo, deve-se considerar a permanência de incompletude para alguns campos de Declaração de Nascidos Vivos, a subutilização dos dados e a precária divulgação das informações (GUIMARÃES et al., 2013). O uso de informações em saúde, na pesquisa e no monitoramento e avaliação de serviços, programas e políticas, favorece a qualidade dessas mesmas informações e a produção de novos conhecimentos, cuja aplicabilidade se reflete em mudanças na prática dos serviços e nas políticas públicas instituídas.

No presente estudo, verificou-se, de acordo com a Figura 1, que a taxa de partos prematuros no estado do Maranhão- Brasil, nos anos de 2011-2020 variaram entre 9,86 a 11,35,

apresentando crescimento alternado durante toda a série histórica. Estes resultados, obtidos nesta pesquisa, apontam para índices semelhantes aos nacionais e de outros países, corroborando com diversos outros estudos desenvolvidos em todo o mundo. O Brasil é o 10º país com maiores taxas de parto prematuro, no mundo, acompanhado por Índia, China, Nigéria, Paquistão, Indonésia, Estados Unidos, Bangladesh, Filipinas e República do Congo. Dos partos prematuros no mundo, 60% aconteceram nesses países (BLENCOWE et al., 2012; WHO, 2012). Estudo apoiado pelo UNICEF e pelo Ministério da Saúde (MS) identificou por meio de dados do Sistema Nacional de Nascidos Vivos (SINASC) que, em 2011, 11,8% das crianças nascidas no Brasil eram prematuras (VICTORA, 2013). Pesquisa multicêntrica realizada no Brasil identificou uma prevalência de partos prematuros de 12,3% (PASSINI et al., 2014).

Lansky et al (2014) analisando o perfil da mortalidade neonatal no Brasil, colocam uma taxa de 11,1 óbitos por mil nascidos vivos, sendo a região Nordeste responsável por 38,3% dessas mortes. Estudo mais recente relata que a morbidade e mortalidade decorrem principalmente da prematuridade, sendo responsável por 75% das mortes neonatais; diz ainda que a média dos partos prematuros no país é de 12,3% e no Nordeste a taxa gira em torno de 14,7% (MENETRIER; ALMEIDA, 2016). No Rio Grande do Norte a prevalência é de 13,59, sendo a prematuridade responsável por 78,26% das mortes neonatais neste estado (TEIXEIRA, 2016).

Por fim, um parto prematuro pode acontecer por um ou múltiplos fatores, sendo diretamente relacionado a causas gestacionais maternas e condições socioeconômicas desfavoráveis (OLIVEIRA et al., 2015) e por ser uma problemática de importante magnitude, necessita de estudos, para melhora dos indicadores de saúde dos grupos em questão.

Considerando a grande diferença social, econômica e cultural existente entre as diversas regiões do Brasil, torna-se necessária a análise de dados sociodemográficos e obstétricos encontrados nesse estudo, a fim de evidenciar fatores de risco para cada região, bem como tornar conhecidas as situações físicas e sociais das mães de RN's prematuros que são desfavoráveis ao bom desenvolvimento do período gestacional e do parto. Com isso, verificou-se que a faixa etária de maior prevalência das mães foi entre 20- 39 anos, havendo um percentual elevado de mães que tiveram parto prematuro e também de mães que tiveram partos não prematuros, conforme Tabela 1.

Considera-se, pelo MS, que, quanto mais jovem a gestante, maior é o risco para desenvolver algum agravo, pois a imaturidade uterina e/ou o suprimento sanguíneo inadequado do colo uterino como fator de risco estão relacionados à idade materna associada à imaturidade biológica como causa de prematuridade, mostrando, dessa forma, que a gravidez na

adolescência se configura como fator de maior concentração de agravos à saúde materna, bem como de complicações perinatais (BRASIL, 2010).

Verificou-se, em contrapartida, que alguns estudos destacaram que há controvérsias sobre o papel da idade como fator de risco para maus resultados perinatais. Sugeriu-se, por esses estudos, que adolescentes e mulheres com 35 anos ou mais geralmente estão suscetíveis a risco aumentado de resultados perinatais adversos e morbimortalidade materna. Sabe-se que, para adolescentes, estes riscos desfavoráveis, enquanto fatores biológicos relacionados à idade têm sido relacionados ao aumento do risco para as mulheres mais velhas (OLIVEIRA, 2016; PAULUCCI, 2011).

Pôde-se observar na pesquisa atual que o número de mulheres com idade superior a 20 anos foi maior, o que difere da pesquisa de Patella (2016), a qual mostrou que mulheres com idade inferior a 20 anos tiveram 5 vezes mais chances de que seus bebês extremamente prematuros, se comparadas às mulheres mais velhas.

Em relação à escolaridade das mães, identificou-se uma predominância de mães de RN's prematuros e de não prematuros com escolaridade entre 8 a 11 anos de estudo, conforme dados expostos na Tabela 1.

Neste estudo, as mães de RN's com 8 a 11 anos de escolaridade apresentaram maior associação com a prematuridade, divergindo do que é apresentado na literatura que mostra a associação entre a prematuridade e baixa escolaridade materna. A literatura traz que a prematuridade em mães com baixa escolaridade pode estar relacionada a fatores confundidos, tais como: morar em locais de difícil acesso aos serviços de saúde. No Brasil, mulheres com menor escolaridade apresentam menor cobertura de assistência pré-natal, por barreiras no acesso e início tardio do acompanhamento (MARTINS, 2011; OLIVEIRA, 2016; GONZAGA, 2016).

As mulheres com escolaridade inadequada para a idade, apresentaram associação com a prematuridade, corroborando a literatura existente. Essas mulheres têm duas vezes mais chance de ter parto prematuro. Em um estudo realizado em Quebec, no Canadá, as taxas de prematuridade diminuíram conforme aumentava a escolaridade, sendo de 7,9% nas mulheres com menos de 11 anos de estudo e de 4,9% em mulheres com mais de 17 anos de estudo. Outra pesquisa encontrou o risco ajustado para nascimento prematuro de 92% maior em mulheres com menos escolaridade quando comparadas com as de maior escolaridade. Entretanto, estudo realizado no Maranhão não encontrou associação entre escolaridade e prematuridade (PIMENTA, 2012; BEZERRA, 2016; OLIVEIRA, 2016).

