

# Perfil epidemiológico e obstétrico de gestantes com parto prematuro em uma maternidade pública de Goiânia

## *Epidemiological and obstetric profile of pregnant women with premature in a public maternity in Goiânia*

Larissa Garcia Neves<sup>1</sup>, Waldemar Naves do Amaral<sup>2,3</sup>

### RESUMO

**Introdução:** A gestação é um fenômeno fisiológico que pode envolver complicações no processo de gestar e parir. Dentre eles, o Trabalho de Parto Prematuro (TPP), o qual representa um desafio para a saúde pública atual e um agravante da saúde perinatal, haja vista que o nascimento prematuro é o maior fator de risco para morbimortalidade infantil no mundo. **Objetivos:** Descrever o perfil epidemiológico e obstétrico de gestantes com parto prematuro. **Métodos:** Trata-se de um estudo transversal, do tipo descritivo e retrospectivo de abordagem quantitativa. **Resultados:** Foram analisados 145 prontuários de gestantes atendidas no Hospital e Maternidade Dona Íris, no período de Fevereiro a Agosto e, que tiveram trabalho de parto prematuro. A idade das mulheres variou de 13 a 43 anos ( $27,83 \pm 6,38$ ) e, idade gestacional média no momento do parto de  $34,36 \pm 2,39$  (24 a 36 semanas). Na maioria eram solteiras (61,4%), com nível de escolaridade em torno de 8 anos de estudo, ou seja, ensino médio completo (45,5%), seguida de ensino superior completo (13,1%) e ensino médio incompleto (12,4%). Em relação ao perfil de saúde, a tipagem sanguínea mais frequente foi O+, seguido de A+ e B+, representando 36,6; 31,0 e 12,4%, respectivamente. Na realização de sorologias para HIV e Sífilis, foram notificados 9 (6,2%) casos de sífilis gestacional, todas as mulheres que contavam com resultado de teste rápido de HIV, estavam não reagentes. Observou-se que a maioria das mulheres não apresentaram comorbidades durante a gestação (65,5%) e daquelas que apresentaram (13,1%), as mais prevalentes foram Doença Hipertensiva Específica da Gravidez, seguido de Diabetes mellitus gestacional (6,9%). Quanto aos desfechos gestacionais, a maioria dos partos foram do tipo cesariana, e de gravidez de feto único (79,3%). Análise dos antecedentes obstétricos das mulheres evidenciam que a maioria (31,0%) das mulheres tiveram duas gestações prévias, seguido de 23,4% com uma e três gestações, respectivamente. Em relação aos partos prévios, houve predomínio de dois partos (33,8%), seguido de um e três partos, com 31,7 e 17,2%, respectivamente. Casos de aborto foram observados em 23,5% das mulheres. O número mínimo de consultas de pré-natal foi de nenhuma e máximo de 15, com média de  $6,12 \pm 2,78$  consultas. A maioria das mulheres (15,9%) realizaram sete consultas, seguido de 14,5% com oito consultas e 12,4%, com cinco e seis consultas, respectivamente. Em relação aos desfechos neonatais, os valores

<sup>1</sup>Médica ginecologista e obstetra do Hospital e Maternidade Dona Iris

<sup>2</sup>Médico Professor Livre Docente pela Universidade de São Paulo

<sup>3</sup>Professor titular da Universidade Federal de Goiás

de Apgar observados foram de 0 a 10 ( $7,31\pm 2,0$ ) para o primeiro minuto e 0 a 10 ( $8,60\pm 1,65$ ) para o quinto minuto. **Conclusão:** O perfil sociodemográfico é de mulheres com idade média de 27 anos, solteiras e ensino médio completo. A caracterização das condições clínicas e obstétricas e do tipo sanguíneo O+, não reagente para sífilis e HIV e sem comorbidades. Com duas gestações anteriores, dois partos, nenhum aborto e feto único. A causa obstétrica que mais contribuiu para o trabalho de parto prematuro foi a Rotura Prematura de Membranas (ROPREMA).

