

## Perfil epidemiológico da prematuridade na região da Ibiapaba

### Epidemiological profile of prematurity in the Ibiapaba region

DOI:10.34119/bjhrv6n3-312

Recebimento dos originais: 02/05/2023

Aceitação para publicação: 07/06/2023

#### **Alysan Gomes de Vasconcelos**

Especialista em Bioquímica e Biologia Geral com Ênfase em Qualidade de Vida, Saúde e Meio Ambiente

Instituição: Centro Universitário Inta (UNINTA)

Endereço: R. Antônio Rodrigues Magalhães, 359, Dom Expedito, Sobral - CE,  
CEP: 62050-100

E-mail: alysan-gomes@hotmail.com

#### **Carlos Helton Vieira de Miranda**

Especialista em Bioquímica e Biologia Geral com Ênfase em Qualidade de Vida, Saúde e Meio Ambiente

Instituição: Centro Universitário Inta (UNINTA)

Endereço: R. Antônio Rodrigues Magalhães, 359, Dom Expedito, Sobral - CE,  
CEP: 62050-100

E-mail: heltinhoserrano@hotmail.com

#### **Renaledângela Gomes de Vasconcelos**

Especialista em Urgência e Emergência

Instituição: Centro Universitário Inta (UNINTA)

Endereço: R. Antônio Rodrigues Magalhães, 359, Dom Expedito, Sobral - CE,  
CEP: 62050-100

E-mail: renaledangela@hotmail.com

#### **Thaís Gomes de Vasconcelos**

Graduada em Farmácia

Instituição: Centro Universitário Inta (UNINTA)

Endereço: R. Antônio Rodrigues Magalhães, 359, Dom Expedito, Sobral - CE,  
CEP: 62050-100

E-mail: thaisgv11@hotmail.com

#### **Zilmara Tavares de Souza Cosme**

Especialista em Urgência e Emergência

Instituição: Centro Universitário Inta (UNINTA)

Endereço: R. Antônio Rodrigues Magalhães, 359, Dom Expedito, Sobral - CE,  
CEP: 62050-100

E-mail: zilmara\_22@hotmail.com

**Mariana Rodrigues Bezerra**

Graduada em Enfermagem

Instituição: Universidade Estadual Vale do Acaraú

Endereço: Av. Padre Francisco Sadoc de Araújo, 850, Alto da Brasília, Sobral - CE,

CEP: 62010-295

E-mail: rmariana774@gmail.com

**Rita de Cássia Abreu Souza**

Especialista em Saúde Mental

Instituição: Faculdade Pitágoras

Endereço: Avenida São Luís Rei de França, 32, Turu, São Luís - MA

E-mail: ritadekassiaabreusouza@gmail.com

**Ana Larissy Parente Donato**

Graduada em Enfermagem

Instituição: Centro Universitário Inta (UNINTA)

Endereço: R. Antônio Rodrigues Magalhães, 359, Dom Expedito, Sobral - CE,

CEP: 62050-100

E-mail: analarissy@gmail.com

**RESUMO**

A prematuridade é fruto de motivos diversos e não previsíveis, em qualquer lugar e classe social. Acarreta às famílias e à sociedade um dispêndio social e financeiro de difícil medida. Requer da estrutura assistencial habilidade técnica e equipamentos nem sempre acessíveis. Acomete diretamente a estrutura familiar modificando as expectativas e anseios que envolvem a perinatalidade. É dificultoso determinar os fatores que induzem e são induzidos pelo intrincado processo do nascimento prematuro. A pesquisa teve com objetivo caracterizar o perfil epidemiológico dos recém-nascidos prematuros na região da Ibiapaba, Foi realizada no Hospital Maternidade Madalena Nunes em Tianguá, por meio de análise de prontuários de gestantes que realizaram parto prematuro moderado no ano de 2011 a 2013. O estudo foi descritivo-exploratório com abordagem quantitativa do tipo documental. As informações foram coletadas por meio de um instrumento do tipo formulário *checklist*. Com base na pesquisa apresentada, a maioria dos trabalhos de partos prematuros tem origem desconhecida, evoluindo fisiologicamente como acontece nos partos a termo. Existe uma incidência elevada de partos, pré-termo na região da Ibiapaba, e isso torna o assunto um importante problema de saúde em pública. Os resultados mostraram que a faixa etária que apresentou maior número de gestantes que realizaram partos pré-termo foi a faixa etária de 26 a 30 anos, com média de 28%. A maioria das gestantes (51,2%) tem somente o ensino fundamental completo. A população estudada, 65,9%, não teve parto prematuro anterior. O estudo demonstrou que 34,1% realizaram de 0 a 5 consultas de pré-natal, 54,9% realizaram de 6 a 9 consultas e 11% de 10 a 11 consultas. Em relação ao peso do RNPT ao nascer apresentado na tabela 16 a seguir, observou-se que a maioria dos RNs apresentou peso igual ou superior a 2000g, independentemente da idade gestacional. A partir dos dados coletados e analisados, podemos constatar a necessidade de se desenvolvimento de estratégias e a capacitação dos profissionais responsáveis pelo acompanhamento da gestante, para o reconhecimento precoce de sinais e sintomas que possam evoluir para o parto antes do termo e dessa forma tentar reduzir as taxas de morbidade e mortalidade neonatal.

