



## ORIGINALES

### Fatores obstétricos associados ao nascimento de bebês prematuros moderados e tardios

Factores obstétricos asociados con el nacimiento de bebés prematuros moderados y tardios

Obstetric factors associated with birth of moderate and late premature babies

Leonardo Bigolin Jantsch<sup>1</sup>  
Raphael Teixeira Canto<sup>2</sup>  
Amanda Martins de Melo<sup>3</sup>  
Isadora Rinaldo Scaburi<sup>2</sup>  
Eduardo Nascimento Correa de Andrade<sup>4</sup>  
Eliane Tatsch Neves<sup>5</sup>

<sup>1</sup> Universidade Federal de Santa Maria, Professor Adjunto do Departamento de Ciências da Saúde. Palmeira das Missões/RS, Brasil. [leo\\_jantsch@hotmail.com](mailto:leo_jantsch@hotmail.com)

<sup>2</sup> Médico. Egresso da Universidade Federal de Santa Maria, Curso de Medicina. Santa Maria, RS Brasil.

<sup>3</sup> Médica. Residente em Clínica Médica da Universidade Federal de Santa Maria. Hospital Universitário de Santa Maria. Santa Maria, RS, Brasil.

<sup>4</sup> Acadêmico de Medicina da Universidade Federal de Santa Maria, Curso de Medicina. Santa Maria, RS Brasil.

<sup>5</sup> Universidade Federal de Santa Maria, Professora Associada do Departamento de Enfermagem. Santa Maria, RS Brasil.

<https://doi.org/10.6018/eglobal.417281>

Submissão: 4/03/2020

Aprovação: 19/07/2020

#### RESUMO:

**Objetivo:** Analisar variáveis obstétricas associadas ao nascimento de bebês prematuros moderados e tardios em um município da região sul do Brasil.

**Método:** Estudo transversal que analisou as variáveis obstétricas de 151 neonatos prematuros moderados e tardios no período de maio de 2016 a maio de 2017 residentes em Santa Maria/RS. Os dados foram coletados, por meio de instrumento próprio, diariamente, e posteriormente analisados de forma descritiva e por comparação de frequência e correlação.

**Resultados:** A gemelaridade (14,6%) foi a característica mais frequente entre os tardios, quando comparados ao grupo de moderados ( $p=0,019$ ). Os demais fatores não apresentaram diferença significativa. O maior número de partos prematuros anteriores possui correlação significativa com a menor idade gestacional ao nascer ( $IC= -0,522$ ,  $p=0,008$ ).

**Conclusão:** Para os dois grupos de prematuros estudados, os motivos não apresentaram diferença significativa, o que sugere homogeneidade quanto aos motivos obstétricos de nascimento precoce.

**Palavras chave:** Trabalho de parto Prematuro; Recém-Nascido Prematuro; Fatores de Risco; Idade Gestacional; Enfermagem Neonatal.

## RESUMEN:

**Objetivo:** Analizar las variables obstétricas asociadas con el nacimiento de bebés prematuros moderados y tardíos en una ciudad de la región sur de Brasil.

**Método:** Estudio transversal que analizó las variables obstétricas de 151 recién nacidos prematuros moderados y tardíos desde mayo de 2016 hasta mayo de 2017 que residen en Santa Maria/RS. Los datos fueron recolectados, por medio de un instrumento específico, diariamente, y posteriormente analizados de manera descriptiva y por comparación de frecuencia y correlación.

**Resultados:** La gemelaridad (14,6%) fue la característica más frecuente entre los tardíos, en comparación con el grupo de moderados ( $p = 0,019$ ). Los otros factores no mostraron diferencias significativas. El mayor número de partos prematuros anteriores tiene una correlación significativa con la menor edad gestacional al nacer (IC = -0.522,  $p = 0.008$ ).

**Conclusión:** Para los dos grupos de recién nacidos prematuros estudiados, los motivos no mostraron ninguna diferencia significativa, lo que sugiere homogeneidad con respecto a los motivos obstétricos para el parto prematuro.

**Palabras clave:** Trabajo de parto prematuro; Recién Nacido Prematuro; Factores de riesgo; Edad gestacional; Enfermería Neonatal

## ABSTRACT:

**Objective:** To analyze obstetric variables associated with the birth of moderate and late premature babies in a city in the southern region of Brazil.

**Method:** Cross-sectional study that analyzed the obstetric variables of 151 moderate and late preterm infants from May 2016 to May 2017 resident in Santa Maria/RS. Data were collected by means of their own instrument daily, and subsequently analyzed descriptively and by comparison of frequency and correlation.