**Descritores:** Parto prematuro, Gestação, Perfil sócio-demográfico

## ABSTRACT

**Introduction:** Pregnancy is a physiological phenomenon that can involve complications in the process of pregnancy and giving birth. Among them, Premature Labor (PPT), which represents a challenge for current public health and an aggravating factor for perinatal health, given that premature birth is the biggest risk factor for infant morbidity and mortality in the world. **Objectives:** To describe the epidemiological and obstetric profile of pregnant women with preterm birth. **Methods:** This is a cross-sectional, descriptive and retrospective study with a quantitative approach. **Results:** 145 medical records of pregnant women attended at the Hospital and Maternity Dona Íris, from February to August and who had premature labor were analyzed. The women's age ranged from 13 to 43 years ( $27.83\pm 6.38$ ) and the mean gestational age at delivery was  $34.36\pm 2.39$  (24 to 36 weeks). These were single women (61.4%), with an education level of around 8 years of study, that is, complete high school (45.5%), followed by complete higher education (13.1%) and incomplete high school (12.4%). Regarding the health profile, the most frequent blood type was O+, followed by A+ and B+, representing 36.6; 31.0 and 12.4%, respectively. When performing serology for HIV and Syphilis, 9 (6.2%) cases of gestational syphilis were reported, all women who had a rapid HIV test result were non-reactive. It was observed that most women did not have comorbidities during pregnancy (65.5%) and of those who did (13.1%), the most prevalent were Pregnancy-Specific Hypertensive Disease, followed by Gestational Diabetes mellitus (6.9%). As for gestational outcomes, most deliveries were cesarean, and single-fetus pregnancy (79.3%). Analysis of the women's obstetric history shows that the majority (31.0%) of women had two previous pregnancies, followed by 23.4% with one and three pregnancies, respectively. Regarding previous births, there was a predominance of two births (33.8%), followed by one and three births, with 31.7 and 17.2%, respectively. Abortion cases were observed in 23.5% of women. The minimum number of prenatal consultations was none and the maximum was 15, with a mean of  $6.12\pm 2.78$  consultations. Most women (15.9%) had seven appointments, followed by 14.5% with eight appointments and 12.4% with five and six appointments, respectively. Regarding neonatal outcomes, Apgar scores ranged from 0 to 10 ( $7.31\pm 2.0$ ) for the first minute and 0 to 10 ( $8.60\pm 1.65$ ) for the fifth minute.

**Conclusion:** The sociodemographic profile is of women with an average age of 27 years, single and having completed high school. The characterization of clinical and obstetric conditions and blood type O+, non-reactive for syphilis and HIV and no comorbidities. With two previous pregnancies, two births, no miscarriages and a single fetus. The obstetric cause that most contributed to premature labor was the Premature Rupture of Membranes (ROPREMA).

**Descritores:** Parto prematuro, Gestação, Perfil sócio-demográfico

## INTRODUÇÃO

A gestação é um fenômeno fisiológico que pode envolver complicações no processo de gestar e parir. Dentre eles, o Trabalho de Parto Prematuro (TPP), o qual representa um desafio

para a saúde pública atual e um agravante da saúde perinatal, haja vista que o nascimento prematuro é o maior fator de risco para morbimortalidade infantil no mundo<sup>1</sup>.

O parto pré-termo é definido como aquele que acontece

antes de 37 semanas de gestação completas, calculados a partir do primeiro dia da última menstruação. Neste período, o TPP é caracterizado por presença de contrações rítmicas e que acompanham modificações na cérvix uterina como dilatação e esvaziamento<sup>2,3</sup>. A prematuridade é categorizada conforme a Idade Gestacional (IG), sendo prematuridade tardia entre 34 e 36 semanas, prematuridade moderada, 31 a 33 semanas, prematuridade grave, 28 a 30 semanas e prematuridade extrema, menores de 28 semanas<sup>2,4</sup>.

Os fatores determinantes do TPP são classificados em espontâneos, devido a Rotura Prematura de Membranas Amnióticas (ROPREMA) e provocados, quando iniciado por intervenções médicas através de indução ou cesariana<sup>4</sup>. Fatores obstétricos, somado a presença de comorbidades crônicas ou desenvolvidas na gestação podem predispor ao TPP, como síndromes hipertensivas, diabetes gestacional, gemelaridade e infecção do trato urinário e reprodutivo. Entre as condições fetais destacam-se o Crescimento Intrauterino Restrito (CIUR) e padrão fetal não tranquilizador<sup>5</sup>. Algumas condições epidemiológicas também corroboram para a incidência de TPP, como multiparidade, inadequado acompanhamento pré-natal, história pregressa de prematuridade, extremos de idade e baixo poder socioeconômico<sup>6</sup>.