**Palavras-chave:** trabalho de parto prematuro, prematuridade, neonatologia.

## ABSTRACT

Prematurity is the result of different and unpredictable reasons, in any place and social class. It entails a difficult social and financial expense for families and society. It requires technical skill from the care structure and equipment that is not always accessible. It directly affects the family structure, modifying the expectations and anxieties surrounding perinatality. It is difficult to determine the factors that induce and are induced by the intricate process of premature birth. The research aimed to characterize the epidemiological profile of premature newborns in the Ibiapaba region. study was descriptive-exploratory with quantitative approach of documentary type. The information was collected through a checklist form instrument. Based on the research presented, most preterm labor has an unknown origin, evolving physiologically as it happens in term deliveries. There is a high incidence of preterm births in the Ibiapaba region, and this makes the subject an important public health problem. The results showed that the age group with the highest number of pregnant women who had preterm births was the age group from 26 to 30 years old, with an average of 28%. Most pregnant women (51.2%) only completed elementary school. The studied population, 65.9%, had no previous premature delivery. The study showed that 34.1% had 0 to 5 prenatal consultations, 54.9% had 6 to 9 consultations and 11% had 10 to 11 consultations. Regarding the weight of the PTNB at birth shown in Table 16 below, it was observed that most NBs weighed 2000g or more, regardless of gestational age. From the data collected and analyzed, we can see the need to develop strategies and train the professionals responsible for monitoring the pregnant woman, for the early recognition of signs and symptoms that may progress to delivery before term and thus try to reduce neonatal morbidity and mortality rates.

**Keywords:** premature labor, prematurity, neonatology.

## 1 INTRODUÇÃO

A prematuridade é considerada um grande problema de saúde pública, principalmente nos países em desenvolvimento, devido ao alto índice de morbimortalidade infantil. A Organização Mundial de Saúde (OMS) utiliza a classificação relacionada à idade gestacional do neonato da seguinte forma: pré-termo ou prematuro é todo aquele que nasce com menos de 37 semanas completas de idade gestacional (ou com menos de 259 dias de gestação), a termo é todo aquele que nasce entre a 37<sup>a</sup> e 41<sup>a</sup> semanas e seis dias e, pós-termo, é todo aquele que nasce com 42 semanas ou mais de idade gestacional (BRASIL, 2004).

A prematuridade é fruto de motivos diversos e não previsíveis, em qualquer lugar e classe social. Acarreta às famílias e à sociedade como um todo um dispêndio social e financeiro de difícil medida. Requer da estrutura assistencial habilidade técnica e equipamentos nem sempre acessíveis (RAMOS; CUMAN, 2009).

Euser et al. (2008), afirma que as causas da prematuridade são multifatoriais e variam de acordo com a idade gestacional (IG). Cerca de 14% dos casos podem ser esclarecidos por fatores maternas e 11% por causas genéticos fetais. Gravett, Rubens e Nunes (2010) afirmam que infecções maternas prevalecem como fator determinante de nascimento prematuro entre 24

e 32 semanas de gestação, e o estresse e a distensão abdominal abundante são predominantes entre 32 e 37 semanas. Entanto, algumas complicações que ocorrem com o recém-nascido prematuro estão diretamente relacionadas com a idade gestacional, historia anterior de trabalho de parto prematuro e o baixo nível socioeconômico da mãe. Entre 40% e 50% dos nascimentos prematuros são tidos como idiopáticos (MACEDO et al., 2021).

De acordo com Andreani, Custodio e Crepaldi (2006), no mundo, nascem todos os anos 20 milhões de bebês prematuros, de modo que desses, um terço vão a óbito antes de completar um ano de vida. Segundo a OMS (2004), todos os anos nascem em torno de 20 milhões de neonatos com baixo peso em consequência de um nascimento pré- termo ou retardo do crescimento intra-uterino, a maioria dessas crianças nasce em países subdesenvolvidos. Segundo Souza et al., (2019), a prematuridade é a principal causa de morte de crianças no primeiro mês de vida. No Brasil, as regiões mais desenvolvidas (sul e sudeste) são as que apresentam os maiores percentuais (12% e 12,5%, respectivamente), seguido pela Região Centro-Oeste (11,5%), Nordeste (10,9%) e Norte (10,8%).

Por sua vez, a Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN) é um local onde os cuidados são intensivos e a monitorização contínua e o recém-nascido prematuro (RNPT) fica durante dias ou meses internado. No meio de tantas peculiaridades do setor, expõe a existência de equipamentos cada vez mais modernos, no entanto estes equipamentos podem apresentar fatores de risco ambiental, dentre os quais ressaltam-se: os ruídos de equipamentos e, principalmente trabalho dos profissionais, iluminação forte e contínua, algumas vezes sem alternância dia-noite, ar condicionado regulado para conforto dos profissionais, manuseio excessivo, posturas pouco adequadas ao desenvolvimento e procedimentos técnicos invasivos e dolorosos ao neonato (ALVES et al., 2003).

Os constantes avanços em terapia intensiva neonatal ocasionaram a diminuição da mortalidade de recém-nascidos prematuros, com peso de nascimento e IG gradativamente menores, elevando a preocupação de neonatologistas, pediatras e familiares com a qualidade da vida dessas crianças, seu crescimento somático e seu desenvolvimento neuropsicomotor (DEMARTINI et al., 2011).

