

Perfil de mulheres acometidas por parto prematuro e desfechos neonatais

Mateus Moura da Silva ¹

 <https://orcid.org/0000-0003-2874-8195>

Angelita Lívia da Silveira Brito ²

 <https://orcid.org/0000-0001-7968-6014>

Ismaelle Ávila Vasconcelos ³

 <https://orcid.org/0000-0002-2416-8524>

Raissa Emanuelle Medeiros Souto ⁴

 <https://orcid.org/0000-0001-5995-2784>

Ryvanne Paulino Rocha ⁵

 <https://orcid.org/0000-0002-6720-6076>

Cinthia Maria Gomes da Costa Escoto Esteche ⁶

 <https://orcid.org/0000-0001-6958-3185>

Ana Kelve de Castro Damasceno ⁷

 <https://orcid.org/0000-0003-4690-9327>

Jamile Lopes de Moraes ⁸

 <https://orcid.org/0000-0003-1861-0790>

Maria Roselise Bezerra Saraiva ⁹

 <https://orcid.org/0000-0003-4874-9013>

¹⁻³ Centro de Ciências. Universidade Federal do Ceará. Rua Alexandre Baraúna, 1115. Rodolfo Teófilo. Fortaleza, CE, Brasil. CEP: 60.455-760. E-mail: mateusmourah@hotmail.com

⁴⁻⁷ Departamento de Enfermagem. Universidade Federal do Ceará. Fortaleza, CE, Brasil.

^{8,9} Maternidade Escola Assis Chateaubriand. Fortaleza, CE, Brasil.

Resumo

Objetivos: descrever o perfil de mulheres acometidas por parto prematuro e os desfechos neonatais em maternidade de referência, na cidade de Fortaleza-CE, Brasil.

Métodos: estudo do tipo documental, descritivo, retrospectivo, com abordagem quantitativa, realizado de janeiro a dezembro de 2017, com 253 prontuários de mulheres que tiveram parto prematuro em maternidade de referência.

Resultados: média de idade de 28 anos, com prevalência de mulheres vivendo em união estável, ensino médio completo, sem trabalho formal. A média gestacional foi de três gravidezes, idade gestacional de 34 semanas e três dias e seis consultas de pré-natal, iniciando no primeiro trimestre. A maior intercorrência foi a pré-eclâmpsia. Relacionado aos dados neonatais, houve prevalência de recém-nascidos do sexo masculino, com média de 2,251 quilos e escore sete no Apgar do 1º minuto e oito, no Apgar do 5º minuto. Recém-nascidos indo para alojamento conjunto após o parto e em ar ambiente, tendo passado, em média, 12,71 dias internados.

Conclusões: no caso da pesquisa, conhecer o perfil dessa mulher e os desfechos do recém-nascido prematuro é útil para estimular as políticas públicas e diminuir as sequelas para mãe e bebê.

Palavras-chave Prematuro, Trabalho de parto, Fatores de risco



Introdução

A prematuridade é a principal condição associada à mortalidade neonatal e infantil, com aumento dos casos em todo o mundo. No Brasil, a taxa nacional de prematuridade passou de 9,8%, em 2011, para 11,86%, em 2012, estando entre os 10 países que mais nascem prematuros, cerca de 280 mil partos pré-termos no país, tornando-se mais significativo quando se sabe que 70% dos prematuros morrem comatê 28 dias de vida.^{1,2}

A mortalidade infantil corresponde à morte de criança no primeiro ano de vida, podendo ser no período neonatal, que corresponde ao óbito acontecendo entre zero e 27 dias de vida, ou no período pós-natal, óbito ocorrendo entre 28 até 364 dias de vida.³

O principal componente da mortalidade infantil é a mortalidade neonatal precoce, acontecendo a maior parte das mortes nas primeiras 24 horas, indicando relação próxima ao parto e nascimento, estando a prematuridade como umas das principais causas, além da malformação congênita, asfixia intraparto, infecções perinatais e fatores maternos.⁴

Muitos nascidos pré-termos evoluem com sequelas em diversos sistemas, aumentando a morbimortalidade infantil. Com RN prematuro, a mãe enfrenta o inesperado: lidar com bebê que pode não sobreviver e que exigirá cuidados maiores.^{5,6}