**Results:** Twinning (14.6%) was the most frequent feature among late twins when compared to the moderate group ( $p = 0.019$ ). The other factors showed no significant difference. The higher number of previous premature births has a significant correlation with the lower gestational age at birth (CI = -0.522,  $p = 0.008$ ).

**Conclusion:** For the two groups of premature infants studied, the reasons did not present significant difference, which suggests homogeneity regarding the obstetric reasons for early birth.

**Key words:** Obstetric Labor, Premature; Infant, Premature; Risk Factors; Gestational Age; Neonatal Nursing.

## INTRODUÇÃO

Estima-se que ocorra anualmente, no mundo, o nascimento de 15 milhões de prematuros<sup>(1)</sup>, e o Brasil ocupa o 9º lugar em números absolutos de nascimentos prematuros, o que se configura como um problema de saúde pública<sup>(2)</sup>. A Organização Mundial da Saúde (OMS) define como neonatos prematuros aqueles nascidos antes de completadas as 37 semanas de gestação. Baseados na idade gestacional, tais recém-nascidos ainda podem ser subcategorizados entre pré-termos extremos (até 28 semanas incompletas), muito prematuros (28 semanas completas a 32 semanas incompletas) e prematuros moderados a tardios (32 semanas incompletas a 37 semanas incompletas)<sup>(1)</sup>.

A despeito do desenvolvimento técnico e científico das últimas décadas, principalmente no que tange à utilização de protocolos para inibição de trabalho de parto prematuro e do uso de tocolíticos, a prematuridade ainda é a principal causa de morbimortalidade do período neonatal. Estudo recente reafirma que as complicações relacionadas ao nascimento pré-termo lideram o ranking global de mortes entre crianças de até 5 anos, perfazendo um total de 1.055 milhões de óbitos em 2015<sup>(3)</sup>.

A idade Gestacional do Recém-Nascido (RN) é considerada um determinante fisiológico para adaptação extrauterina e para isso marco importante para o

prognóstico do neonato, principalmente no período neonatal precoce. Considerar maturidade fetal completa às 34<sup>a</sup> semanas de Idade Gestacional (IG), coloca o RN numa situação de imposição a adaptação extrauterina que apresenta riscos para saúde e possibilidade de morte<sup>(4)</sup>.

A manutenção das elevadas taxas de nascimentos prematuros nos últimos anos, instiga a necessária discussão sobre as características de sobrevivência dessas crianças, além de reconhecer suas demandas imediatas e tardias de saúde que decorrem de um nascimento prematuro. No que se refere às morbidades clínicas/somáticas, estudo destaca que existem, de forma isolada, sendo que a prevalência de morbidades que afetam com maior risco prematuros moderados e tardios, são a hiperbilirrubinemia e complicações como o baixo ganho de peso. Segundo este autor, existe elevada incidência de reinternações de prematuros tardios no primeiro mês de vida, tendo em vista que esses recebem alta do serviço precocemente e com rotinas de RN a termo, por serem considerados “quase” a termo<sup>(4)</sup>.

Diversas doenças de base materna já foram relacionadas ao trabalho de parto pré-termo, como hipertensão materna, alterações útero-placentárias, doenças infecciosas e cardiopatias<sup>(5)</sup>. As principais complicações obstétricas associadas a um risco aumentado desses partos envolvem a ruptura prematura de membranas, doença hipertensiva específica da gestação, oligodrâmnio e infecções do trato urinário<sup>(6,7)</sup>.

Estudos apontam que as complicações gestacionais, em especial no terceiro trimestre, estão relacionadas ao parto prematuro tardio e moderado bem como a assistência pré-natal, quanto ao número e qualidade das consultas, estão diretamente relacionadas à redução da ocorrência do número de partos prematuros. A assistência pré-natal tardia indica maior predisposição, não só ao parto prematuro mas também ao baixo peso ao nascer e ao desenvolvimento de vulnerabilidades neonatais<sup>(8,9)</sup>.

Assim, entende-se que prematuros moderados e tardios apresentam vulnerabilidade clínica, portanto o reconhecimento dos fatores obstétricos, associados ao nascimento prematuro, deve ser utilizado na elaboração de práticas preventivas durante o pré-natal. Este estudo objetivou analisar variáveis obstétricas associadas ao nascimento de bebês prematuros moderados e tardios em um município da região sul do Brasil.