A prematuridade e suas complicações se situam em segundo lugar dentro das principais causas de mortes em menores de cinco anos, com 14%, superado apenas pela pneumonia, com 18%. Ainda, representa a principal causa de mortalidade neonatal, até 27 dias de vida, aproximando-se a 1,1 milhão de óbitos por ano no mundo. O acompanhamento adequado de pré-natal, bem como intervenções de baixo custo poderiam prevenir a maioria dos óbitos nessa população<sup>7</sup>.

Estima-se que a incidência mundial de prematuridade seja de aproximadamente 15 milhões de casos por ano<sup>8</sup>. O Brasil e os Estados Unidos estão entre os dez países com maiores números de partos prematuros. Neste contexto, o Brasil ocupa o décimo lugar, com 279 mil partos prematuros por ano, com prevalência de 9,2%<sup>4</sup>. Estudos indicam tendência crescente para prematuridade no Brasil e estados, as regiões norte e nordeste apresentam as maiores prevalências e em Goiás, a taxa de mortalidade entre os anos de 2012 e 2016 foi de 10,5%<sup>4</sup>.

Vale ressaltar que parte da morbimortalidade relacionada a prematuridade poderia ser evitada se o as mulheres recebessem assistência pré-natal e intraparto adequada. Considerando as multicausalidades do TPP, sabe-se, portanto, que fatores sociais, econômicos, ambientais e condições de saúde corroboram para a prematuridade. Além disso, os nascimentos pré-termos geram custos a família e ao sistema de saúde, haja vista que requerem assistência estruturada e especializada.

Neste sentido, diante do quadro crescente de TPP, considerou-se relevante estudar a temática, pois observou-se que havia um considerável número de gestantes admitidas com diagnóstico de TPP no cenário de pesquisa, em que a maioria teve neonatos prematuros ou seus partos foram realizados devido ao risco de óbito para a mulher ou feto. Compreender os fatores que influenciam o TPP e o perfil das gestantes poderá subsidiar ações e estratégias de gestão e cuidado.

Portanto, o objetivo deste estudo é avaliar o perfil

epidemiológico e obstétrico das gestantes com parto prematuro em uma maternidade pública de referência para o Estado de Goiás, situada em Goiânia.

## MÉTODOS

Trata-se de um estudo transversal, do tipo descritivo e retrospectivo de abordagem quantitativa. Este estudo foi realizado no Hospital e Maternidade Dona Iris, situado em Goiânia, Goiás. De caráter público, atua como serviço referência do município e região metropolitana, com foco no atendimento ginecológico, obstétrico e ao recém-nascido, entre outros.

A amostra foi constituída por 58 prontuários físicos e/ou eletrônicos e registros em planilhas informatizadas de mulheres com gestações com parto pré-maturo, assistidos no local do estudo entre os meses de Fevereiro a Agosto de 2021. Foram excluídos os prontuários com informações incompletas e/ou inconclusivas ou que estivessem indisponíveis no momento da coleta de dados.

Foram consideradas as variáveis: idade, escolaridade, *status* conjugal, tipo de parto, idade gestacional, número de consultas de pré-natal, gemelaridade, antecedentes ginecológicos/obstétricos, presença de comorbidades materna, via de parto, status-sorológico para o Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV) e Sífilis, tipagem sanguínea e índice de Apgar dos recém-nascidos de 1º e 5º minutos.

O projeto foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) do Hospital e Maternidade Dona Iris, respeitando as Diretrizes e Normas Regulamentares para a realização de pesquisa envolvendo seres humanos, estabelecidas na Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde/MS, recebendo com parecer favorável.

Os dados coletados foram inicialmente armazenados em planilha eletrônica utilizando-se o programa Microsoft Excel®. Após validação e avaliação da consistência do banco de dados, este foi exportado para o software SPSS® (*Statistical Package for Social Science*), versão 23 onde foi realizada a análise dos dados.

Foi realizada análise descritiva, obtendo-se as medidas de tendência central (média e mediana) e de dispersão (valor mínimo, máximo e desvio padrão) para as variáveis quantitativas (discretas e/ou contínuas). As variáveis categóricas nominais (dicotômica e/ou politômica) foram descritas por meio de análise de distribuição de frequências relativa e absoluta.