O Brasil conseguiu reduzir as taxas de mortalidade infantil de 51 mortes por mil nascidos vivos, em 1990, para 15 por mil nascidos vivos, em 2015, porém os índices continuam elevados, com 19,88 mortes por mil nascidos vivos e a mortalidade neonatal representando 70% das mortes infantis em todas as regiões do país.⁷

Também, tem-se o baixo nível socioeconômico materno associado à prematuridade, devido à subnutrição, às infecções e à carência de assistência pré-natal adequada, além do tabagismo, uso de drogas ilícitas, gestações múltiplas e grandes desgastes físicos e psicológicos. A gravidez na adolescência, um dos extremos de idade relatado, evidencia que esse grupo relação com parto prematuro e recém-nascido de baixo peso, com atenção para outros fatores combinados, como vulnerabilidade social, reduzido acesso aos serviços de saúde, hábitos e nutrição inadequada, dentro outros.^{8,9}

Assim como a adolescência está associada ao parto prematuro, as gestações em idade avançada também. Em virtude das mudanças no estilo de vida de mulheres, gestações acima de 40 anos estão mais frequentes, tendo associação com complicações maternas, fetais, do recém-nascido, na gestação e no

parto.¹⁰

Com isso, a melhor forma de evitar ou diminuir as taxas de mortalidade e os problemas e sequelas relacionadas à prematuridade é reduzir os nascimentos prematuros. Para tanto, é necessário identificar os principais fatores de risco para esse evento e agir. Logo, o momento ideal para essa ação é o pré-natal, que vem se mostrando como fator empoderador para diminuição das taxas de nascimentos prematuros, devido à melhor avaliação de gestantes e tempo para repassar informações essenciais.^{11,12}

A partir do exposto, o estudo se justifica pela necessidade de diminuir os casos de partos prematuros, devido às implicações relacionadas a esse período de nascimento, e de entender os fatores de risco que levam a esse desfecho, podendo, assim, evitá-los. Ademais, destaca-se que na maternidade estudada, ocorreram, no ano de 2017, 4.853 partos, destes, 1.375 (28,3%) foram prematuros, sendo necessária análise dos fatores influenciadores para essa ocorrência, visando diminuição do evento.

Assim, estudo buscar responder às questões: qual o perfil de mulheres acometidas por parto prematuro? Quais os desfechos neonatais? Tendo como objetivo descrever o perfil de mulheres acometidas por parto prematuro e os desfechos neonatais, em maternidade de referência, na cidade de Fortaleza-CE, Brasil.

Métodos

Estudo do tipo documental, descritivo, retrospectivo, com abordagem quantitativa. O estudo documental é uma investigação empírica, cuja finalidade é o delineamento ou análise das características de fatos ou fenômenos, a avaliação de programas, ou o isolamento de variáveis principais ou chaves.¹³

Os estudos descritivos consistem em observar, descrever e documentar aspectos de determinada situação. A pesquisa quantitativa, que tem as raízes no pensamento positivista lógico, tende a enfatizar o raciocínio dedutivo, as regras da lógica e os atributos mensuráveis da experiência humana.¹⁴

O estudo foi realizado na Maternidade Escola Assis Chateaubriand (MEAC), instituição de referência do Estado do Ceará, pertencente ao complexo Hospitalar da Universidade Federal do Ceará (UFC), vinculada ao Sistema Único de Saúde (SUS), em questão desenvolvidas atividades de média e alta complexidade, na atenção hospitalar e ambulatorial à mulher e ao recém-nascido. A missão é promover formação de recursos humanos em ações de aprendizagem, ensino, pesquisa e extensão, realizando serviço de excelência à mulher e recém-nascido.

Foram coletados dados de mulheres que tiveram RN de janeiro a dezembro de 2017.

População composta por mulheres que tiveram filhos prematuros entre janeiro e dezembro de 2017, na referida maternidade. Foram utilizadas fontes secundárias para coleta dos dados. Foram considerados como critério de inclusão do estudo puéperas que tiveram como desfecho o nascimento de RN a partir de 21 semanas até 36 semanas e seis dias. Foram excluídas mulheres com recém-nascidos portadores de malformações congênitas e aquelas para as quais não foi possível calcular idade gestacional (ausência de informações maternas e óbitos neonatais antes da realização do exame físico e cálculo do *New Ballard Score*).