## MÉTODO

Estudo de delineamento transversal realizado no Centro Obstétrico de um Hospital Universitário no Sul do Brasil que é referência para gestação e alto risco da região centro-oeste do Rio Grande do Sul. O setor possui 15 leitos de internação e encontra-se com sua lotação máxima diariamente. Participaram do estudo, todos os RN, nascidos com idade gestacional de 32 a 36 semanas e 6 dias de gestação, definidas pelo *Capurro* de avaliação nas primeiras horas de vida, que nasceram no hospital de estudo e que residissem no município de Santa Maria/RS no momento da alta hospitalar. Idade gestacional foi analisada sob categorização: Moderados - 32 semanas a 33 e 6 dias - e tardios 34 a 36 mais 6 dias<sup>(10)</sup>.

O período de coleta dos dados foi de maio de 2016 a maio de 2017, perfazendo total de um ano de coleta de dados e a inclusão de 151 participantes no estudo. Desta

forma, foram realizadas visitas diárias ao campo de pesquisa, por auxiliares de pesquisa previamente capacitados para tal, a fim de minimizar perdas de seleção.

Para coletar os dados foi utilizado instrumento próprio, construído para esse fim, que continha as variáveis obstétricas coletadas no prontuário da parturiente e do bebê (Gestações[variável numérica]; Aborto Prévio [variável numérica]; Idade Materna[variável numérica]; Gestação de Risco [definido no prontuário] ou não[variável categórica]; Motivo da Gestação de risco (quando aplicável) [variável categórica]; Pré-Natal [variável categórica]; Motivo Parto Prematuro) [variável categórica]). Essas variáveis foram comparadas por frequência ou correlação com a Idade gestacional [variável dependente categórica ou numérica].

O instrumento foi estabelecido tendo por base as definições do Ministério da Saúde<sup>(11)</sup>. Destaca-se que para as variáveis: Motivo da gestação de Risco e Motivo do Parto Prematuro, as informações foram coletadas conforme o estabelecido no prontuário da parturiente.

Quanto a variável Pré-natal, foi considerado adequado/ não-adequado, por meio do número de consultas realizadas e registradas no prontuário da paciente. A avaliação aconteceu conforme preconizado pelo Ministério da Saúde [mínimo seis consultas até final da gestação, consulta mensal até 28º semana de IG e quinzenalmente até 36ª semana], considerando-se a proporção de consultas que deveriam ser realizadas para o momento em que ocorreu o parto<sup>(11)</sup>.

Após coletados, os dados foram organizados no programa EpiInfo, versão 7.0. Foi realizada dupla digitação independente para verificação de erros e inconsistências e um banco de dados foi constituído. Os dados foram analisados estatisticamente pelo programa SPSS versão 20.0. A variável dependente, Idade gestacional, foi analisada sob categorização: Moderados - 32 semanas a 33 e 6 dias - e Tardios 34 a 36 mais 6 dias<sup>(10)</sup> e, também, como variável numérica discreta. Já as variáveis independentes foram categorizadas utilizando literatura científica<sup>(11)</sup> ou sob forma numérica.

Realizou-se testes de normalidade (Kolmogorov-Smirnov) das variáveis para análise estatística bem como associação entre os determinantes obstétricos (variáveis independentes) e a Idade Gestacional (Numérica (Discreta) categorizada (Moderada/Tardia- Dicotômica). Além disso, contou-se com testes de frequência Qui-quadrado e teste exato de Fischer. Para as correlações, empregou-se índice de correlação de Pearson, visto característica das variáveis após teste de normalidade. O nível de significância utilizado foi de 5%.

Considerando os aspectos éticos, este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Santa Maria, sob parecer 1.511.201 de 2016 e registro do CAAE: 53898916.9.0000.5346. Foram respeitadas as normas e diretrizes da pesquisa com seres humanos por meio da Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde.

## RESULTADOS

Nasceram no cenário do estudo, durante o período de coleta de dados 1371 crianças, destas 281 (20,5%) foram nascidos Prematuro Moderados e Tardios (PMTMT). Cabe

destacar uma prevalência de tardios de 247 (18,0 %) do total de nascidos. Como o hospital é referência para a região central do estado do Rio Grande do Sul, foram aplicados os critérios de seleção [residir no município de Santa Maria/RS] e com isso, participaram deste estudo 28 (18,5%) prematuros moderados e 123 (81,5%) prematuros tardios.

Quanto as variáveis obstétricas associadas ao nascimento de prematuros moderados e tardios, apresenta-se a Tabela 1. Destaca-se que cada motivo de parto prematuro e ou gestação de risco, foi analisado individualmente entre os grupos estudados [estratos gestacionais (moderados e tardios)], visto que poderiam apresentar mais de um motivo de parto prematuro ou gestação de risco.