Ainda acerca da Tabela 1, quanto ao estado civil das mães de RN's tanto prematuros quanto não prematuros, verificou-se uma predominância de mães solteiras. Entretanto, avaliando a frequência relativa das mães de RN's classificadas como união consensual isoladamente, notou-se que existe um maior percentual dessas mães que tiveram partos prematuros.

O estado civil também pode ser um fator associado à prematuridade. A insegurança e a incerteza no relacionamento podem ser responsáveis pelo aumento do estresse materno, que pode levar ao nascimento prematuro. O pouco envolvimento e suporte do companheiro, durante a gravidez, também pode aumentar esse risco (MERKLINGER- GRUCHALA; KAPISZEWSKA, 2019).

Quanto ao número de consultas pré-natal realizadas pelas mães de RN's, identificou-se nesse estudo, que um percentual significativo de mães que tiveram partos não prematuros realizou 7 ou mais consultas de acompanhamento pré-natal, enquanto, das mães que tiveram partos prematuros, houve uma maior prevalência da realização de apenas 4- 6 consultas, conforme Figura 2.

Sabe-se que o objetivo do acompanhamento pré-natal é assegurar o desenvolvimento da gestação, permitindo o parto de um recém-nascido saudável, sem impacto para a saúde materna, inclusive abordando aspectos psicossociais e as atividades educativas e preventivas. Entretanto, o número ideal de consultas permanece controverso. Segundo a OMS, o número adequado seria igual ou superior a 6 (seis), porém, verifica-se a possibilidade de um acompanhamento satisfatório, em casos de pacientes de baixo risco, com números reduzidos de consultas, mas com maior ênfase para o conteúdo de cada uma delas, caso não haja o aparecimento de resultados perinatais adversos. Dessa forma, a atenção especial deverá ser dispensada às grávidas com maiores riscos. Contudo, o Ministério da Saúde indica a realização mínima de 6 consultas, com o acompanhamento adequado sendo realizado da seguinte forma: consultas mensais até a 28^o semana; quinzenais entre 28 e 36 semanas e semanais após a 36^o semana, não existindo alta do pré-natal (BRASIL, 2012).

Gestantes que realizaram um número de consultas de pré-natal suficiente, têm novas chances de terem partos prematuros (BEECKMAN et al., 2013). Em 2010, estudo (ALMEIDA, 2012) realizado em maternidade pública de médio porte do estado do Maranhão identificou que praticamente 60% das puérperas de prematuros realizaram menos de 5 consultas de pré-natal e apresentaram cinco vezes mais chances de prematuridade, em relação às mães de crianças nascidas a termo.

Corroborando com os dados obtidos nesta pesquisa, a literatura aponta que: Fatores de risco como pouca idade materna e número de consultas insuficiente de pré-natal são comprovados em pesquisa desenvolvida no Espírito Santo, que revela que tais características estão associadas de forma significativa com o PP. O estudo salienta a importância do pré-natal realizado de forma adequada e com qualidade, visto que é possível que o acompanhamento da gestação inadequado ou ausente seja um fator de risco ao PP, pois estas mulheres não foram acompanhadas durante a gestação e podem ter conhecimento insuficiente sobre hábitos saudáveis na gestação e riscos associados ao TPP (ALMEIDA et al., 2012). Outro estudo desenvolvido em uma cidade do estado do Maranhão evidenciou que assistência pré-natal e hábitos de vida, quando consideradas inadequadas, são situações que possuem ligação com o TPP (SILVA et al., 2009).

A maioria dos partos prematuros poderiam ser evitados durante as consultas de pré-natal, sendo as gestantes assistidas com qualidade e observação rigorosa pelos profissionais de saúde. Tendo em vista a qualidade da assistência para identificar e avaliar tanto a história reprodutiva e condições pré-existentes quanto a história obstétrica, em si tratando de fatores de risco específicos, tais como: filho prematuro anterior, com baixo peso, aborto ou óbito fetal (MELO; OLIVEIRA; MATHIAS, 2015).

O parto prematuro pode ser precocemente identificado para prevenir possíveis complicações e/ou evitado desde que a gestante receba toda a assistência necessária para seu cuidado durante o período gravídico. É nesse contexto que se insere a importância do número de consultas no pré-natal para que intervenções corretas sejam realizadas quando necessário, pois a prática clínica do profissional de saúde poderá analisar as indicações e contraindicações de cada tipo de parto prematuro e saber qual desses será melhor à gestante (OLIVEIRA; BRITO; COSTA NETO, 2019).

Acerca da proporção dos tipos de partos ocorridos, de acordo com a Figura 3, foi verificado nesse estudo que houve diferenças significativas da frequência relativa em relação à via de parto (vaginal ou cesárea), existindo maior prevalência, em casos de partos vaginais, em mães de RN's prematuros. Entretanto, quando avaliados as vias de parturição isoladamente, observou-se que os partos cesáreos apresentaram índices mais acentuados de nascimentos em mães de RN's não prematuros, quando comparados com o parto normal.

Quanto ao tipo de parto, 73.266 (59,28%) nasceram de parto vaginal e 50.016 (40,46%) de parto cesáreo; o parto vaginal predominou entre os nascimentos prematuros, este estudo não está em consonância com a literatura de Ramos (2020) que apresentou 61,4% nascimentos por parto cesariana. Está em contrapartida também com estudo de Machado (2016)

(62,9%) das mães submetidas à cesariana apresentaram maior razão de prevalência a filhos com prematuridade tardia. Isto pode estar relacionado a erros na definição da idade gestacional e à ocorrência de cesariana a pedido, ou seja, aquelas marcadas com antecedência e por solicitação da mãe. Para Gonzaga, et al. (2016); Estringer, et al. (2018) gestações com complicações maternas e/ou perinatais podem ter indicação adequada desse tipo de parto. Contudo, dados da OMS (2018) sugerem que taxas populacionais de cesarianas superiores a 10,0% não contribuem para redução da mortalidade. Há evidência, ainda, de que a realização desnecessária de cesariana pode ter aumento da morbimortalidade materna e perinatal, aumento da prematuridade e baixo peso ao nascer, além da interferência negativa no aleitamento materno e no vínculo da díade mãe e bebê (LEAL, et al., 2016)

Em comparação aos estudos mais frequentes presentes na literatura, foi possível detectar um resultado positivo, com maiores índices de partos vaginais, em relação aos partos prematuros, caracterizando maiores benefícios maternos e para os recém-nascidos.