Tendo em vista que no ano de 2017 ocorreram 4.853 partos na maternidade estudada, entre partos vaginais e abdominais, destes, 1.375 foram partos prematuros, foram pesquisadas 253 mulheres a partir da fórmula de cálculo amostral para populações finitas.

A amostra foi aleatória simples, em que cada componente da população tem a mesma chance de ser elegido para compor o estudo, sendo calculada com base na fórmula a seguir para populações finitas, como dito, aplicando-se o coeficiente de confiança de 95%, a prevalência de 28% para os trabalhos de parto prematuros e erro amostral máximo permitido de 5%, totalizando o número da amostra final de 253 mulheres. A fórmula utilizada para o cálculo amostral foi¹⁵:

$$n = \frac{Z^2 \cdot p \cdot q \cdot N}{e^2 \cdot (N-1) + Z^2 \cdot p \cdot q}$$

Onde: n = Tamanho da amostra;
 Z² = Coeficiente de confiança;
 N = Tamanho complementar;
 q = Percentual qual o fenômeno se verifica;
 p = Percentual com o da população e
 e² = Erro máximo permitido.

A coleta de dados ocorreu de julho a outubro de 2018, cujos dados foram obtidos do prontuário da mulher, do recém-nascido, da Declaração de Nascidos Vivos e da ficha de avaliação do RN, utilizando-se instrumento previamente elaborado.

Utilizou-se Formulário de Identificação do Perfil Sociodemográfico, Obstétrico e Neonatal, dividido em quatro blocos: dados de identificação, antecedentes obstétricos, gravidez e parto atual e componente neonatal. Os dados do estudo foram coletados e gerenciados, usando ferramenta eletrônica de coleta e gerenciamento de dados REDCap1, hospedadas na

Unidade de Pesquisa Clínica do Complexo de Hospitais Universitários da UFC e apresentados através de tabelas.¹⁶

O projeto foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da Maternidade Escola Assis Chateaubriand, via Plataforma Brasil, com Número do Parecer 2.786.220. Foi assinado o Termo de Fiel depositário, por se tratar de pesquisa com fontes secundárias.

Resultados

No ano de 2017, ocorreram 4.853 partos na instituição de estudo, dentre vaginais e cesáreos, destes, 1.375 foram prematuros, correspondendo a 28,3% de todos os partos do hospital.

Quando avaliado o perfil sociodemográfico das 253 mulheres que tiveram parto prematuro, no ano de 2017, na referida maternidade, constatou que com relação à procedência das mulheres pesquisadas, 63,1% eram da capital de Fortaleza e 36,9% do interior.

A idade mínima que as mulheres do estudo apresentaram foi de 12 anos e a máxima, 46, sendo a média de 28 anos (DP = 7,29). Com relação ao estado civil, encontrou-se que as mulheres que vivem em união estável corresponderam a 41,9%, 37,2% com ensino médio completo. Quanto à ocupação, 49,1% eram do lar (Tabela 1).

Com relação aos antecedentes obstétricos, o número de gestações variou de uma a 11, sendo a média gestacional de três gravidezes (DP = 1,58), tendo os partos variado de nenhum a oito, com a média de um parto (DP = 1,27). Sendo 75 primíparas (29,6%) e 178 multíparas (70,4%). Os abortos variaram de nenhum a quatro, sendo a média de 0,4 abortos (DP = 0,76).

Quando relacionado à natimortalidade, variou de zero a dois, com média de 0,01 natimortos (DP = 0,13). No tocante ao número de cesáreas, observou-se de zero a quatro, com média de 0,43 (DP = 0,78) e os partos normais variaram de zero a oito, com média de 0,74 (DP = 1,20).

Relacionado aos dados de gravidez e parto atual, a idade gestacional variou de 21 a 36 semanas gestacionais, com média de 34 semanas gestacionais (DP = 3,04), e quanto aos dias, de zero a seis dias, com média de três dias (DP = 2,05), resultando em média gestacional de 34 semanas e três dias. Quando pesquisada a forma de mensurar a idade gestacional, 79,9% foi pela ultrassonografia (US) do primeiro trimestre, 14,3% do segundo, 2,7% US do terceiro, 1,9% pela data da última menstruação e 1,2% pelo Capurro.