**Tabela 1:** Comparação entre os grupos de prematuros moderados e tardios e os fatores obstétricos- Santa Maria, RS, Brasil, 2018

	Moderado n(%) n=28	Tardio n(%) n=123	Total n(%) N=151	p
<b>Número de Gestações</b>				
Primeira Gestação	11 (39,3)	41(33,3)	52(34,4)	
Segunda Gestação	7(25,0)	33(26,8)	40(26,5)	
Terceira ou Maior	10(35,7)	49(39,8)	59(39,1)	
<b>Aborto Prévio</b>	5(17,9)	30(24,4)	35(23,2)	0,460 <sup>1</sup>
<b>Idade Materna</b>				
≤ 20 anos	4(14,3)	19(15,4)	23(15,2)	
21 - 28 anos	10(35,7%)	47(38,2)	57(37,7)	
29 - 35 anos	11(39,3)	40(32,5)	51(33,8)	
≥ 36 anos	3(10,7)	7(13,8)	20(13,2)	
<b>Gestação de Risco</b>	19(67,9)	69(56,1)	88(58,3)	0,255 <sup>1</sup>
<b>Motivo Gestação de Risco*</b>				
Gemelaridade	8(42,1)	17(24,6)	25(28,4)	
SHEG	7(36,8)	16(23,2)	23(26,1)	
DM/DMG	2(10,5)	11(15,9)	13(14,8)	
TPP	2(10,5)	6(8,7)	8(9,1)	
Sangramento Precoce	0	7(10,1)	7(8,0)	
Distúrbios Hematológicos Prévios	0	7(10,1)	7(8,0)	
RCIU	0	2(2,9)	2(2,3)	
Malformação Fetal	0	2(2,9)	2(2,3)	
Aborto Prévio	0	1(1,4)	1(1,1)	

<b>Pré-Natal</b>				
Adequado	15(53,6)	84(68,3)	99(65,6)	0,186 <sup>1</sup>
Inadequado/Não realizado	13(46,4)	39(31,7)	52(34,4)	
<b>Motivo Parto Prematuro</b>				
Aminorrexe Prematura/TPP	10(35,7)	39(31,7)	49(32,5)	0,683 <sup>1</sup>
SHEG	7(25)	29(23,6)	36(23,8)	0,873 <sup>1</sup>
Gemelaridade	0	18(14,6)	18(11,9)	0,019 <sup>2</sup>
DPP	4(14,3)	11(8,9)	15(9,9)	0,292 <sup>2</sup>
Trabalho de Parto Prematuro	3(10,7)	11(8,9)	14(9,3)	0,502 <sup>2</sup>
Doenças Maternas	3(10,7)	10(8,1)	13(8,6)	0,447 <sup>2</sup>
Polidramnia/Oligodramnia	3(10,7)	6(4,9)	9(6,0)	0,219 <sup>2</sup>
Malformações Fetais	3(10,7)	3(2,4)	6(4,0)	0,078 <sup>2</sup>
RCIU	1(3,6)	5(4,1)	6(4,0)	0,692 <sup>2</sup>
Incompetência Cervical	2(7,1)	4(3,3)	6(4,0)	0,308 <sup>2</sup>
Sangramentos 1º e 2º trimestre	0	6(4,9)	6(4,0)	0,285 <sup>2</sup>
Placenta Prévia	1(3,6)	1(0,8)	2(1,3)	0,337 <sup>2</sup>
Alterações Hormonais	0	2(1,6)	2(1,3)	0,663 <sup>2</sup>
<b>Corticoide Antenatal</b>	<b>23(82,1)</b>	<b>58(47,2)</b>	<b>81(53,6)</b>	<b>0,001<sup>1</sup></b>

<sup>1</sup>Qui-quadrado; <sup>2</sup>Teste Exato de Fisher; DM/DMG- Diabete Mellitus/ Diabete Mellitus Gestacional; DPP: Descolamento Prematuro da Placenta; SHEG- Síndrome Hipertensiva Específica da Gestação; RCIU-Retardo de Crescimento Intrauterino.

A maioria das gestantes 99(65,6%) não eram primigestas e 108 (71,5%) possuíam idade entre 21 e 35 anos. Das gestações, 88 (58,6%) eram consideradas de risco, essa prevalência foi maior nos prematuros moderados, 19 (67,9%), porém com uma proporção não significativa para a variável ( $p=0,255$ ).

Cerca de 65% das gestantes tinham realizado número de consultas de pré-natal de forma adequada para período gestacional em que estavam. Os motivos para o parto prematuro dos dois grupos estudados foi a Amniorrexe Prematura/TPP em 49 (32,5%) casos, seguidas da Síndrome Hipertensiva Específica da Gestação (SHEG) com 36 (23,8%). Não houve diferença significativa entre os grupos, com exceção a gemelaridade que apresentou proporção mais frequente nos prematuros tardios ( $p=0,019$ ).