Em relação a proporção de partos prematuros e não prematuros segundo as Macrorregiões de Saúde, notou-se, nesse estudo, uma maior predominância de partos prematuros na Macrorregião Norte (Viana, Pinheiro e São Luis), verificado na Figura 4.

Enquanto que se verificou os menores índices de partos prematuros na Macrorregião Centro, em Pedreiras e Presidente Dutra. Além de Santa Inês, na Macrorregião Oeste e São João dos Patos, na Macrorregião Leste.

No que tange a população materno infantil, dados epidemiológicos agrupados fornecem informações como idade, mortalidade, história das gestações anteriores e da atual, idade de nascimento, meio social inserido, dentre outros. Ressalta que, os conhecimentos obtidos por meio dessas informações são essenciais para o planejamento de uma assistência individual e coletiva, além de possibilitar a compreensão das necessidades especiais e específicas de cada grupo, de forma que os cuidados possam ser planejados para uma intervenção mais sistematizada (OLIVEIRA et al., 2015).

No estado do Maranhão, não diferente dos dados nacionais, a média de prematuridade gira em torno de 11,5%. A literatura existente corrobora esses índices quando comparados ao Brasil, a média de prematuridade fica em torno de 12,3%. Os maiores índices encontrados foram na região Nordeste, com 14,7% e os menores na região Sudeste, com 11,1% do total. (LAJOS, 2014).

No tocante às regiões de maior produção de estudos sobre Prematuridade, registraram-se a Nordeste e a Sudeste, com destaque para o fato de que a região Nordeste apresenta a maior média de óbitos neonatais no Brasil. Do ponto de vista geográfico, as taxas de óbitos neonatais

mais expoentes são da região Nordeste (14,5%) e Norte (22,3%), e as menores detectam-se nas regiões Sul (6,2%), Sudeste (8,0%) e Centro (8,4%) do Brasil. (LANSKY et al., 2014), o que comprova a desigualdade entre referidas localidades.

Geralmente os estudos conduzidos sobre o tema dão enfoque à identificação de fatores de risco para a prematuridade; Estudos conduzidos nas diversas regiões do Brasil mostram resultados distintos para os mesmos fatores (MENEZES et al., 1998. AQUINO et al., 2007; GOLDENBERG et al., 2005; LANSKY et al., 2006; MAGALHÃES et al., 2006). Devido às desigualdades sociais nas diferentes regiões do país, o estudo local desses fatores podem possibilitar reduções mais significativas da prematuridade, visto que, submetidas as mesmas condições podem apresentar resultados semelhantes ou não.

O presente estudo corrobora essas pesquisas, demonstrando que essa análise pode contribuir significativamente para a identificação de áreas de risco e das variáveis maternas e neonatais, em todas as regiões do estado, contribuindo para intervenções de saúde em áreas de prioridade.

Acerca dos dados relativos ao perfil de adaptação e vida extrauterina e dados antropométricos dos recém-nascidos, segundo os partos prematuros e não prematuros, na avaliação do Apgar, verificou-se que, em ambos, a prevalência da classificação desse índice esteve entre 8 a 10, conforme Tabela 2. O índice de Apgar consiste em um teste para Avaliação de cinco sinais objetivos no recém-nascido, no primeiro e no quinto minuto após o nascimento. Os sinais são: frequência cardíaca; respiração; tônus muscular; irritabilidade reflexa e cor da pele. O somatório da pontuação (no mínimo zero e no máximo dez) resultará no Índice de Apgar, utilizando-se os seguintes parâmetros para avaliação: resultados entre 7 e 10 são considerados normais; Apgar 4,5 ou 6 é considerado intermediário e relaciona-se, por exemplo, com prematuridade, medicamentos usados pela mãe, malformação congênita, o que não significa maior risco para disfunção neurológica; Índices de 0 a 3 no quinto minuto relacionam-se a maior risco de mortalidade e leve aumento de risco para paralisia cerebral(BRASIL, 2012).

Os dados obtidos nesta pesquisa mostram que, apesar de nascer prematuramente, os bebês em sua maioria têm boa vitalidade fora do útero, porém, é necessário destacar que, embora tenham nascido em boas condições, podem apresentar problemas tardiamente, levando-se em consideração que a prematuridade é um fator relativamente responsável por grande parte das mortes neonatais e perinatais. Assim sendo, merecem um acompanhamento efetivo dos profissionais de saúde, a fim de prevenir complicações futuras.

Em si tratando de prematuridade, um dado científico importante para os profissionais de saúde durante o nascimento de um RN é o Índice de Apgar, pois tanto no primeiro quanto

no quinto minuto, a avaliação clínica é imprescindível para detectar qualquer problema de saúde ou evitar possíveis intercorrências. Nesse sentido, para Muniz, et al., (2016), a avaliação do RN através da escala de APGAR é extremamente importante pois, pode alertar para os fatores de riscos associados a história materna, contribuindo para a prevenção dos óbitos neonatais.

Entre os prematuros, há maior incidência de baixos valores de Apgar, sendo que há duas vezes mais chances de ocorrer no 1º minuto e 2,14 vezes mais no 5º minuto. A prevalência de baixos índices de Apgar é relevante fator de risco para a morbimortalidade entre recém-nascidos prematuros (PASSINI et al., 2014). O índice Apgar entre zero e três no 5º minuto de vida esteve fortemente associado aos nascimentos prematuros em um estudo escocês. Segundo o estudo, estes bebês prematuros apresentaram 359 vezes mais chance de óbito neonatal na primeira semana de vida e mais de 30 vezes para morte neonatal até 28 dias de vida (REDDY et al., 2012).