Tabela 1

Distribuição das características sociodemográficas de mulheres que tiveram parto prematuro, em Fortaleza, CE, Brasil, 2017 (n=253).

Variáveis	N	%
Procedência		
Capital	159	63,1
Interior	93	36,9
Estado Civil		
Solteira	65	25,7
União estável	106	41,9
Casada	81	32
Viúva	0	0
Divorciada	1	0,4
Escolaridade		
Sem escolaridade	1	0,4
1° ao 4° ano	8	3,2
5° ao 9° ano	73	28,8
Ensino médio completo	94	37,2
Ensino médio incompleto	41	16,2
Superior completo	25	9,9
Superior incompleto	11	4,3
Ocupação		
Do lar	124	49,1
Estudante	22	8,7
Agricultora	13	5,1
Professora	10	3,9
Outras	84	33,2

As consultas de pré-natal variaram de nenhuma a 13 consultas, sendo a média de seis consultas (DP = 1,33). Quanto ao início do pré-natal, verificou-se que 69,7% iniciaram o pré-natal no primeiro trimestre, 20,1% no segundo e 0,8% no terceiro, sendo que 9,4% dos prontuários não havia informação do início do pré-natal.

Com relação ao uso do tabagismo, 94,9% não fizeram uso e 5,1% fizeram. No concernente ao uso de álcool, 95,3% não usaram e 4,7% fizeram uso do álcool na gestação. Quando investigado o uso de drogas ilícitas, 98% não utilizaram e 2% usaram algum tipo de droga ilícita.

Com relação às intercorrências presentes na gestação os maiores casos foram a pré-eclâmpsia com 42%, seguida da infecção urinária do terceiro trimestre (24,4%), ameaça de parto prematuro (22,3) gravidez múltipla (11,6%), diabetes (11,6%), hemorragia do primeiro trimestre (9,4%), restrição de crescimento intrauterino (1,3%). Além de outras intercorrências que totalizaram 33% entre hipotireoidismo, sífilis, arboviroses, retroviroses, dentre outras (Tabela 2).

Os partos prematuros anteriores variaram de

zero a quatro, com média de 0,86, sendo que 85,8% não tinham registro no prontuário. As doses de corticoide variaram de nenhuma a cinco, sendo a média de 1,2 (DP = 0,88), sendo 4,3% sem registro.

Quanto às internações durante a gestação, 70,4% não precisaram se internar por nenhum motivo e 29,6% internaram. Quando pesquisado o motivo dessa internação, 30,6% foram por pré-eclâmpsia; 20%, por rompimento prematuro de membranas ovulares; 13,3%, por trabalho de parto prematuro; e 13,3%, por outros motivos, tendo 10,6% da informação ausente no prontuário.

Com relação ao tipo de gestação atual, 87,7% era única e 12,3%, dupla. O tipo de parto mais preponderante foi o cesáreo (66,8%), seguido de parto vaginal (33,2%). A indicação de cesariana mais prevalente foi a pré-eclâmpsia (40,2%), seguida da gemelaridade (10,6%), cesárea anterior (8,9) e outras (53,2%).

Com relação aos dados neonatais, 53,5% foram do sexo masculino e 46,5% do feminino. O peso variou de 490 gramas a 3,840 quilos, com média de 2,251 quilos (DP = 671). O Apgar no primeiro minuto variou de 1 a 10, com média de 7 (DP = 2), e

no quinto minuto, variou de 3 a 10, com média de 8 (DP = 1).

Quando investigada a apresentação fetal do parto, 79,8% foi cefálica, 18,5% pélvica e 1,7% transversa. Com relação à cesárea ocorrida antes do trabalho de parto, 62,7% foi antes e 37,3% depois do trabalho de parto já ter iniciado.

Quando investigado para qual unidade o recém-nascido prematuro foi encaminhado, 39,2% foram

para o alojamento conjunto, 31,6% para Unidade de Tratamento Intensivo, dentre 3A e 3B, e 29,2% para Unidade de Cuidados Intermediários Convencionais, dentre UCINCO I e II. Quando avaliado com qual mecanismo respiratório o paciente saiu da sala da neonatologia, 49,1% foi em ar ambiente, 26,1% em Hood, 13,4% intubado e 11,4% em CPAP. O tempo para alta hospitalar variou de zero a 132 dias, com média de 12,71 dias (DP = 21,46).