No que se refere à análise da idade gestacional, como variável numérica contínua, destaca-se média dos participantes de 34,8 semanas (DP  $\pm 1,2$ ). Quando analisadas as correlações de fatores obstétricos associadas à idade gestacional, descreve-se a Tabela 2.



**Tabela 2:** Correlação dos fatores obstétricos associados à idade gestacional ao nascer- Santa Maria, RS, Brasil, 2018

Fator	Média (DP)	Mínimo	Máximo	Índice de Correlação <sup>1</sup>	p
Idade Materna	27,7(6,7)	14	44	0,056	0,497
Número de Gestações anteriores	2,5(1,6)	0	9	0,098	0,231
Número Abortos Prévios		0	2	0,022	0,791
Número de Partos Prematuros Anteriores		0	3	-0,522	0,008
Número de Fetos		1	2	0,066	0,424

<sup>1</sup>Correlação de Pearson

Não há correlação significativa entre número de gestações prévias e idade gestacional ( $p=0,231$ ). Cabe destacar que a única variável correlacionada de forma inversa à idade gestacional foi o número de partos prévios, destacando que quanto maior número de partos prematuros anteriores, menor a idade gestacional ao nascer ( $p=0,008$ ). Ressalta-se que as demais correlações foram positivas, porém não significativas.

## DISCUSSÃO

As principais características maternas e obstétricas dos partos prematuros moderados e tardios giraram em torno de mães com faixa etária dos 21 aos 35 anos, não mais na primeira gestação e que tiveram gestação de risco. A correlação entre idade materna e idade gestacional, neste estudo, não se mostrou significativa, contudo, segundo autor, dentre os fatores de risco para parto prematuro, a idade materna é considerada fator de risco notável visto que mães com mais de 35 anos possuem 1,3 vezes mais chances de desenvolver uma gestação de risco e desencadear nascimento prematuro<sup>(12)</sup>.

Estudo realizado nos Estados Unidos destaca que tanto as mulheres grávidas mais jovens(adolescentes) quanto as mais velhas tinham probabilidade aumentada de parto prematuro. Assim sendo, as chances de complicações aumentaram à medida que a idade materna mudou em ambas as direções para longe do grupo de referência de 25 a 29 anos<sup>(13)</sup>.

Para além da idade materna, a etiologia do nascimento prematuro deve ser considerada multifatorial e, de certa forma, ainda é incipiente para a literatura, mesmo naqueles prematuros extremos. Existem muitos fatores maternos envolvidos como doenças prévias e/ou adquiridas na gestação, bem como dificuldade de acesso a acompanhamento dos serviços de saúde<sup>(2)</sup>.

Corroborando com o presente estudo, fica implícito que doenças de base ou adquiridas no período gestacional, que caracterizam gestação de risco, são motivos frequentes também em nascimentos de prematuros tardios e moderados, visto que quase 60% dos bebês nasceram de gestações de risco. Ressalta-se que a frequência

não foi, significativamente, diferente entre os dois grupos analisados ( $p=0,255$ ), porém estudos destacam que essa característica é mais prevalente em nascimentos prematuros extremos quando comparadas aos demais grupos de prematuros<sup>(9,13)</sup>.

Diversas doenças de base materna já foram relacionadas ao trabalho de parto pré-termo, como hipertensão materna, alterações útero-placentárias, doenças infecciosas e cardiopatias. As principais complicações obstétricas associadas a um risco aumentado de partos prematuros, independente da idade gestacional de nascimento, envolvem a ruptura prematura de membranas, doença hipertensiva específica da gestação, oligodrômio e as infecções do trato urinário<sup>(7,14)</sup>.

Tais dados condizem com os achados deste estudo, à medida que a SHEG e a Amniorrexe Prematura/TPP representaram juntas mais de 55% dos motivos dos partos prematuros na população de moderados e tardios, o que corrobora com a população de nascidos, independentemente de terem sido Moderados ou Tardios. Quando comparados à mesma população de prematuros – moderados e tardios – outros estudos corroboram com estes achados, destacando a amniorrexe prematura<sup>(15)</sup> a SHEG<sup>(16)</sup> e o Trabalho de Parto Prematuro (TPP)<sup>(17)</sup> como principais motivos que levam ao nascimento precoce.

A amniorrexe prematura foi a principal causa de prematuridade nesta pesquisa e foi prevalente em 32,5% dos nascimentos. Estudo brasileiro destaca que a amniorrexe prematura é fator frequente de partos prematuros, principalmente em gestações com mais de 30 semanas de IG. Isto corrobora o parto prematuro como sendo o principal causa de nascimentos prematuros não extremos<sup>(18)</sup>.