Ainda sobre a Tabela 2, ao analisar o peso do nascimento segundo partos prematuros e não prematuros, os resultados foram diferentes para ambos os partos, sendo observado um percentual de cerca de 39,08% para partos prematuros e 68,90% para partos não prematuros, de recém-nascidos com peso entre 3000 a 3999g no nascimento. Para o peso ao nascer, como proposto pela Organização Mundial de Saúde (OMS), são utilizados os seguintes pontos de corte para classificação: baixo peso (< 2500g); peso insuficiente (2500 – 3000g); peso adequado (3000- 4000g). Recém-nascidos > 4000g são classificados como macrossômicos. (HOCKENBERRY; WILSON, 2011).

Assim como a prematuridade, o baixo peso ao nascer também é considerado um importante marcador de risco para a saúde, visto que nascidos com baixo peso apresentam vinte vezes mais chances de morrer comparado àqueles que nasceram com peso adequado (Unicef, 2007). O nascimento prematuro e com baixo peso são causas de mortes que podem ser consideradas evitáveis por meio de acesso aos serviços de saúde e adequada atenção à mulher, durante a gestação e parto, e ao recém-nascido (MALTA, et al., 2007; 2010).

LEAL et al., (2018) realizaram um estudo com o objetivo de analisar a saúde reprodutiva, materna, neonatal e infantil nos trinta anos do SUS e descreveram os avanços na saúde Materno-Infantil no período entre 1990 e 2015. Os autores destacam redução importante nas taxas de fecundidade, universalização da atenção pré-natal e hospitalar ao parto, aumento do aleitamento materno e diminuição da subnutrição. Em contrapartida, destaca-se as altas taxas de cesarianas, prematuridade e baixo peso ao nascer. Os autores relatam que a epidemia de partos prematuros pode ser atribuída parcialmente à baixa qualidade da assistência pré-natal e as cesarianas desnecessárias, tendo como consequências a curto prazo, a morbimortalidade

neonatal e, a longo prazo, os déficits de desenvolvimento de crianças prematuras (LEAL et al., 2018).

A cada ano nascem, em todo o mundo, mais de vinte milhões de crianças com baixo peso ao nascer (GONZÁLEZ- JIMENEZ et al., 2018). Nos países em desenvolvimento, cerca de 16% dos recém-nascidos nascem com peso inferior a 2500gramas (Unicef, 2007). Os países latino-americanos apresentam taxas de baixo peso ao nascer de aproximadamente 8,6% e, nos Estados Unidos, a taxa é de 0,5%. (GONZÁLEZ- JIMENEZ et al., 2018)

No Brasil, as taxas de baixo peso ao nascer mostram estabilidade de cerca de 8%. Analisando as regiões do país, as maiores taxas foram encontradas nas regiões mais desenvolvidas, Sul e Sudeste, e aumento significativo foi observado nas regiões menos desenvolvidas (Norte, Nordeste e Centro-Oeste) (BURIOL et al., 2016). As razões para o aumento dessas taxas, considerando a melhora dos indicadores sociais e de saúde Materno-Infantil nos últimos anos, ainda não são bem conhecidas. (LEAL et al., 2018).

De acordo com a Tabela 3, analisando a ocorrência e os tipos de anomalias congênicas em RN's prematuros e não prematuros, verificou-se que as anomalias congênicas foram mais prevalentes em RN's prematuros que em RN's não prematuros. Além disso, as principais alterações congênicas em ambos os partos, prematuros e não prematuros, foram relativas ao aparelho osteomuscular, seguidas de outras malformações congênicas (não especificadas).

Acredita-se que conhecer o perfil das crianças nascidas com malformações congênicas seja importante para a assistência, no sentido de oferecer subsídios à melhoria da qualidade da demanda profissional prestada no nascimento de uma criança com malformação congênita (Rodrigues et al., 2014).

Assim, várias anormalidades podem ser ainda observadas durante a gestação, na fase neonatal, ou mesmo em determinado período após a concepção, que ocasionam danos constantes e irreversíveis, portanto, o acompanhamento do desenvolvimento fetal via ultrassonografia que deve ser parte da rotina das consultas do pré-natal, permite assegurar para os país, o bem estar gestacional, dessa forma, é necessário que os exames ultrassonográficos sejam realizados em vários momentos da gestação, pois através dessa visualização é possível detectar vários diagnósticos de acordo com o período da manifestação dos primeiros sinais (LIMA et al, 2018).

Não houve associação estatisticamente significativa entre malformações e sexo do recém-nascido, porém observou-se uma maior frequência de prematuridade e baixo peso ao nascer entre as malformações. Resultados semelhantes foram registrados no Brasil por Souza et al (AMORIM et al., 2006). e em diversos outros países. A prematuridade e o baixo peso tem

sido constantemente associados às malformações (GARCIA, 2003; TANNIRANDORN, 2004; SWAIN, 1994).

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A partir dos objetivos propostos e análise dos dados apresentados, foi possível concluir que, a taxa de prematuros no estado do Maranhão encontra-se alternada durante os anos em apreciação, estando com índices semelhantes aos de outros países, corroborando com diversos outros estudos desenvolvidos em todo o mundo. Vale ressaltar que, esses dados são preocupantes, pois implica em maiores riscos de graves complicações maternas e perinatais.

Quanto ao perfil sociodemográfico, notou-se uma prevalência de mulheres com idade entre 20 a 39 anos e classificadas como solteiras em ambos os partos de prematuros e não prematuros. Entretanto, verificou-se um percentual significativo de mães de RN's prematuros que tiveram parto vaginal, quando comparadas com as mães de RN's prematuros que tiveram parto cesáreo. Em relação à escolaridade das mães, identificou-se predominantemente mães de RN's prematuros e não prematuros que possuíam entre 8 a 11 anos de estudo.

Acerca do perfil obstétrico, percebeu-se que as mães de RN's não prematuros fizeram mais consultas de pré-natal, com prevalência de 7 ou mais consultas, quando comparadas as de RN's prematuros que realizaram de 4 a 6 consultas. Sobre a proporção de partos prematuros e não prematuros, segundo as Macrorregiões de Saúde, percebeu-se uma maior predominância de partos prematuros na Macrorregião Norte (Viana, Pinheiro e São Luís) enquanto que notou-se os menores índices de partos prematuros na Macrorregião Centro, em Pedreiras e Presidente Dutra. Além de Santa Inês, da Macrorregião Oeste e São João dos Patos, na Macrorregião Leste.