## RESULTADOS

Foram analisados 145 prontuários de gestantes atendidas no Hospital e Maternidade Dona Iris, no período de Fevereiro a Agosto e, que tiveram trabalho de parto prematuro. A idade das mulheres variou de 13 a 43 anos (27,83±6,38) e, idade gestacional média no momento do parto de 34,36±2,39 (24 a 36 semanas). Conforme descrito na Tabela 1, tratou-se de mulheres solteiras (61,4%), com nível de escolaridade em torno de 8 anos de estudo, ou seja, ensino médio completo (45,5%), seguida de ensino superior completo (13,1%) e ensino médio incompleto (12,4%).

VARIÁVEL	N	%
<b>Estado Civil</b>		
Solteira	89	61,4
Casada	44	30,3
Divorciada	5	3,4
União Estável	2	1,4
Viúva	1	0,7
Sem informação	4	2,8
<b>Escolaridade</b>		
Educação básica	2	1,4
Ens. Fundamental Incompleto	10	6,9
Ensino Fundamental Completo	2	1,4
Ensino Médio Incompleto	18	12,4
Ensino Médio Completo	66	45,5
Ensino Superior Incompleto	14	9,7
Ensino Superior Completo	19	13,1
Sem Informação	14	9,7

**Tabela 1.** Perfil epidemiológico de gestantes com parto prematuro, atendidas em um serviço de referência na cidade de Goiânia/GO, 2021.  
**Fonte:** Hospital e Maternidade Dona Íris, 2021.

Em relação ao perfil de saúde, a tipagem sanguínea mais frequente foi O+, seguido de A+ e B+, representando 36,6; 31,0 e 12,4%, respectivamente. Na realização de sorologias para HIV e Sífilis, foram notificados 9 (6,2%) casos de sífilis gestacional, todas as mulheres que contavam com resultado de teste rápido de HIV, estavam não reagentes. Observou-se que a maioria das mulheres não apresentaram comorbidades durante a gestação (65,5%) e daquelas que apresentaram (13,1%), as mais prevalentes foram Doença Hipertensiva Específica da Gravidez, seguido de Diabetes mellitus gestacional (6,9%), conforme descrito Tabela 2.

VARIÁVEL	N	%
<b>Tipo sanguíneo</b>		
A+	45	31,0
B+	18	12,4
A-	3	2,1
B-	3	2,1
AB+	3	2,1
AB-	1	0,7
O+	53	36,6
O-	6	4,1
Sem informação	13	9
<b>SÍFILIS</b>		
Não Reagente	128	88,3

Reagente	9	6,2
Sem Informação	8	5,5
<b>HIV</b>		
Não Reagente	136	93,8
Reagente	--	--
Sem Informação	9	6,2
<b>Comorbidades</b>		
Sem comorbidades maternas	95	65,5
Com comorbidades maternas	49	33,8
Sem informação	1	0,7

**Tabela 2.** Perfil de saúde de gestantes com parto prematuro, atendidas em um serviço de referência na cidade de Goiânia/GO, 2021.  
**Fonte:** Hospital e Maternidade Dona Íris, 2021.

Quanto aos desfechos gestacionais, a maioria dos partos foram do tipo cesariana, e de gravidez de feto único (79,3%). Análise dos antecedentes obstétricos das mulheres evidenciam que a maioria (31,0%) das mulheres tiveram duas gestações prévias, seguido de 23,4% com uma e três gestações, respectivamente. Em relação aos partos prévios, houve predomínio de dois partos (33,8%), seguido de um e três partos, com 31,7 e 17,2%, respectivamente. Casos de aborto foram observados em 23,5% das mulheres. O número mínimo de consultas de pré-natal foi de nenhuma e máximo de 15, com média de 6,12±2,78 consultas. A maioria das mulheres (15,9%) realizaram sete consultas, seguido de 14,5% com oito consultas e 12,4%, com cinco e seis consultas, respectivamente. Em relação aos desfechos neonatais, os valores de Apgar observados foram de 0 a 10 (7,31±2,0) para o primeiro minuto e 0 a 10 (8,60±1,65) para o quinto minuto. Outras informações sobre os desfechos gestacionais, podem ser avaliados na Tabela 3.