Tabela 2

Distribuição de mulheres que tiveram partos prematuros, segundo intercorrências obstétricas. Fortaleza, CE, Brasil, 2017 (n=253).

Variáveis	N	%
Pré-eclâmpsia	94	42,0
Hipertensão prévia	23	10,3
Infecção do trato urinário do 1º trimestre	45	20,1
Infecção do trato urinário do 2º trimestre	36	16,1
Infecção do trato urinário do 3º Trimestre	57	24,4
Infecção do trato urinário tratado	67	29,9
Infecção do trato urinário não tratada	32	14,3
Gravidez múltipla	26	11,6
Ameaça de parto prematuro	50	22,3
Hemorragia do 1º trimestre	21	9,4
Hemorragia do 2º trimestre	14	6,3
Hemorragia do 3º trimestre	16	7,1
Diabetes	12	5,4
Diabetes em uso de insulina	9	4,0
Diabetes em uso de hipoglicemiante	5	2,2
Restrição de crescimento intrauterino	8	1,3
Cardiopatias	2	0,9
Outras	74	33,0

Discussão

Os dados sociodemográficos foram similares em outro estudo, no qual puérperas de parto prematuro apresentaram média de idade de 20 a 29 anos, companheiro fixo, até oito anos de estudo e não desenvolviam atividade remunerada, além de associação significativa da variável escolaridade materna e ocupação materna com a prematuridade. Quanto menor a escolaridade materna, maior a chance de prematuridade, pois essas mulheres tendem a constituir grupo social em desvantagem de recursos materiais e apoio social e, da mesma forma, a ocupação não remunerada.¹²

Ainda com relação à idade materna, encontrou-se, em outro estudo, que mães adolescentes têm mais chances de ter filhos prematuros e baixos escores de Apgar no quinto minuto comparado a mulheres adultas.¹⁷ Outra pesquisa, complementando a ante-

rior, encontrou significância quando comparou mulheres com mais de 35 anos de idade e prematuridade.¹⁸

Porém, não se sabe se a idade é fator de risco independente ou confundido com doenças crônicas e fatores sociodemográficos, pois a idade avançada aumenta a probabilidade de doenças crônicas e problemas na gravidez. Porém, no estudo atual, a média de idade foi de 28 anos, não estando nos extremos de idade.¹⁹

Quando comparada a paridade, neste estudo, constatou-se maior número, oito mulheres multiparas, sendo diferente de com estudo similar que encontrou mais primíparas.²⁰

Para determinar a idade gestacional, normalmente se utiliza o peso como fator de desfecho neonatal, quando visto o recém-nascido pré-termo pela dificuldade de determinar a Idade Gestacional (IG), mas que é consenso a utilização da ultrassono-

grafia antes da 20ª semana gestacional como melhor análise. Todavia, neste estudo, os métodos mais utilizados para determinar a IG foram data da última menstruação e Capurro, feito pelos pediatras;¹ todavia, nesta pesquisa, foi possível determinar a IG pela US do primeiro trimestre.

Em estudo que analisou os nascimentos hospitalares de determinado município, em período de três anos, evidenciou-se significância quando se compararam menos de seis consultas de pré-natal e prematuridade, porém, nesta pesquisa, a média foi de seis consultas, correspondendo ao preconizado que recomenda, também, no mínimo, esse número de consultas e início do pré-natal no primeiro trimestre, corroborando o encontrado na literatura.⁵⁻²¹

Por vezes, é importante observar que além da quantidade de consultas, a qualidade do pré-natal é imprescindível, pois se encontrou associação entre qualidade da consulta de pré-natal e prematuridade, constatando que puérperas com filhos prematuros tiveram menor qualidade da consulta de pré-natal, demonstrando necessidade de observação rigorosa e qualidade desse atendimento.²²

Estudo com gestantes expostas e não expostas ao tabaco evidenciou que mulheres fumantes ativas e passivas têm mais risco de parto prematuro, quando comparada a não fumantes, além de terem chance maior de filhos com baixo peso, apesar do mecanismo biológico ainda não está claro, todavia, sabe-se que a nicotina causa vasoconstrição, alterando a integridade das membranas amnióticas. E, no baixo peso, a interação é do tabaco, influenciando na hipóxia placentária, prejudicando a troca de nutrientes,²³ porém, neste estudo, não houve prevalência de gestantes fumantes ativas.