Em relação aos dados relativos ao perfil de adaptação e vida extrauterina e dados antropométricos dos RN's, segundo os partos prematuros e não prematuros, na avaliação do Apgar de 1º e 5º minuto variando entre 8 a 10, sendo considerada na adaptação satisfatória a vida extrauterina. Quanto ao peso ao nascer, os resultados foram divergentes para ambos os partos, sendo observado um percentual de cerca de 39,08% para partos prematuros e 68,90% para partos não prematuros, de recém-nascidos com peso entre 3000 a 3999g no momento do nascimento.

Consistem em limitações para a realização deste estudo, os seguintes tópicos: a ocorrência de subregistro da DNV, pois itens considerados importantes na avaliação da assistência obstétrica são negligenciados no momento do preenchimento dessa declaração, inviabilizando uma análise de maneira totalmente fidedigna; a ausência de dados relativos a algumas variáveis sociodemográficas e obstétricas, como ocorrência de cesárea anterior, número de abortos, apresentação fetal e outras, limitando a avaliação de variáveis consideradas

importantes para a ocorrência de partos prematuros; a obtenção apenas dos resultados com dados compilados, dificultando a realização de análises aprofundadas sobre a temática.

Vale ressaltar que todas as instituições com responsabilidades pela assistência obstétrica devem estabelecer rotinas para avaliação desses índices, realizando monitoramento contínuo, possibilitando assim, possíveis intervenções. Além disso, torna-se necessário e indispensável o preenchimento adequado da Declaração de Nascidos Vivos, pois todos os itens contidos nessa ficha são relevantes indicadores para a avaliação da assistência prestada à parturiente e ao recém-nascido durante o processo do parto e nascimento, sendo inapropriado o preenchimento incompleto da mesma.

Foi possível entender a importância e necessidade de incessantes buscas acerca dos fatores associados a ocorrência de partos prematuros, buscando assim, uma melhoria de toda a assistência ofertada as mulheres durante a gravidez, o parto e o puerpério. Vale ainda mencionar que, os profissionais de saúde, principalmente o enfermeiro, devem prestar uma assistência de maneira satisfatória e integral, a fim de que essas mulheres se sintam apoiadas e estejam empoderadas sobre todo o processo gravídico-puerperal, diminuindo suas angústias e inseguranças e colocando-as como agente principal nesse processo.

Dessa forma, os resultados obtidos neste estudo, constituem subsídios para uma reflexão acerca da assistência obstétrica prestada durante o pré-natal, o parto e o puerpério, levando-se em consideração a influência de diversos fatores (sociais, culturais, econômicos, biológicos, psicológicos e etc.) associados a ocorrência de partos prematuros, bem como a contribuição inadequada dos profissionais de saúde nesse processo. Sendo assim, torna-se indispensável o desenvolvimento de ações governamentais que levem em consideração esses fatores peculiares mais frequentes na ocorrência de partos prematuros, bem como o incentivo e o apoio dos profissionais de saúde na realização de ações que ofereçam um cuidado maior a essas mulheres. Além disso, sugere-se a criação e o desenvolvimento de intervenções e/ou tecnologias que promovam a conscientização e o empoderamento dessas mulheres quanto ao conhecimento desses fatores que estão associados a ocorrência de partos prematuros e, como é possível evitá-los ou reduzi-los.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- AHUMADA-BARRIOS ME, Alvarado AF. Fatores de risco para parto prematuro em um hospital. **Revista Latino Americana de Enfermagem**. 2016; 24:2750. Disponível em: https://www.scielo.br/pdf/rlae/v24/pt_0104-1169-rlae-24-02750.pdf. Acesso em: 01 dez. 2022.
- ALVES, I. S. G. et al. PREMATURE DELIVERY WORK: ASSOCIATED CONDITIONS. **Revista de Enfermagem UFPE on line**, v. 15, n. 1, 3 mar. 2021.
- ALMEIDA, Adriana Carvalho de et al. Fatores de risco maternos para prematuridade em uma maternidade pública de Imperatriz-MA. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 33, p. 86-94, 2012.
- AMORIM, Melania Maria Ramos de et al. Impacto das malformações congênitas na mortalidade perinatal e neonatal em uma maternidade-escola do Recife. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, v. 6, p. s19-s25, 2006.
- AMORIM, F. C. M. et al. Perfil de gestantes com pré-eclâmpsia. **Revista de enfermagem UFPE online**, v. 11, n. 4, p. 1574-83, 2017.
- AMORIM, M. M. R.; SOUZA, A. S. R.; MELO, A. S. O.; DELGADO, A. M.; CUNHA, A. C. M. C.; OLIVEIRA, T. V. O.; LIRA, L. C. S.; SALES, L. M. S.; SOUZA, G. A.;
- ARQUARDT, M. H.; BERTOLDI, L. F.; CARVALHO, F. R. S.. Assistência de enfermagem a gestante atendidas nos serviços de saúde em tempos de pandemia: a COVID-19. **UNESC Em Revista**, v.4, n.2, p.1-10, 2020.
- BEECKMAN, Katrien et al. The relationship between antenatal care and preterm birth: the importance of content of care. **The European Journal of Public Health**, v. 23, n. 3, p. 366-371, 2013.
- BEZERRA, J. C. **Fatores associados ao parto prematuro em uma maternidade pública**. masterThesis—[s.l.] Brasil, 26 abr. 2019.
- BEZERRA, Lucila Coca; OLIVEIRA, Sonia M. Junqueira V.; LATORRE, Maria do Rosário Dias de Oliveira. Prevalência e fatores associados à prematuridade entre gestantes submetidas à inibição de trabalho de parto prematuro. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, v. 6, p. 223-229, 2006.
- Bittar RE, Carvalho MHB, Zugaib M. Condutas para o trabalho de parto prematuro. **Rev Bras Ginecol Obstet**. [Internet]. 2005;27(9): 561-6. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0100-72032005000900010>.
- BRANDÃO, Ana Maria Simões; DOMINGUES, Ana Patrícia Rodrigues; FONSECA,
- BRASIL. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Poder Executivo, Brasília, DF, 20 set. 1990. Seção 1, p. 18055.
- Brasil. Ministério da Saúde. **Banco de dados do Sistema Único de Saúde (DATASUS)**, 2019. Disponível em: http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sinasc/cnv/n_vuf.def. Acesso em: 01 dez. 2022.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. MANUAL DE RECOMENDAÇÕES PARA A ASSISTÊNCIA À GESTANTE E PUÉRPERA FRENTE À PANDEMIA DE COVID- 19. 2. ed. Brasília, 2020. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_assistencia_gestante_puerpera_covid19_2ed.pdf. Acesso em: 07 dez 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Perspectiva da Equidade no Pacto Nacional pela Redução da Mortalidade Materna e Neonatal: Atenção à Saúde das Mulheres Negras. 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher**. Brasília, DF, 2004b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Política Nacional de Saúde Integral da População Negra. Brasília, DF, 630 Saúde Soc. São Paulo, v.25, n.3, p.619-630, 2016 2007b.