Assim, o estudo torna-se relevante, pois conhecendo melhor o perfil epidemiológico dos RN's prematuros da região da Ibiapaba, é possível melhorar a assistência prestada, capacitando os profissionais de saúde desenvolvendo estratégias e programas voltados a realidade de cada município, trabalhando assim de forma a minimizar dos riscos que levam a prematuridade.

Diante do exposto a pesquisa tem como objetivo caracterizar o perfil epidemiológico dos recém-nascidos prematuros na região da Ibiapaba – CE.

## 2 METODOLOGIA

Trata-se de uma pesquisa documental, do tipo exploratório-descritivo, com abordagem quantitativa. Realizado no período de fevereiro a dezembro de 2014, na cidade de Tianguá – CE, no Hospital Maternidade Madalena Nunes/Sociedade Beneficente São Camilo o qual é hospital de referência da serra da Ibiapaba.

A população da referida pesquisa foi composta por prontuários de gestantes, que foram internados no hospital citado com TPP, abaixo de 37 semanas de gestação, no período de 2011 a 2013. Os critérios de inclusão foram: ser recém-nascido prematuro (RNPT) com idade inferior a 37 semanas; o atendimento tenha sido do SUS; RN's nascidos no Hospital e vivos, e que tenham sido encaminhados a Unidade de Cuidados Intermediários Neonatal Convencional, (UCINCo). Foram excluídos da pesquisa os RNPT's natimortos, os que não ficaram internados, e nem nasceram no hospital. O Total de nascidos pré-termo nos anos de 2011 a 2013 foi de 356 RN's, caracterizando assim a população. Após a aplicação dos critérios de inclusão e exclusão foi feita uma observação rigorosa dos prontuários, totalizando 82 prontuários para a amostra.

As informações foram coletadas por meio de um instrumento elaborado pelo pesquisador, do tipo formulário *Checklist*. Os dados coletados foram tabulados e organizados em tabelas, em porcentagem simples e números absolutos. Sendo divididos em três tópicos, que emergiram para melhor apreciação dos resultados, que foram Perfil da Gestante, Fatores Ginecológicos e Obstétricos, associados a gestação atual, Caracterização do RNPT e internação. Posteriormente os dados foram discutidos com literatura pertinente.

O estudo obteve a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual Vale do Acaraú-Ce.

## 3 RESULTADOS E DISCUSSÃO

### 3.1 PERFIL DA GESTANTE

Na tabela 1 são apresentados os resultados referentes à idade, estado civil e escolaridade das gestantes que realizaram parto prematuro no período de 2011 a 2013. Os resultados evidenciaram que a faixa etária que apresentou maior número de gestantes que realizaram partos pré-termo foi de 26 a 30 anos, com média de 28%. Autores sugerem que adolescentes e mulheres com 35 anos ou mais geralmente estão suscetíveis a resultados perinatais adversos e morbidade e mortalidade materna (SANTOS et al., 2012; GRAVENA et al., 2012).

Tabela 1 – Idade, estado civil e escolaridade das gestantes que realizaram parto prematuro. Região da Ibiapaba-CE, 2011- 2013.

<b>Idade Materna</b>	<b>Nº</b>	<b>%</b>
11-15	9	11,0
16-20	14	17,1
21-25	16	19,5
26-30	23	28,0
31-35	7	8,5
36-40	8	9,8
41-45	5	6,1
<b>Estado Civil</b>	<b>Nº</b>	<b>%</b>
Solteira	23	28,0
Casada	25	30,5
União Estável	34	41,5
Separada	0	0
<b>Escolaridade</b>	<b>Nº</b>	<b>%</b>
Analfabeta	17	20,7
Ensino Fundamental	42	51,2
Ensino Médio	18	22,0
Ensino Superior	5	6,1
Total	82	100

Fonte: Primária.

Os dados quanto a idade se opõem ao apresentado na literatura. Em um estudo feito no ano de 2007 e 2008 em um hospital no Estado do Paraná, foi possível comprovar que as mulheres com idade superior a 35 anos apresentam maior frequência de resultados perinatais adversos com destaque para RN com baixo peso e macrossomia, prematuros e pós-termo, com índice de Apgar menor que 7 no 1º e 5º minutos de vida, quando comparadas com as mulheres com idade entre 20 e 34 anos (GRAVENA et al., 2012).

Em estudo realizado no Estado de Santa Catarina, a prematuridade esteve associada às mães com idade <20 anos e >40 anos (CASCAES *et al.*, 2008). Esse fato é confirmado através do estudo realizado por Uchimura, T.; Pelissari e Uchimura, N. (2008), onde foi constatado que a maior frequência de prematuridade entre adolescentes não ocorre apenas em virtude do ponto de vista obstétrico, mas principalmente pelas consequências psicológicas e socioeconômicas que uma gravidez na adolescência pode acarretar.

A gravidez na adolescência é fator de maior concentração de agravos à saúde materna, bem como de complicações perinatais, tais como baixo ganho de peso materno, desproporção cefalopélvica, pré-eclampsia, prematuridade, baixo peso ao nascer e Apgar baixo no quinto minuto (GOLDENBER; FIGUEIREDO; SILVA, 2005).