Estudo com gestantes na Tanzânia encontrou que os fatores predisponentes para uso de álcool na gestação é fazer uso do álcool antes da gestação, ter parceiro ou outros parentes que usam, trabalhar com bebidas e ter vivenciado complicações anteriores.²⁴ Outro estudo aponta que o uso de álcool na gestação é prejudicial tanto para a mãe quanto para o feto, pois atravessa a barreira placentária, podendo causar efeitos teratogênicos,²⁵ porém, mais uma vez, as mulheres estudadas não usavam álcool, em maioria.

O fato de ter tido intercorrência na gestação é significativa para prematuridade, sendo evidenciada que a pré-eclâmpsia foi a maior desta, mostrando-se similar a este estudo e, também, significância com o desfecho estudado.¹²

Acerca do uso de corticoide em trabalhos de parto prematuro, constatou-se que o protocolo da instituição estudada recomendava duas doses de corticoide, se Betametasona, ou quatro doses, se a

Dexametasona, e a média de doses foi inferior ao recomendado.²⁶

De acordo com outro estudo, o uso de corticoide em recém-nascidos pré-termos tardios diminuiu a necessidade de suporte respiratório nas primeiras 72 horas, além de reduzir o uso de surfactante, ressuscitação e permanência prolongada em berçários.²⁷ Em outra pesquisa, evidenciou-se outra faixa de idade gestacional, complementando o estudo anterior que mostrou que o corticoide diminui as taxas de mortalidade e morbidade hospitalares, na maioria das estações, e apoia a administração em pacientes de 23 a 34 semanas gestacionais.²⁸

Quando analisadas as causas de internação, percebeu-se que a maior causa foi por pré-eclâmpsia. Outra pesquisa também encontrou mais casos dessa patologia, descrevendo-a como a principal causa de mortalidade materna no Brasil e terceira no mundo, sendo no Brasil, em torno, de 10% ou mais e no mundo, acometendo 2 a 8% das gestações.² Estudo constatou que mais da metade das gestações duplas foi prematura e 100% dos casos quando a gestação era tripla ou mais,¹ porém, neste estudo, houve prevalência de gestações únicas.

Quando investigados os desfechos neonatais, percebeu-se maior frequência de prematuridade em recém-nascidos com piores escores de Apgar no quinto minuto e com baixo peso ao nascimento, porém, com relação ao sexo, não se encontrou diferença estatisticamente significativa.¹⁹ Neste estudo, a média de Apgar estava adequada, porém a de peso foi baixa.

Em outra pesquisa, a cesariana apresentou maior proporção de partos prematuros, entretanto, com a ressalva de avaliar o risco da continuação da gestação e o nascimento de bebê prematuro, sendo a pré-eclâmpsia a causa mais comum de cesariana planejada, corroborando com estudo que apresentou prevalência de cesarianas e mulheres com pré-eclâmpsia, como descrito.¹⁹

A prematuridade dobrou o risco de internação no período neonatal e encontrou associação com a mortalidade neonatal, mostrando que a prematuridade está relacionada à mortalidade e morbidade neonatal. A prevalência de internação foi 10 vezes maior em pré-termos, comparados aos recém-nascidos a termo, corroborando, mais uma vez, com achado de estudo que comprovou que recém-nascidos passavam em média 12,71 dias internados.²⁹

Observou-se que o conhecimento do perfil de gestantes acometidas por parto prematuro em maternidade e respectivos desfechos neonatais, relacionando características sociodemográficas, antecedentes obstétricos, gravidez e parto atual e

dados neonatais, tem relevância, por permitir traçar estratégias de minimização de ocorrência de eventos graves. Assim, a pesquisa torna-se relevante por estimular as políticas públicas de saúde que visem diminuir intercorrências materno-fetais, garantindo assistência adequada, com enfoque na promoção da saúde e prevenção de sequelas.

O estudo apresentou como limitação algumas informações ausentes nos prontuários, sendo recomendados estudos adicionais para abordar essa temática tão ampla. Considera-se que conhecer e compreender o parto prematuro e toda a repercussão desse evento para mulher e recém-nascido é importante para melhoria da assistência em todo o processo de saúde-doença.