Outro motivo frequente na relação com o nascimento prematuro foi a SHEG. Pesquisa aponta que uma das principais complicações da SHEG é o nascimento prematuro, o que vai ao encontro do que se evidenciou com a população de moderados e tardios deste estudo. Os índices de prevalência em partos prematuros para mães com SHEG, conforme estudo internacional, gira em torno de 15 e 67% das gestações<sup>(15)</sup>, o que condiz com os cerca de 25% de partos prematuros que tiveram essa etiologia como base encontrados nesta pesquisa.

A pré-eclâmpsia, como fator isolado, é grande causa de morbimortalidade em partos prematuros, com riscos maternos e para o recém-nascido. Gestantes com esse diagnóstico de até 34 semanas de gestação possuem grande associação com crescimento intrauterino restrito, baixo peso ao nascer, além de maiores taxas de partos pré-termo, aumentando risco de mortalidade perinatal. Esses fatores, além de representar risco para o RN, são por vezes motivos que se somam as complicações materno-fetais da pré-eclâmpsia<sup>(17)</sup>.

Os motivos para o parto prematuro tiveram pouca diferença entre os dois grupos de prematuros, contudo cabe destacar que a gemelaridade foi mais frequente no grupo de tardios. A gemelaridade foi a causa para o parto prematuro em quase 12% dos participantes e foi o único motivo para o parto prematuro que mostrou diferença entre os grupos estudados, sendo mais frequente no grupo de Tardios. No Brasil, a gemelaridade corresponde a 2-3% de todos os nascimentos no estrato da população em geral, contudo está presente entre 10 a 17% dos nascimentos antes da 37ª semana<sup>(11,13,19)</sup>.



Nesta pesquisa, ela foi mais frequente na população de tardios. Cabe destacar que essa característica na população de tardios pode ser justificada, visto que em sua maioria a identificação precoce do risco ao parto prematuro, devido à gemelaridade, desperta precocemente esforços de tocolise e as gestações tendem a perdurar por mais tempo, contudo não foram encontradas justificativas na literatura para essa relação.

No que se refere à correlação do maior número de partos prematuros anteriores e a menor idade gestacional ao nascer (IC=-0,522, p=0,008), estudos destacam e corroboram com essas afirmações<sup>(11,18)</sup>, entretanto práticas de tocolise ainda são poucos consideradas para mulheres com esse fator de risco. Segundo estudo multicêntrico brasileiro, esforços para retardar o nascimento precoce não diferenciaram em mães com partos prematuros anteriores daquelas que ainda não o tinham vivenciado a prematuridade<sup>(18)</sup>, o que indica a necessária identificação precoce, dessa condição, nos serviços de saúde.

A melhora nos serviços de pré-natal e qualificação profissional e tecnológica favorece a manutenção da gestação, mesmo naquelas com risco de parto precoce e complicações obstétricas, fetais e neonatais iminentes. Essa melhoria reflete na redução de partos prematuros extremos e assim, o nascimento moderado e tardio vem crescendo nos últimos anos, quando comparados aos extremos<sup>(20)</sup>.

Estudos trazem à tona a discussão acerca das iatrogênicas e cesariana eletivas, como uma causa importante do nascimento, principalmente dos tardios<sup>(20,21)</sup>. Reconhece-se que, atualmente, vive-se um momento não mais de confirmação da consistência e da magnitude destas relações da prematuridade tardia/moderada aos desfechos indesejáveis, contudo confrontamos com a discussão e construção de protocolos baseados em evidências para as interrupções gestacionais prematuras<sup>(22)</sup>.

Para tanto, fatores multicausais que potencializam risco existem e perpassam desde os biológicos até os sociais envolvidos. Autor, analisando as estimativas das taxas de prematuridade para 184 países em 2010, também afirma que o nascimento prematuro é uma síndrome com uma variedade de causas classificadas em dois grandes grupos: causas espontâneas e causas médicas (induzidas ou eletivas), por indicações maternas, fetais e até iatrogênicas<sup>(2)</sup>.

O reflexo dos aspectos obstétricos implica de forma incisiva no desenvolvimento fetal e sua adaptação a vida extrauterina. Muitas patologias obstétricas possuem relação com aspectos neonatais imediatos, como é o caso das intercorrências durante o parto e as necessidades de adaptação extrauterina imediata, avaliadas por meio do Apgar e das necessidades de reanimação em sala de parto. Todos esses condicionantes adaptativos, relacionados a peso, IG, via de parto e as intercorrências durante o parto, por sua vez, refletem na necessidade de imediatismo na assistência do neonato aos serviços de saúde e condições agudas imediatas.