Quanto ao estado civil das grávidas. Em relação ao estado civil, observou-se que a maioria das mulheres que tiveram parto prematuro, tem união estável, o que corresponde a

45,5% do total. Logo atrás, aparecem mulheres casadas, com 30,5% do total de grávidas. Por conseguinte, aparecem as solteiras, com 28% do total de grávidas.

Divergindo dos resultados encontrados, no estudo de Ramos e Cuman (2009), realizado no município de Guarapuava – PR, com 106 prematuros vivos e suas respectivas mães (101), os resultados apontaram que em relação ao estado civil, encontrou-se: 10% de situação conjugal ignorada; 1% de união consensual; 1% de viuvez; 37% eram casadas; e 51%, solteiras. Esse resultado indica que a maioria das mães não tem apoio de um companheiro e, portanto, não tem com quem dividir ou compartilhar suas dificuldades e responsabilidades. Essa realidade evidencia as mudanças estruturais que a família vem passando ao longo dos anos, motivada pelas condições sociais, econômicas e culturais, não apresentando na atualidade, em sua maioria, uma composição paternalista. Independentemente de sua estrutura e composição, deve-se considerar a importância do envolvimento da família na promoção à saúde e cuidado a seus membros.

Em relação à escolaridade, a maioria das gestantes (51,2%) tem somente o ensino fundamental completo. Em seguida, aparecem as gestantes com ensino médio completo (22%), seguidas das gestantes com nenhum nível de instrução (20,7%). Por último, e com menos frequência, aparecem as gestantes com nível superior completo (6,1%).

Em um estudo realizado em um município do Norte do Brasil por Maia e Souza (2010), foi identificado que quanto maior for a quantidade de anos de estudo apresentados pela futura mãe menor será o risco de um parto prematuro.

Podemos considerar que, em geral, a baixa escolaridade está associada ao baixo padrão socioeconômico, fator que pode predispor a situações potencialmente de risco para a mãe e o recém-nascido, além de impedir o acesso a informações e orientações, restringir a capacidade de cuidado e assistência, dificultar o exercício de direitos e de cidadania. A situação constatada comprova que o nível de escolaridade interfere diretamente nas condições de vida e saúde das pessoas e confirma a correlação existente: quanto menor a escolaridade, maior a dificuldade de entendimento da necessidade de cuidados especiais durante a gestação, levando ao início tardio e ausência ao pré-natal, alimentação inadequada e hábitos e vícios incompatíveis com a gravidez (RAMOS; CUMAN, 2009).

Na tabela 2 a seguir encontram-se dados relacionados ao uso de drogas lícitas e ilícitas pelas gestantes e suas doenças de base. Os dados mostram uma limitação de informações nos dois critérios avaliados, quanto ao consumo de drogas nenhum prontuário tinha essa informação não podendo ser avaliado em relação à prematuridade. Quanto a histórica clínica as informações também são limitantes.

Tabela 2 –Uso de drogas lícitas e ilícitas pelas gestantes. Região da Ibiapaba-CE, 2011-2013.

<b>Uso de Drogas lícitas e ilícitas</b>	<b>Nº</b>	<b>%</b>
Sim	0	0
Não	0	0
Não Informado	82	100
<b>Doença Materna</b>	<b>Nº</b>	<b>%</b>
Diabetes	1	1,2
Hipertensão	1	1,2
Não Informado	78	95,1
ITU	2	2,5
Total	82	100

Fonte Primária.

Os resultados quanto ao consumo de drogas lícitas e ilícitas são similares a outros estudos brasileiros analisados. É de grande importância o registro dessa informação no prontuário das pacientes visto que a literatura mostra maior risco de malformações, aborto espontâneo, baixo peso ao nascer, prematuridade, asfixia e mortalidade perinatal, além de diversos problemas físicos e mentais decorrentes da Síndrome do Alcoolismo Fetal (MORAES; REICHENHEIM, 2007).

De acordo com o estudo de Salge et al. (2009), a hipertensão materna representou quase metade das doenças de base neste estudo. A importância dessa doença associada à prematuridade foi investigada e demonstrou que a prematuridade representa para o Brasil problema de extrema importância, particularmente relacionada à hipertensão arterial materna.

De todas as patologias que se manifestam na gravidez, a hipertensão é a mais frequente. A pré-eclâmpsia e a eclâmpsia são as duas formas clínicas principais da DHEG. Como sua etiologia ainda é desconhecida e a sua cura só ocorre após a expulsão da placenta, é importante que os profissionais de saúde estejam familiarizados com os seus sinais e sintomas (hipertensão, edema e proteinúria), a fim de detectar precocemente casos desse distúrbio (ALMEIDA et al., 2012).

No que se refere ao município de origem das gestantes, nesse estudo verificou-se a multiplicidade de cidades na qual se procederam as gestantes. Quanto ao município de origem das gestantes, a grande maioria das gestantes residia na cidade de Tianguá, 56% das gestantes. Em segundo lugar apareceu a cidade de Ubajara com 12% das gestantes. Os outros municípios não ultrapassaram 10% das gestantes cada um.