BRASIL. Resolução nº 196, de 10 de outubro de 1996. Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Poder Executivo, Brasília, DF, 16 out. 1996b.

BRASIL.MINISTÉRIO DA SAÚDE. Protocolo de Manejo Clínico da Covid-19 na Atenção Especializada. 1. ed. Brasília, 2020. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manejo_clinico_covid19_atencao_especializada.pdf. Acesso em: 07 dez 2022.

CARVALHO, V. F. DE. **Contribuições do conhecimento dos fatores de risco para parto prematuro à organização do trabalho do enfermeiro na assistência pré-natal**. doctoralThesis—[s.l: s.n.].

Costa BC, Vecchi AA, Granzotto JA, Lorea CF, Mota DM, Albernaz EP et al. Análise comparativa de complicações do recém-nascido prematuro tardio em relação ao recém-nascido a termo. **Boletim Científico de Pediatria**. 2015; 4(2):333-37. Disponível em: https://www.sprs.com.br/sprs2013/bancoimg/160107101655bcped_v4_n2_a3.pdf. Acesso em: 21 set. 2020.

COSTA, Sérgio. H. Martins et al. **Rotinas em Obstetrícia**. 7 ed. Artmed, porto alegre, 2017.

Cunningham FG, Leveno KJ, Bloom SL, Spong CY, Dashe JS, Hoffman BL et al. Parto Prematuro. *Obstetrícia de Williams*. 2016; 24(42):829-855. Disponível em: <https://accessmedicina.mhmedical.com/content.aspx?boid=1525§ionid=100462208>

DE ALBUQUERQUE, Lidiane Pereira; MONTE, Ana Vitória Leite; DE ARAÚJO, Regina Maria Sousa. Implicações da COVID-19 para pacientes gestantes. **Revista Eletrônica Acervo Saúde**, v. 12, n. 10, p. e4632-e4632, 2020.

ESLOVAC, Ana Dorothee; DINIZ, Carmen Simone; RIBEIRO, Helena. O ar limpo é importante: uma visão geral da poluição do ar relacionada ao tráfego e da gravidez. **Revista de Saúde Pública**, v. 51, 2017.

Etelvina Morais Ferreira; MIRANDA, Teresa Maria Antunes; BELO, Adriana; MOURA, José Paulo Achando Silva. Parto pré-termo com e sem rotura prematura de membranas: características maternas, obstétricas e neonatais. **Rev Bras Ginecol Obstet, Rio de Janeiro**, v. 37, n. 09, Sept. 2015. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-72032015000900428&lang=pt. Acesso em: 03 dez.

FERREIRA, R. de C. et al. Effects of early interventions focused on the family in the development of children born preterm and/or at social risk: a meta-analysis. **Jornal de Pediatria**, v. 96, p. 20-38, 2020.

FRANÇA, E. B. et al. Principais causas da mortalidade na infância no Brasil, em 1990 e

GARCÍA, Herbert et al. Frequency of congenital anomalies at the Instituto Materno Infantil, Bogota, Colombia. **Biomédica**, v. 23, n. 2, p. 161-72, 2003.

GONZAGA, Isabel Clarisse Albuquerque et al. Prenatal care and risk factors associated with premature birth and low birth weight in the a capital in the Brazilian Northeast. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 21, n. 6, 2016.

GAÍVA, Maria Aparecida Munhoz; ALVES, Mayrene Dias de Sousa Moreira; MONTESCHIO, Caroline Aparecida Coutinho. Consulta de enfermagem em puericultura na estratégia saúde da família. **Rev. Soc. Bras. Enferm. Ped**, v. 19, n. 2, p. 65-73, 2019.

GONZAGA, I.C.A; et al. Atenção pré-natal e fatores de risco associados à prematuridade e baixo peso ao nascer em capital do nordeste brasileiro. **Ciênc. saúde colet.**, v. 21, v. 6, 2016.

GUIMARÃES, E. A. DE A. et al. Avaliação da implantação do Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos em municípios de Minas Gerais, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 29, p. 2105–2118, out. 2013.

GUIMARÃES, E. A. DE A. et al. Prevalência e fatores associados à prematuridade em Divinópolis, Minas Gerais, 2008-2011: análise do Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos*. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 26, p. 91–98, mar. 2017.

GUIMARÃES, Eliete Albano de Azevedo et al. Prevalência e fatores associados à prematuridade em Divinópolis, Minas Gerais, 2008-2011: análise do Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos. **Epidemiologia e Serviços de saúde**, v. 26, p. 91-98, 2017.

HOWSON, C. P.; KINNEY, M. V.; LAWN, J. E. The March of Dimes Foundation, The Partnership for Maternal, Newborn & Child Health, Save the Children, World Health Organization. Born too soon: the global action report on preterm birth, 2012. Marinelli NP, Silva ARA, Silva DNO. Sistematização da assistência de enfermagem: desafios para a implantação. [Internet]. **Rev Enferm Contemporânea**. 2016;4(2):254-63. Disponível em: <https://doi.org/10.17267/2317-3378rec.v4i2.523>.

HOWSON, C. P.; KINNEY, M. V.; LAWN, J. Executive summary. In: WORLD HEALTH ORGANIZATION. Born too soon: **The Global Action Report on Preterm Birth**. Geneva: WHO, 2012. p. 1-101.