E é nessa perspectiva que cabe a enfermagem obstétrica e neonatal posicionamento e protagonismo no cuidado. Reconhecer os fatores de risco ao parto prematuro, já discutidos, prover o cuidado e coordenar a rede de atenção dessa gestante, numa perspectiva de retardar ou de prevenir o desfecho da prematuridade, bem como prestar assistência ao recém-nascido prematuro. Autores destacam a importância da atuação da enfermagem obstétrica nas gestações de risco, com autonomia e

efetividade no cuidado e diminuição dos partos prematuros, enfatizando a necessidade de capacitação e habilidades específicas para tal<sup>(23,24)</sup>.

## CONCLUSÃO

Os fatores obstétricos relacionados ao parto de prematuros moderados e tardios não se mostraram estatisticamente significativos entre os dois grupos estudados. Contudo, a gemelaridade foi mais frequente nos tardios, quando comparada aos moderados. Infere-se, ainda, que a gestação de risco está relacionada ao nascimento dessa população de bebês prematuros e que os motivos mais frequentes para o nascimento prematuro foram a amniorrexe e o TPP, seguidos da pré-eclâmpsia.

Reconhece-se que o nascimento de prematuros moderados e tardios é uma tendência crescente na atualidade, o que requer da enfermagem obstétrica a construção de subsídios para o cuidado clínico, no pré-natal, baseado em práticas de tocólise, como o reconhecimento precoce dos fatores associados ao nascimento e referência das gestantes aos serviços especializados de alto risco. Quanto a práticas neonatais, cabe o reconhecimento dessa emergente e recorrente demanda e os cuidados específicos desse grupo de RN, ainda considerados “quase a termo” e, portanto, pouco estudados.

## REFERÊNCIAS

- 1-World Health Organization (WHO). Preterm birth. [Internet] Geneva: WHO; 2018 [acesso em 14 abr 2018]. Disponível em: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs363/en/>.
- 2- Blencowe H, Cousens S, Oestergaard MZ, Chou D, Moller AB, Narwal R, et al. National, regional, and worldwide estimates of preterm birth rates in the year 2010 with time trends since 1990 for selected countries: a systematic analysis and implications. Lancet [Internet]. 2012 [acesso em 22 out 2018]; 379(9832). Disponível em: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(12\)60820-4](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(12)60820-4).
- 3- Liu L, Oza S, Hogan D, Chu Y, Perin J, Zhu J, et al. Global, regional, and national causes of under-5 mortality in 2000-15: an updated systematic analysis with implications for the Sustainable Development Goals. Lancet [Internet]. 2016 [acesso em 22 out 2018]; 388(10063). Disponível em: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(16\)31593-8](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(16)31593-8).
- 4- Kuzniewicz MW, Parker SJ, Schnake-Mahl A, Escobar GJ. Hospital readmissions and emergency department visits in moderate preterm, late preterm, and early term infants. Clinical Perinatology [Internet]. 2013 [acesso em 22 out 2018]; 40(4). Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.clp.2013.07.008>.
- 5- Salge A, Vieira A, Aguiar A, Lobo S, Xavier R, Zatta, L et al. Fatores maternos e neonatais associados à prematuridade. Revista Eletrônica de Enfermagem [Internet]. 2017 [acesso em 22 out 2018]; 11(3). Disponível em: <https://www.revistas.ufg.br/fen/article/view/47198/23139>.
- 6- Almeida AC, de Jesus ACP, Lima PFT, de Araújo MFMA, de Araújo TM. Fatores de risco maternos para prematuridade em uma maternidade pública de Imperatriz-MA. Rev. Gaúcha Enferm. [Internet]. 2012 [acesso em 22 out 2018]; 33(2). Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S1983-14472012000200013>.