### 3.2 FATORES GINECOLÓGICOS E OBSTÉTRICOS RELACIONADOS À PREMATURIDADE

Na seção dos fatores ginecológicos é apresentada a história obstétrica das gestantes. Os dados mostram que a maioria das gestantes que teve parto pré-termo já haviam tido pelo menos um parto anteriormente. Das gestantes que tiveram parto pré-termo, 61% eram multíparas e 39% eram primíparas, sendo a maioria da população estudada, 65,9%, não teve parto prematuro anterior

No estudo realizado por Almeida et al. (2012), segundo os dados encontrados em sua pesquisa, ser primípara, possuir assistência pré-natal deficitária e apresentar intercorrências clínicas gestacionais aumentam as chances de prematuridade em duas, cinco e quatro vezes, respectivamente.

De acordo com Montenegro e Rezende Filho (2012), um dos principais fatores de risco para o parto pretermo é a história de prematuridade na gravidez anterior. Os mesmos autores acrescentam que, após um parto pretermo as chances de ocorrer novamente chegam a 20%; após dois partos pretermo anteriores o risco cresce para 35-40%.

Por sua vez, em relação ao número de consultas de pré-natal, o estudo demonstrou que 34,1% realizaram de 0 a 5 consultas, 54,9% realizaram de 6 a 9 consultas e 11% de 10 a 11 consultas.

Pode-se perceber que a grande maioria das pacientes (54,9%) realizaram pelo menos o mínimo de consultas estabelecidas pela Organização Mundial da Saúde, que são seis consultas. A Organização Mundial de Saúde preconiza que o número adequado de consultas pré-natais deve ser igual ou superior a seis. Uma vez que se considera a realização de seis ou mais consultas pré-natais, como um indicador de acesso adequado aos serviços de saúde, a baixa cobertura desse poderá refletir a dificuldade no acesso aos serviços médicos e maior probabilidade de riscos à saúde da mãe e do recém-nascido (BRASIL, 2005).

Em estudo realizado por Araújo et al. (2005), é salientado que o aumento no número de consultas pré-natais está diretamente relacionado, com a diminuição do retardo no crescimento intrauterino, prematuridade, baixo peso e óbito por essas causas. Soares e Menezes (2010), acrescentam que um maior número de consultas no pré-natal funciona como fator protetor para o óbito neonatal, indicando a importância dos cuidados durante a gestação. Assim, um acompanhamento gestacional mais assíduo pode identificar precocemente e prevenir ocorrências lesivas para o recém-nascido. Logo, a garantia de uma assistência de qualidade à gestante possibilita identificar e intervir previamente, reduzindo os riscos e danos causados a saúde do neonato.

Quanto à idade gestacional no momento do parto, a maioria das grávidas tiveram parto prematuro moderado com 36 semanas que corresponde a 56,1% da amostra.

De acordo com o estudo de Ramos e Cuman (2009), no que se refere ao tempo da gestação, foi constatado que, para 74% dos nascidos, esse período foi de 32 a 36 semanas; 20% tiveram tempo de gestação de 28 a 31 semanas; e para 6% o tempo de gestação foi de 22 a 27 semanas. Além disso, considerando-se prematuridade extrema, ou seja, tempo de gestação menor que 31 semanas, foi observada uma frequência de 26% para os prematuros nascidos vivos. De fato, cerca de 75 % das mortes neonatais estão relacionadas ao parto pré-termo ou às manifestações no recém-nascido pré-termo.

Em relação ao diagnóstico que motivou o parto prematuro, a tabela 3 mostra que a maior parte (39%) foi desencadeado por causas desconhecidas. Logo atrás, está a hipóxia neonatal como fator desencadeante do parto pré-termo, com 13,4% do total de gestantes. Com um número considerável de 13,4%, o descolamento prematuro da placenta aparece como terceira causa que levou a ocorrência de parto pré-termo.

Tabela 3 – Diagnóstico que motivou o parto pré-termo. Região da Ibiapaba-CE, 2011-2013.

Diagnóstico	Nº	%
Gestação de Gêmeos	8	9,8
Hipóxia Neonatal	22	26,8
Deslocamento prematuro da Placenta	11	13,4
DHEG	1	1,2
Causas Desconhecida	32	39,0
Hemorragia do Terceiro Trimestre	8	9,8
Total	82	100

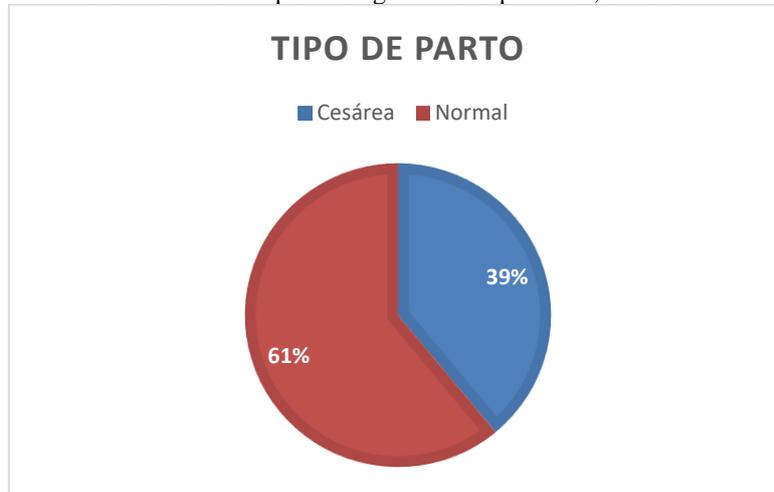
Fonte Primária.