Referências

1. Tuon RA, Ambrosano GMB, Silva SMCV, Pereira AC. Impacto do monitoramento telefônico de gestantes na prevalência da prematuridade e análise dos fatores de risco associados em Piracicaba, São Paulo, Brasil. *Cad Saúde Pública*. 2016; 32 (7): 1-16.
2. Pereira SSM, Oliveira MNJ, Koller JMRC, Miranda FCA, Ribeiro IP, Oliveira ADS. Perfil de gestantes acometidas de parto prematuro em uma maternidade pública. *Rev Pesq Cuid Fundam*. 2018; 10 (3): 758-63.
3. Silva PLN, Costa AA, Farias HMT, Rocha LMF, Oliveira MA, Damasceno RF. Evitabilidade da mortalidade infantil na região de saúde de Janaúba / Monte Azul, Minas Gerais, Brasil. *J Health Biol Sci*. 2018; 6 (1): 35-41.
4. Lansky S, Friche AAL, Silva AAM, Campos D, Bittencourt SDA, Carvalho ML, Frias PG, Cavalcante RS, Cunha AJLA. Pesquisa nascer do Brasil: perfil da mortalidade neonatal e avaliação da assistência à gestante e ao recém-nascido. *Cad Saúde Pública*. 2014; 30 (Supl. 1): 192-207.
5. Guimarães EAA, Vieira CS, Nunes FDD, Januário GC, Oliveira VC, Tibúrcio JD. Prevalência e fatores associados à prematuridade em Divinópolis, Minas Gerais, 2008-2011: análise do Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos. *Epidemiol Serv Saúde*. 2017; 26 (1): 91-8.
6. Silva IO, Aredes ND, Bicalho MB, Delácio NC, Mazzo LD, Fonseca LM. Cartilha sobre o prematuro como tecnologia educacional para família: estudo quase experimental. *Acta Paul Enferm*. 2018; 31 (4): 334-41.
7. Demitto MO, Gravena AAF, Dell'agnolo CM, Antunes MB, Pelloso SM. Gestação de alto risco e fatores associados ao óbito neonatal. *Rev Esc Enferm USP*. 2017; 51 (e03208): 1-8.
8. Tabile PM, Teixeira RM, Toso G, Matras RC, Fuhrmann IM, Pires MC, Assmann LL. Características dos partos pré-termo em hospital de ensino do interior do Sul do Brasil: análise de 6 anos. *Rev AMRIGS*. 2016; 60 (3): 168-72.
9. Santos NAAC, Costa COM, Amaral MTR, Vieira GO, Bacelar EB, Almeida AHV. Gravidez na adolescência: análise de fatores de risco para baixo peso, prematuridade e

Agradecimentos

Agradecemos ao Pedro Montoro Françaço pela tradução desse documento.

Contribuição dos autores

Silva MM participou de todas as etapas. Brito ALS e Souto REM: realizaram coleta. Vasconcelos IA participou da coleta e discussão. Rocha RP revisão de literatura. Esteche CMGC fez análise estatística e resultados. Damasceno AKC e Moraes JL participaram da discussão e Saraiva MRB participou dos resultados e discussão. Todos os autores aprovaram a versão final do artigo.