- 7- Mally PV, Bailey S, Hendricks-Muñoz KD. Clinical issues in the management of late preterm infants. *Curr Probl Pediatr Adolesc Health Care* [Internet]. 2010 [acesso 22 out 2018]; 40(9). Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1016/j.cppeds.2010.07.005>.
- 8- Guimarães EAA, Vieira CS, Nunes FDD, Januário GC, OVC, 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* [Internet]. 2017 [acesso em 22 abr 2018]; 26(1). Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5123/s1679-49742017000100010>.
- 9- Melo EC, Oliveira RR, Mathias TAF. Factors associated with the quality of prenatal care: an approach to premature birth. *Rev Esc Enferm USP* [Internet]. 2015 [acesso em 07 jan 2017]; 49(4). Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v49n4/0080-6234-reeusp-49-04-0540.pdf>.
- 10- Engle WA. A recommendation for the definition of "late preterm" (near-term) and the birth weight-gestational age classification system. *Semin Perinatol.* [Internet] 2006 [acesso em 20 out 2016];30(1): 2–7. Disponível em: doi:10.1053/j.semperi.2006.01.007
- 11- Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Atenção ao pré-natal de baixo risco. Brasília: Ministério da Saúde; 2012.
- 12- Moura BLA, Alencar GP, Silva ZP, Almeida MF. Internações por complicações obstétricas na gestação e desfechos maternos e perinatais, em uma coorte de gestantes no Sistema Único de Saúde no Município de São Paulo, Brasil. *Cad. Saúde Pública* [Internet]. 2018 [acesso em 20 out 2018]; 34(1). Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311x00188016>.
- 13- Teixeira GA, Carvalho JBL, Rocha BG, Pereira SA, Enders BC. Perfil de mães e o desfecho do nascimento prematuro ou a termo. *Cogitare Enferm* [Internet]. 2018 [acesso em 09 jan 2019]; 23(1). Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5380/ce.v23i1.51409>.
- 14-Demitto MO, Gravena AAF, Dell’Agnolo C M, Antunes MB, Pelloso SM. High risk pregnancies and factors associated with neonatal death. *Rev. esc. enferm. USP* [Internet]. 2017 [acesso em 05 nov 2018]; (51). Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/s1980-220x2016127103208>.
- 15-RasmussenKM, YaktineAL. Institute of Medicine (US) and National Research Council (US). Committee to Reexamine IOM Pregnancy Weight Guidelines. Weight gain during pregnancy. Washington (DC): National Academies Press; 2009.
- 16-Silva SM, Mattos LC, Macedo LF, Araújo TS. Perinatal morbidity and mortality in pregnancies that progressed with ruptured membranes at a public hospital in Northern Brazil. *Rev Bras Ginecol Obstet* [Internet]. 2014 [acesso em 02 nov 2018]; 36(2). Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1984-0462;2018;36;2;00001>.
- 17- Guida JPS, Surita FG, Parpinelli MA, Costa ML. Preterm Preeclampsia and Timing of Delivery: A Systematic Literature Review. *Rev. Bras. Ginecol. Obstet.* [Internet]. 2017 [acesso em 05 nov 2018]; 39(11). Disponível: <http://dx.doi.org/10.1055/s-0037-1604103>.
- 18-Dias TZ, Fava ML, Passini JR, Cecatti JG, Tedesco RP, Lajos GJ et al . Tocolysis among Women with Preterm Birth: Associated Factors and Outcomes from a Multicenter Study in Brazil. *Rev. Bras. Ginecol. Obstet.* [Internet]. 2018 [acesso em 09 jan 2019]; 40(4). Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1055/s-0038-1642025>.
- 19- Tablie PM, Teixeira RM, Toso G, Matras RC, Fuhrmann IM, Pires MC, et al. Características dos partos pré-termo em hospital de ensino do interior do Sul do Brasil: análise de 6 anos. *Revista da AMRIGS* [Internet]. 2016 [acesso em 20 out 2018]; 60(3). Disponível em: <https://pt.calameo.com/read/00075624651215d2604aa>.

- 20- Lisonkova S, Sabr T, Butler B, Joshep KS. International comparisons of preterm birth: higher rates of late preterm birth are associated with lower rates of stillbirth and neonatal death. BJOG [Internet]. 2012 [acesso em 22 out 2018]; 119(13). Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1111/j.1471-0528.2012.03403.x>.
- 21- Joseph KS, Demissie K, KramerMS. Trends in obstetric intervention, stillbirth and preterm birth. Semin Perinatol [Internet]. 2002 [acesso em 01 nov 2018]; 26(4). Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12211615>.
- 22-Machado LC, Passini Junior R, Rosa IRM. Late prematurity: a systematic review. J. Pediatr. [Internet]. 2014 [acesso em 01 nov 2018]; 90(3). Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jpmed.2013.08.012>.
23. Amorim TV, Souza ÍEO, Moura MAV, Queiroz ABA, Salimena AMO. Perspectivas do cuidado de enfermagem na gestação de alto risco: revisão integrativa. Enfermeria Global. [Internet] 2017 [acesso 07 mai 2020]; 46:515-29. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.6018/eglobal.16.2.238861>
24. Errico LSP, Bicalho PG, Oliveira TCFL, Martins EF. O trabalho do enfermeiro no pré-natal de alto risco sob a ótica das necessidades humanas básicas. Rev. Bras. Enferm. [Internet]. 2018 [acesso 07 mai 2020]; 71( Suppl 3 ):1257-64. Disponível em:<https://doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0328>.

ISSN 1695-6141

© [COPYRIGHT](#) Servicio de Publicaciones - Universidad de Murcia