O trabalho de parto prematuro apresenta fisiologia heterogênea e pode ter etiologias diferentes. Entretanto, alguns fatores de risco já estão bem estabelecidos, sendo os principais: história anterior de parto prematuro espontâneo, gestações múltiplas e sangramento vaginal no segundo trimestre. O fator de risco mais importante é a história de parto prematuro prévio (BITTAR; ZUGAIB, 2009).

De acordo com os resultados encontrados na pesquisa de Almeida et al. (2012), foi possível identificar que as principais intercorrências clínicas durante a atual gestação das mães de prematuros foram: rotura prematura de membranas (19%), DHEG (14%), sangramento vaginal (14%) e associação entre DHEG e ITU (12%).

No que remete ao tipo de parto, o gráfico 1 mostra que houve maior prevalência de partos normais, com 61%, seguidos de 32% de partos cesarianos.

Gráfico 1 – Via de parto. Região da Ibiapaba-CE, 2011-2013.



Fonte Primária.

O Brasil ocupou, pouco tempo atrás, a nada invejável posição de campeão mundial de operações cesarianas. Se por um lado a cesárea realizada por razões médicas tem um grande potencial de reduzir a morbimortalidade materna e perinatal, por outro lado, o exagero de sua prática tem efeito oposto. Essa distorção é determinada por múltiplos fatores, históricos, estruturais, conjunturais (BRASIL, 2003).

No estudo realizado por Ramos e Cuman (2009), foi observado que, quanto ao tipo de parto, 58% foram partos normais e 42% cesáreos. Os dados obtidos em nossa pesquisa indicam um percentual elevado de cesáreas, talvez porque os partos prematuros já incidem em risco por si só, potencializados pelos fatores idade, escolaridade, condições socioeconômicas maternas e gemelaridade, e, por tanto têm indicação de intervenção cirúrgica.

A desvalorização do parto normal e a prática de intervenções cirúrgicas desnecessárias, cada vez em maior número e frequência, é um indicativo da falta de informação e educação em saúde da população feminina, que se sente incapaz de escolher ou determinar práticas quando confrontadas com a opinião técnica dos profissionais de saúde (MARQUE; DIAS; AZEVEDO, 2006).

### 3.3 CARACTERIZAÇÃO DO RECÉM-NASCIDO PREMATURO

Na tabela 4 a seguir é apresentado a caracterização do RNPT, quanto ao sexo, peso, tempo de internação e desfecho. Analisando esses dados é possível observar que houve maior predomínio de RNPTs do sexo masculino, com um percentual de 59,3%. O número de RNPTs

pertencentes ao sexo feminino foi de 40,7% do total de RNPT nascidos no período em estudo. O total de nascidos difere do número de prontuários devido a 8 gestações gemelares, resultando em 4 natimortos.

Tabela 4 – Caracterização do RNPT, quanto ao sexo, peso, tempo de internação e desfecho. Região da Ibiapaba-CE, 2011-2013.

<b>Sexo</b>	<b>Nº</b>	<b>%</b>
Masculino	51	59,3
Feminino	35	40,7
<b>Peso ao Nascer</b>	<b>Nº</b>	<b>%</b>
< 1000g ou igual	12	14,0
>2000g ou igual	74	86,0
<b>Tempo de Internação do RNPT no Berçário de Médio Risco</b>	<b>Nº</b>	<b>%</b>
3 a 4 dias	44	51,2
5 a 10 dias	32	37,2
Mais de 1 mês	10	11,6
<b>Desfecho do Caso</b>	<b>Nº</b>	<b>%</b>
Alta	85	98,8
Transferência	1	1,2
<b>Total</b>	<b>86</b>	<b>100</b>

Fonte Primária.

De acordo com o estudo de Silva et al. (2013), no que diz respeito às características do recém-nascido prematuro, não houve grande discrepância entre o sexo masculino e feminino, evidenciando que a questão de gênero, em relação à duração da gestação, neste estudo, não foi relevante.

Em relação ao peso do RNPT ao nascer, observou-se que a maioria dos RN's apresentou peso igual ou superior a 2000g, independentemente da idade gestacional, quanto ao peso ao nascer a Organização Mundial de Saúde, define como baixo peso ao nascer, o recém-nascido com peso de nascimento com menos que 2500g (OMS, 2004).

No estudo de Maia e Souza (2010) em um município do Norte do Brasil, foi constatada que a prevalência de baixo-peso ao nascer se mostrou elevada quando a duração da gestação era de 22 a 31 semanas e de 32 a 36 semanas. Em outro estudo, as crianças prematuras nascidas entre 21 e 27 semanas de gestação apresentaram um risco 15,6 vezes maior de nascer com baixo peso que crianças nascidas a termo. Os mesmo autores acrescentam que o nascimento de crianças prematuras nem sempre pode ser evitado, porém pode-se atuar com foco em alguns

fatores de risco para a prematuridade. A adequada assistência durante a gravidez é de importância fundamental pois possibilita a detecção e o tratamento de hábitos e condições maternas que podem contribuir para a ocorrência de partos prematuros.

No que se refere ao tempo de internação do RNPT no berçário de risco, mostra que do total de 86 recém-nascidos prematuros, 51,2% permaneceram internados 3 a 4 dias no berçário de risco. Os que permaneceram de 5 a 10 dias perfizeram um percentual de 37,2% dos RNPT's. E aqueles que permaneceram mais de 1 mês internados no berçário de risco somaram 11,6% do total.