VARIÁVEL	N	%
<b>Gestações</b>		
Uma gestação	34	23,4
Duas gestações	45	31,0
Três gestações	34	23,4
Quatro gestações	12	8,3
Cinco gestações	5	3,4
Seis gestações	3	2,1
Sete gestações	1	0,7
Oito gestações	1	0,7
Sem informação	10	6,9
<b>Parto</b>		
Nenhum	5	3,4
Um parto	46	31,7
Dois partos	49	33,8

Três partos	25	17,2
Quatro partos	7	4,8
Cinco partos	1	0,7
Seis partos	1	0,7
Sete partos	1	0,7
Sem informação	10	6,9
<b>Abortos</b>		
Nenhum aborto	101	69,7
Um aborto	29	20,0
Dois abortos	2	1,4
Três abortos	2	1,4
Quatro abortos	1	0,7
Sem informação	10	6,9
<b>Gemelaridade</b>		
Feto único	115	79,3
Gemelares	30	20,7

**Tabela 3.** Antecedentes ginecológicos de gestantes com parto prematuro, atendidas em um serviço de referência na cidade de Goiânia/GO, 2021.

**Fonte:** Hospital e Maternidade Dona Íris, 2021.

## DISCUSSÃO

O nascimento pré-maturo é considerado, atualmente, fator de risco para morbidade e mortalidade infantil, não apenas no período neonatal imediato, mas também na primeira infância, se estendendo à idade adulta. Sabe-se que fatores que acompanham a vulnerabilidade social (gravidez na adolescência, baixa escolaridade e pré-natal inadequado) estão associados à ocorrência de parto prematuro espontâneo. Estudo conduzido por Morisakiet *al.*, (2014), expõe que os fatores de risco para a ocorrência de nascimentos anterior à 37ª semana de gestação, estão relacionados às condições sociais mais baixas para as mulheres. Embora não tenha sido avaliado a renda materna como fator de risco para o parto pré-maturo, foi possível identificar que a idade mínima das mulheres foi de 13, fator considerado de risco para a ocorrência de nascimentos prematuros, confirmando os achados do autor supracitado<sup>10</sup>.

Corroborando os achados desta investigação, Azevedoet *al.*, (2015) apontam que cerca de metade dos nascidos vivos no início dos anos 2000 eram filhos de mães com até 24 anos de idade e, deste total, aproximadamente 1% de mães do grupo etário inferior a 14 anos; 20,6% de mães com idade de 15 a 19 anos; e 29,9% de mães com idade entre 20 e 24 anos<sup>11</sup>.

Quanto à escolaridade, nesta investigação foi prevalente os casos de mulheres com oito anos de estudo. Para Santos et *al.*, (2014), mulheres com escolaridade inadequada para a idade apresentaram associação com a prematuridade e, essas mulheres têm duas vezes mais chance de ter parto prematuro. Desse modo, é possível inferir que a escolaridade como uma variável determinada pelas condições socioeconômicas, fator conhecido como determinante para a ocorrência de nascimento pré-maturo<sup>12</sup>.

Importante destacar a relação entre a adesão às consultas de pré-natal e, os efeitos adversos da gestação. O pré-natal é tido como um componente importante para identificação de complicações e comorbidades no período gestacional. Carvalho *et al.*, (2021) destaca que o acompanhamento médico adequado durante a gestação pode ser visto como uma política compensatória de saúde, cabendo a ele o papel de minimizar o efeito das desigualdades sociais e econômicas<sup>13</sup>.

Nesta investigação a média de realização de consultas de pré-natal foi de 6,77. Destacar-se que, a assistência pré-natal possibilita o diagnóstico e o tratamento de inúmeras complicações durante a gestação e a redução ou eliminação de fatores e comportamentos de risco passíveis de correção. Para Araújoet *al.*, (2014) o número de consultas de acompanhamento pré-natal está diretamente relacionado à oportunidade de realização de cuidados preventivos e de promoção à saúde, sobretudo naquelas situações de gestações de alto risco, com maiores chances de melhorar os desfechos perinatais<sup>14</sup>.

Importante destacar que, a assistência pré-natal deficiente e/ou insuficiente, menos de 5 consultas ao completar 28 semanas de gestação, e apresentar intercorrências clínicas gestacionais aumentam as chances de prematuridade em cinco e quatro vezes, respectivamente<sup>15</sup>.