JESUS, C. V. F.; FIGUEIREDO, M. B. G. A.; ANDRADE, R. L. B.; LEITE, D. C. F.; LIMA, S. O. Gestante com covid-19 submetida a cesariana por sofrimento fetal: primeiro relato de caso descrito no Brasil. **ACM Arq. Catarin. Med.**, v.49, n.2, 2020.

JR, R. P. et al. Brazilian Multicentre Study on Preterm Birth (EMIP): Prevalence and Factors Associated with Spontaneous Preterm Birth. **PLOS ONE**, v. 9, n. 10, p. e109069, 9 out. 2014.

KLEPAC, P. et al. Ambient air pollution and pregnancy outcomes: a comprehensive review and identification of environmental public health challenges. **Environmental Research**, Amsterdam, v.167, p. 144 – 159, 2018.

LANSKY, S. et al. Pesquisa Nascido no Brasil: perfil da mortalidade neonatal e avaliação da assistência à gestante e ao recém-nascido. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 30, p. S192–S207, ago. 2014.

LANSKY, S. et al. Pesquisa Nascido no Brasil: perfil da mortalidade neonatal e avaliação da assistência à gestante e ao recém-nascido. **cad. Saúde Pública**, v. 30, p. 192-207, 2014. Supl. 1.

LEAL, Maria do Carmo; GAMA, Silvana Granado Nogueira; PEREIRA, Ana Paula Esteves; PACHECO, Vanessa Eufrauzino; CARMO, Cleber Nascimento; SANTOS, Ricardo Ventura. **The color of pain: racial inequities in prenatal care and childbirth in Brazil.** **Cad. Saúde Pública**, v.33, n.Sup 1, p.e00078816, 2017. Disponível em: https://www.scielo.br/pdf/csp/v33s1/en_1678-4464-csp-33-s1-e00078816.pdf.

LELIS, B. D.B et al. Acolhimento Materno no Contexto da Prematuridade. **Rev enferm UFPE on line.**, Recife, v. 12, n. 6, p.1563-9, jun., 2018.

LIMA, Emily da Cruz; SANTOS, Luciano Marques dos; SANTOS, Shirlene Cerqueira dos; CHRISTOFFEL, Marialda Moreira; KERBER, Nalú Pereira da Costa. Vivências de familiares durante o trabalho de parto pré-termo. **Rev Cuid**, v. 10, n. 01, Jan. Apr. 2019. Disponível em: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2216-09732019000100210&lang=pt. Acesso em: 29 nov. 2022.

MARTINS, Marília da Glória et al. Associação de gravidez na adolescência e prematuridade. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia*, v. 33, p. 354-360, 2011.

MARTINS, Marília da Glória et al. Associação de gravidez na adolescência e prematuridade. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, v. 33, p. 354-360, 2011.

MELO, B. C. P.; MORAIS, I.; KATZ, L.. Covid-19 e gravidez. **Rev. Bras. Saúde Mater. Infant.**, v.21, n.21, 2020. DOI: <http://doi.org/10.1590/1806-9304202100S200002>

Melo, E. C., Oliveira, R. R. de e M., Thais A. de F. Fatores associados à qualidade do pré-natal: uma abordagem ao nascimento prematuro. **Revista da Escola de Enfermagem da USP** [online]. 2015, v. 49, n. 04 [Acessado 11 dezembro 2022], pp. 0540-0549. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0080-623420150000400002>. ISSN 1980220X. <https://doi.org/10.1590/S0080-623420150000400002>.

MELO, R. A.; TAVARES, A. K.; FERNANDES, F. E. C. V.O.; AMANDO, A. R.

MENDES, R. B. et al. Avaliação da qualidade do pré-natal a partir das recomendações do Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.

MENETRIER, J. V.; ALMEIDA, G. DE. Perfil epidemiológico de gestantes de alto risco com parto prematuro em um hospital de referência. **Saúde e Pesquisa**, v. 9, n. 3, p. 433–441, 2016.

MERKLINGER-GRUCHALA, Ana; KAPISZEWSKA, Maria. O efeito do estresse pré-

MIRANDA, M. J. et al. Associação espacial entre variáveis socioeconômicas e risco relativo de nascimentos pré-termo na Região Metropolitana de São Paulo (RMSP) e na Área Metropolitana de Lisboa (AML). **saude e soc.**, v. 23, n. 4, p. 1142-1153, 2014.

Nascimento JS, da Fonseca SMSM, dos Santos CA, Oliveira LB, Menezes MO. Gestação Gemelar e Trabalho de Parto Prematuro. In Congresso Internacional de Enfermagem. 2017;1(1):1-4

natal, representado pelo estado civil e paternidade, sobre o risco de parto prematuro. **Revista Internacional de Pesquisa Ambiental e Saúde Pública**, v. 16, n. 2, p. 273, 2019.

Neonatologia, **Sociedade Brasileira de Pediatria**; 2017. p. 1-6. (Documento científico; 2). Disponível em: < https://www.sbp.com.br/fileadmin/user_upload/20399bDocCient_-_Prevencao_da_prematuridade.pdf>.

Nurses' understanding of newborn care in oxygen therapy/Compreensão do enfermeiro sobre o cuidado ao recém-nascido em oxigenoterapia. **Revista de Pesquisa: Cuidado é Fundamental Online**, v. 11, n. 1, p. 31-39, 2019.

OLIVEIRA P. T. A. et al. O crescimento e desenvolvimento frente à prematuridade e baixo peso ao nascer. *av. enferm., Bogotá*, v. 33, n. 3, p. 401-411, Sept. 2015.

Oliveira RS, Brito MLS, Costa Neto DB. Uma análise integral do trabalho de parto prematuro. [Internet]. **Revista de Patologia do Tocantins**. 2019; 6(1):54-57. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.20873/uft.2446-6492.2019v6n1p54>.