Os limites mínimo e máximo de tempo de internação nas Unidades de Cuidados Neonatais foram, respectivamente, 21 e 126 dias, e o tempo médio de internação foi de 59 dias (HAYAKAWA et al., 2010).

Quanto ao desfecho quase que a totalidade dos casos evoluíram para alta do RNPT (85%). Do total de casos analisados neste estudo, apenas 1 RNPT (1,2%), teve como desfecho a transferência do caso para outro setor.

No estudo realizado por Hayakawa et al. (2010), dos 53 bebês estudados, 16 (30,2%) foram reinternados nos primeiros 6 meses de idade cronológica, 75,5% saíram de alta da UTIN em aleitamento materno, 68,8% haviam permanecido mais de 60 dias internados na UTIN e 4 (7,5%) foram a óbito.

#### 4 CONCLUSÃO

A partir da realização desta pesquisa foi possível perceber que apesar dos avanços da obstetrícia, a estratégia de prevenção durante o pré-natal e a assistência neonatal não tem evoluído muito, a prematuridade ainda se configura atualmente como um dos grandes problemas de saúde pública em virtude da morbidade e mortalidade neonatal, sendo sua causa multifatorial, podendo está relacionados à idade, partos prematuros anteriores, gemelaridade, escolaridade, doenças maternas, placenta previa entre outros.

O atendimento a gravidez de risco, exige da enfermagem e equipe medica um atendimento específico, devido a sua complexidade, não apenas considerando as patologias, mas sobre tudo, a repercussão que tudo isso traz para a família, principalmente para a mãe, que muitas vezes sente-se culpada por este acontecido.

Podemos observar que a maioria dos partos prematuros na região da Ibiapaba, tem causas desconhecidas evoluindo fisiologicamente como nos partos normais. Os conhecimentos prestados a esses RN's prematuros é de fundamental relevância do mesmo a fim de diminuir, os riscos de morte ou qualquer complicação futura que possa surgir.

A partir dos dados coletados e analisados, percebemos que não podemos identificar a gestante que vai ter TPP, entretanto podemos estimular a população feminina a desenvolver um estilo de vida saudável, incorporar na atenção básica o planejamento familiar, capacitar os profissionais responsáveis pelo pré-natal, para que estes se tornem mais eficientes no reconhecimento de gestantes de risco.

## REFERÊNCIAS

- ALMEIDA, A. C. et al. Fatores de risco maternos para prematuridade em uma maternidade pública de Imperatriz- MA. *Rev Gaúcha Enferm.*, Porto Alegre (RS), v.33, n.2, p.86-94, jun.2012.
- ALVES, A. M. A. et al. Cuidados para o recém-nascido enfermo. In: FIGUEIREDO, N. M. A. (org) *Ensinando a cuidar da mulher, do homem e do recém-nascido*. 4.ed. São Paulo: Difusão enfermagem, 2003. cap.10. p.381-412.
- ANDREANI, G.; CUSTODIO, Z. A. O.; CREPALDI, M. A. Tecendo as redes de apoio na prematuridade. *Aletheia*, Canoas, n. 24, p.115-126, dez. 2006.
- ARAÚJO, B. F. et al. Estudo da mortalidade de recém-nascidos internados na UTI neonatal do Hospital Geral de Caxias do Sul, Rio Grande do Sul. *Rev. Bras. Saúde Matern. Infant.*, Recife, v.5, n.4, p.463-469, 2005.
- BITTAR, R. E.; ZUGAIB, M. Indicadores de risco para o parto prematuro. *Rev.Bras.Ginecol.Obstet*, [S.I], v.31, n.4, p. 203-209, 2009.
- BRASIL. Secretaria de Políticas de Saúde. Área Técnica de Saúde da Mulher. *Parto, aborto e puerpério: assistência humanizada à mulher*. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2003. 143 p.
- \_\_\_\_\_. Organização Mundial de Saúde. *Relatório anual de 2004*. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.
- \_\_\_\_\_. *Saúde Brasil 2005: uma análise da situação de saúde no Brasil*. Brasília: Ministério da Saúde, 2005.
- \_\_\_\_\_. Boletim do Instituto de Saúde. *Humanização em saúde III*. 3ª ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. 61 p.
- CASCAES, A. M. et al. Prematuridade e fatores associados no Estado de Santa Catarina, Brasil, no ano de 2005: análise dos dados do Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos. *Cad Saúde Pública*, [S.I], v.24, n.5, p. 1024-1032, 2008.
- DEMARTINI, A. A. C.; BAGATIN, A. C.; SILVA, R. P. G. V. C.; BOGUSZEWSKI, M. C. S. Crescimento de crianças nascidas prematuras. *Arq. Bras. Endocrinol. Metab.* 2011; 55/8.
- EUSER, A. M. et al. Growth of preterm born children. *Horm Res.*, v.70, n.6, p.319-328, 2008.
- GOLDENBER, G. P.; FIGUEIREDO, M. C. T.; SILVA, R. S. Gravidez na adolescência, pré-natal e resultados perinatais em Montes Claros, Minas Gerais, Brasil. *CadSaude Publica*, Brasília, v.21, n.4, p.1077 –1085, jul./ago. 2005.
- GRAVENA, A. A. F. et al. Resultados perinatais em gestações tardias. *Rev. Esc. Enferm. USP*, São Paulo, v.46, n.1, p.15-21, 2012. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v46n1/v46n1a02.pdf>>. Acesso em: 01 Nov. 2014.
- GRAVETT, M. G.; RUBENS, C. E.; NUNES, T. M. Global report on preterm birth and stillbirth (2 of 7): *discovery science*. *BMC Pregnancy Childbirth*, v.10, (Suppl 1), S2, 2010.
- HAYAKAWA, L. M. et al. Incidência de reinternação de prematuros com muito baixo peso nascidos em um hospital universitário. *Esc. Anna Nery Rev. Enferm.*, São Paulo, v.14, n.2, p. 324-329, abr./jun. 2010.