10. Canhaço EE, Bergamo AM, Lippi UG, Lopes RGC. Resultados perinatais em gestantes acima de 40 anos comparados aos das demais gestações. *Einstein*. 2015; 13 (1): 58-64.
11. Buendgens BB, Teles JM, Gonçalves AC, Bonilha ALL. Características maternas na ocorrência da prematuridade tardia. *Rev Enferm UFPE online*. 2017; 11 (Supl. 7): 2897-906.
12. Gonzaga ICA, Santos SLD, Silva ARV, Campelo V. Atenção pré-natal e fatores de risco associados à prematuridade e baixo peso ao nascer em capital do nordeste brasileiro. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2016; 21 (6): 1965-74.
13. Marconi MA, Lakatos EM. *Fundamento de Metodologia Científica*. 7 ed. São Paulo: Atlas; 2010.
14. Polit DF, Beck CT. *Fundamentos de Pesquisa em Enfermagem: avaliação de evidências para a prática de enfermagem*. 7 ed. Porto Alegre: Artmed; 2011.
15. Ulysses FD. *Introdução à bioestatística para simples mortais*. São Paulo: Negócio Editora; 1999.
16. Harris PA, Taylor R, Thielke R, Payne J, Gonzalez N, Conde JG. Research electronic data capture (REDCap) – A metadata-driven methodology and workflow process for providing translational research informatics support. *J Biomed Inform*. 2009; 42 (2): 377-81.
17. Egbe TO, Omeichu A, Halle-ekane GE, Tchente CN, Egbe EN, Oury JF. Prevalence and outcome of teenage hospital births at the buea health district, South West Region, Cameroon. *Reprod Health*. 2015; 12 (118): 1-10.
18. Alves NCC, Feitosa KMA, Mendes MES, Caminha MFC. Complicações na gestação em mulheres com idade maior ou igual a 35 anos. *Rev Gaúcha Enferm*. 2017; 38 (4): 1-8.
19. Oliveira LL, Gonçalves AC, Costa JSD, Bonilha ALL. Fatores maternos e neonatais relacionados à prematuridade. *Rev Esc Enferm USP*. 2016; 50 (3): 382-9.
20. Junior ARF, Albuquerque RAS, Aragão SR, Rodrigues MENG. Perfil Epidemiológico de mães e recém-nascidos

- prematuros. *Rev Enferm Contemp*. 2018; 7 (1): 6-12.
21. Brasil. Ministério da Saúde. Atenção ao pré-natal de baixo risco. Brasília, DF; 2012.
22. Melo EC, Oliveira RR, Mathias TAF. Fatores associados à qualidade do pré-natal: uma abordagem ao nascimento prematuro. *Rev Esc Enferm USP*. 2015; 49 (4): 540-9.
23. Ribot B, Isern R, Hernández-martínez C, Canals J, Aranda N, Arijia V. Impacto del tabaquismo, la exposición pasiva al tabaco y el dejar de fumar sobre la salud del recién nacido. *MedClin (Barc)*. 2014; 143 (2): 57-63.
24. Melo M, Kibusi SM, Moshi F, Nyundo A, Ntwenya JE, Mpondo BCT. Prevalence and Factors Influencing Alcohol Use in Pregnancy among Women Attending Antenatal Care in Dodoma Region, Tanzania: A Cross-Sectional Study. *J Pregnancy*. 2018; 2018 (8580318): 1-7.
25. Baptista FH, Rocha KBB, Martinelli JL, Avó LRS, Ferreira RA, Germano CMR, Melo DG. Prevalência e fatores associados ao consumo de álcool durante a gravidez. *Rev Bras Saúde Mater Infant*. 2017; 17 (2): 281-9.
26. Garcia CAO, Júnior J FS, Paiva JP, Feitosa FEL. Maternidade Escola Assis Chateaubriand- Protocolo Clínico de Trabalho de Parto Prematuro. [acesso 26 nov 2018]. Disponível em: <http://www.ebserh.gov.br/documents/214336/1109086/PRO.OBS.029++REV1+TRABALHO+DE+PARTO+PREMATURO.pdf/d4014821-e7bb-462f-925a-6ac2830055b9>
27. Gyamfi-bannerman C, Thom EA, Blackwell SC, Tita AT, Reddy UM, Saade GR, Rouse DJ, Mckenna DS, Clark EA, Thorp MJ, Chien EK, Peaceman AM, Gibbs RS, Swamy GK, Norton ME, Casey BM, Caritis SN, Tolosa JE, Sorokin Y, Vandorsten JP, Jain L; NICHD Maternal-Fetal Medicine Units Network. Betamethasone for Women at Risk for Late Preterm Delivery. *New Engl J Med*. 2016; 374 (14): 1311-20.
28. Travers CP, Clark RH, Spitzer AR, Das A, Garite TJ, Carlo WA. Exposure to any antenatal corticosteroids and outcomes in preterm infants by gestational age: prospective cohort study. *BMJ*. 2017; 356 (j1039): 1-7.
29. Quaresma ME, Almeida AC, Méio MDB, Lopes JMA, Peixoto MVM. Fatores associados a internação durante o período neonatal. *J Pediatr*. 2018; 94 (4): 390-8.

Recebido em 15 de Fevereiro de 2019

Versão final apresentada em 6 de Agosto de 2020

Aprovado em 8 de Setembro de 2021