OLIVEIRA, Adelaide Alves de; ALMEIDA, Marcia Furquim de; SILVA, Zilda Pereira da; ASSUNÇÃO, Paula Lisiane de; SILVA, Ana Maria Rigo; SANTOS, Hellen Geremias dos; ALENCAR, Gizelton Pereira. Fatores associados ao nascimento prétermo: da regressão logística à modelagem com equações estruturais. **Cad Saúde Pública, Rio de Janeiro**, v. 35, n. 01, Jan. 2019. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2019000104001&lang=pt. Acesso em:

OLIVEIRA, C. DE S. et al. Perfil de recém-nascidos pré-termo internados na unidade de terapia intensiva de hospital de alta complexidade. **ABCS health sci**, p. 28–32, 2015.

OLIVEIRA, L. L. DE et al. Fatores maternos e neonatais relacionados à prematuridade. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 50, p. 382–389, jun. 2016.

PACHECO, Vanessa Cardoso; SILVA, Jean Carl; MARIUSSI, Ana Paula; LIMA, Monica Roeder; SILVA, Thiago Ribeiro. The influences of race/color on unfavorable obstetric and neonatal outcomes. **Saúde Debate**, Rio de Janeiro, v.42, n.116, p.125-137, Jan./Mar. 2018. Disponível em: https://www.scielo.br/pdf/sdeb/v42n116/en_0103-1104sdeb-42-116-0125.pdf.

Padovani T. Nifedipino e sulfato de terbutalina: estudo comparativo de eficácia tocolítica e riscos de efeitos maternos e neonatais [Dissertação]. **Universidade de Sorocaba**; 2012.

PASSINI, R. et al. Brazilian multicentre study on preterm birth (EMIP): Prevalence and factors associated with spontaneous preterm birth. **Plos one**, v. 9, n. 10, p. e109069, 2014.

PAULUCCI, Ruth Sampaio; NASCIMENTO, Luiz Fernando C.; SCHULZE, Carolina Amorim. Abordagem espacial dos partos prematuros em Taubaté, SP. **Revista Paulista de Pediatria**, v. 29, p. 336-340, 2011.

PESSOA, T.A.O.; et al. O crescimento e desenvolvimento frente à prematuridade e baixo peso ao nascer. **Avances en Enfermería**, v. 33, n. 3, 2015.

PIMENTA, Adriano Marçal et al. " The House of the Pregnant women" program: users' profile and maternal and perinatal health care results. *Texto & Contexto-Enfermagem*, v. 21, p. 912-920, 2012.

POHLMANN, F. C. et al. Parto prematuro: enfoques presentes en la producción científica nacional e internacional. **Enfermería Global**, v. 15, n. 42, p. 386–397, abr. 2016.

Ramos HAC, Cuman RKN. Fatores de risco para prematuridade: pesquisa documental. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**. 2009; 13(2):297-304. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141481452009000200009&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 2 dez. 2022.

REDDY, Uma M. et al. Mortalidade neonatal por tentativa de parto no parto prematuro precoce. **Revista Americana de Obstetrícia e Ginecologia**, v. 207, n. 2, p. 117. e1-117. e8, 2012.

REZENDE, J. Obstetrícia. 11ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara koogan, 2017.

ROSA, N. P. DA et al. Fatores de riscos e causas relacionados à prematuridade de recém-nascidos em uma instituição hospitalar. **Research, Society and Development**, v. 10, n. 9, p. e55610918431–e55610918431, 2 ago. 2021.

SANTOS, F.S. ET AL. Percepções de puérperas sobre a assistência ao parto normal humanizado. **Revista Recien – Revista Científica de Enfermagem**, v. 10, n. 32, p. 217 – 228, 15 de dez. 2020.

SBP: Sociedade Brasileira de Pediatria. Prevenção da prematuridade: uma intervenção da gestão e da assistência. Rio de Janeiro: Departamento Científico de Neonatologia, Sociedade Brasileira de Pediatria; 2017. p. 1-6. (Documento científico; 2).

SILVA, Ana Maria Rigo et al. Fatores de risco para nascimentos pré-termo em Londrina, Paraná, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 25, p. 2125-2138, 2009.

SILVA, Leonardo Sales Ribeiro et al. Índice de Apgar correlacionado a fatores maternos, obstétricos e neonatais a partir de dados coletados no Centro de Saúde da Família do bairro Dom Expedito Lopes situado no município de Sobral/CE. **Revista Científica da Faculdade de Medicina de Campos**, v. 15, n. 1, p. 25-30, 2020.

STIEB, D. M. et al. Ambient air pollution, birth weight and preterm birth: A systematic review and meta-analysis. **Environmental Research**, Amsterdam, v.117, p. 100- 111, 2012.

SWAIN, S.; AGRAWAL, A.; BHATIA, B. D. Congenital malformations at birth. **Indian pediatrics**, v. 31, n. 10, p. 1187-1191, 1994.

TEIXEIRA, G. A. et al. PERFIL DE MÃES E O DESFECHO DO NASCIMENTO PREMATURO OU A TERMO. **Cogitare Enfermagem**, v. 23, n. 1, 15 jan. 2018.

TANNIRANDORN, Y.; JATUPARISUTH, N. Incidence of stillbirths and associated factors in Thailand. **International Journal of Gynecology & Obstetrics**, v. 85, n. 1, p. 56-58, 2004.

TEIXEIRA, J. A. M. et al. Mortalidade no primeiro dia de vida: tendências, causas de óbito e evitabilidade em oito Unidades da Federação brasileiras, entre 2010 e 2015. **Epidemiol e Serv saude. rev. do sist. unico saude do Bras.**, v, 28, n. 1, p. e2018132(111), 2019.

THEOPHILO, Rebecca Lucena; RATTNER, Daphne; PEREIRA, Éverton Luís. The vulnerability of Afro-Brazilian women in perinatal care in the Unified Health System: analysis of the Active Ombudsman survey. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.23, n.11, p.35053516, 2017. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1413-81232018001103505&lng=pt&nrm=iso&tlng=en.

WHO. WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Preterm birth. Switzerland: WHO,**

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Born too soon: the global action report on preterm birth.** [s.l.] World Health Organization, 2012. Disponível em: <<https://apps.who.int/iris/handle/10665/44864>>. Acesso em: 9 jan. 2023.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Preterm birth. 2018. Disponível em: <http://www.who.int/en/news-room/fact-sheets/detail/preterm-birth>. Acesso em: 26 nov.