MACÊDO, R. Z. de; MENESES, K. C. B.; FACHIN, L. P.; SANTOS, M. J. M. de A.; CRUZ, A. A. L. da; MERGULHÃO, B. de C. R.; LIMA, T. T.; EMÍDIO, M. S. L. O conhecimento dos médicos pediatras e residentes sobre a relação entre prematuridade e alterações na cavidade bucal / The knowledge of pediatric and resident doctors about the relationship between prematurity and changes in the oral cavity. *Brazilian Journal of Health Review*, [S. l.], v. 4, n. 5, 2021. DOI: 10.34119/bjhrv4n5-383. Disponível em: <https://ojs.brazilianjournals.com.br/ojs/index.php/BJHR/article/view/38257>. Acesso em: 28 may. 2023.

MAIA, R. R. P.; SOUZA, J. M. P. Fatores associados ao baixo peso ao nascer em município do norte do Brasil. *Rev. Bras. Crescimento Desenvolv. Hum.*, Cruzeiro do Sul, v.20, n.3, p.: 735-744, 2010.

MARQUE, F. C.; DIAS, I. M. V.; AZEVEDO, L. A percepção da equipe de enfermagem sobre humanização do parto e nascimento. *Esc. Anna Nery Rev. Enferm.*, Rio de Janeiro, v.10, n.3, p.: 439-447, dez. 2006.

MONTENEGRO, C. A. B.; REZENDE FILHO, J. *Obstetrícia Fundamental*. 12.ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2012.

MORAES, C. L.; REICHENHEIM, M. E. Rastreamento de uso de álcool por gestantes de serviços públicos de saúde do Rio de Janeiro. *Rev. Saude Publica.*, [S.I.], v.41, n.5, p. 695-703, 2007.

NASCIMENTO, C. A. D. *et al.* Percepção de enfermeiros sobre os pais de prematuros em unidade de terapia intensiva neonatal. *Rev. Rene.*, Recife, v.14, n.4, p.811-820, 2013.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. *Relatório anual de 2004*. Disponível em: [http://www.portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/relatorio\\_snvs\\_ac\\_2ed.pdf](http://www.portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/relatorio_snvs_ac_2ed.pdf). Acesso em 08 mar. 2014.

RAMOS, H. A. C.; CUMAN, R. K. N. Fatores de risco para prematuridade: pesquisa documental. *Esc Anna Nery Rev. Enferm.*, Guarapuava, v.13, n.2, p. 297-304, abr./jun.2009.

SALGE, M. *et al.* Fatores maternos e neonatais associados à prematuridade. *Rev. Eletr. Enf.*, Goiás, v. 11, n. 3, p. 642-646, 2009.

SANTOS, M. M. A. S. *et al.* Estado nutricional pré-gestacional, ganho de peso materno, condições da assistência pré-natal e desfechos perinatais adversos entre puérperas adolescentes. *Rev. Bras. de Epidemiol.*, São Paulo, v.15, n.1, p.143-154, 2012.

SILVA, R. P. *et al.* Prematuridade: características maternas e neonatais segundo dados do sistema de informações sobre nascidos vivos. *Rev.Enferm. UFPE*, Recife, v.7, n.5, p.1349-1355, maio. 2013.

SOARES, E. S.; MENEZES, G. M. S. Fatores associados à mortalidade neonatal precoce: análise de situação no nível local. *Epidemiol. Serv. Saúde*, Brasília, v.19, n.1, p. 51-60, mar. 2010. Disponível em: [http://scielo.iec.pa.gov.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S167949742010000100007&lng=pt](http://scielo.iec.pa.gov.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S167949742010000100007&lng=pt). Acesso em: 06 nov. 2014.

SOUZA, D. M. L. de; MAIA, L. C. da S.; ZÊGO, Z. D. F.; JAEGER, G. P.; MACIEL, W. S. Prevalência de prematuridade e fatores associados no estado do Rio Grande do Sul / Prevalence

of prematurity and associated factors in the state of Rio Grande do Sul. *Brazilian Journal of Health Review*, [S. l.], v. 2, n. 5, p. 4052–4070, 2019. DOI: 10.34119/bjhrv2n5-014. Disponível em: <https://ojs.brazilianjournals.com.br/ojs/index.php/BJHR/article/view/3237>. Acesso em: 28 may. 2023.

UCHIMURA, T. T.; PELISSARI, D. M.; UCHIMURA, N. S. Baixo peso ao nascer e fatores associados. *Rev Gaúcha Enferm*, Porto Alegre, v.29, n.1, p. 33-38, 2008.