O perfil epidemiológico das mulheres que entraram em trabalho de parto prematuramente ainda não é bem definido, entretanto existem alguns consensos. A presença de comorbidades (Diabetes mellitus, hipertensão arterial, cardiopatias, entre outras), obesidade (IMC>25), infecções urinárias recorrentes, extremos de idades (<18 e >35 anos), uso de substâncias (medicamentos, álcool, tabaco, outras drogas), atividade física vigorosa e histórico obstétrico desfavorável (tratamento anterior para infertilidade, parto cesáreo anterior, TPP anterior, entre outros) são os principais fatores relacionados ao trabalho de parto prematuro<sup>16,17</sup>.

A infecções congênicas e perinatais, conhecidas como TORCHS (Toxoplasmose, Rubéola, Citomegalovírus, Herpes Simples e Sífilis) estão associadas a um maior risco de morbimortalidade neonatal. Nesta investigação foi observado a ocorrência de sífilis gestacional em 5 (8,6%) mulheres. Os protocolos nacionais recomendam a realização de dois VDRL durante a gestação. A ocorrência de qualquer evento adverso da gravidez é 52% maior entre as mulheres com sífilis, em decorrência recomenda-se reorganizar os fluxos e ações assistenciais, com integração de programas materno-infantil locais, busca ativa das gestantes e parceiros sem atendimento e tratamento.

No presente estudo o índice de Apgar no 5º minuto de vida de três a dez apresenta maior proporção nos nascimentos prematuros, indo ao encontro da literatura existente<sup>18,19</sup>. Entre os prematuros, há maior incidência de baixos valores de Apgar e, a prevalência de baixos índices de Apgar é relevante fator de risco para a morbimortalidade entre recém-nascidos pré-maturos<sup>20</sup>. De acordo com Reddyet *al.* (2012) recém-nascidos prematuros apresentaram 359 vezes mais chance de óbito neonatal na primeira semana de vida e mais de 30 vezes para morte neonatal até 28 dias de vida<sup>21</sup>.

Dentre as limitações deste, pode-se destacar a falta de dados

socioeconômicos e de estilo de vida nos prontuários das mulheres. Por se tratar de um estudo do tipo observacional e retrospectivo, o baixo número de casos incluídos pode não refletir as características das gestações e dos partos pré-maturos. Destaca-se que o reconhecimento dos fatores de risco modificáveis e não modificáveis para o trabalho de parto prematuro antes da concepção ou no início da gravidez, levará a intervenções que auxiliarão na prevenção dessa complicação.

O aumento da prevalência da prematuridade é um evento que preocupa gestores de saúde em todo o país e contrasta com o aumento do desenvolvimento tecnológico na assistência médica e a diminuição da mortalidade infantil. A prematuridade constitui-se como um problema de saúde pública complexo, pois se trata de uma questão multifatorial que se inter-relaciona e pode variar em diferentes populações. É importante destacar a importância da realização de estudos para mais esclarecimentos sobre a ocorrência de partos pré-maturos, que parece ser influenciada por determinantes idade materna, ocorrência de comorbidades, parto do tipo cesáreo, bem como pelas intercorrências maternas relacionadas à gravidez entre jovens adultas.

## CONCLUSÃO

- O perfil sociodemográfico é de mulheres com idade média de 27 anos, solteiras e ensino médio completo.
- A caracterização das condições clínicas e obstétricas e do tipo sanguíneo O+, não reagente para sífilis e HIV e sem comorbidades. Com duas gestações anteriores, dois partos, nenhum aborto e feto único.
- A causa obstétrica que mais contribuiu para o trabalho de parto prematuro foi a Rotura Prematura de Membranas (ROPREMA).

## REFERÊNCIAS

1. Pereira SSM, Oliveira MNJ, Koller JMRC, Miranda FCA, Ribeiro IP, Oliveira ADS. Perfil de Gestantes Acometidas de Parto Prematuro em uma Maternidade Pública. *J. Res.: fundam. Care*, 2018;3(10):758-763.
2. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. *Gestação de alto risco: manual técnico / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas*. 5. ed. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2010.
3. Montenegro CAB, Rezende-Filho J. *Rezende Obstetrícia*. 13 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2017.
4. Leal MD, Esteves-Pereira AP, Nakamura-Pereira M, Torres JA, Theme-Filha M, Domingues RM, Dias MA, Moreira ME, Gama SG. Prevalence and risk factors related to preterm birth in Brazil. *Reprod Health*. 2016 Oct 17;13(Suppl 3):127. doi: 10.1186/s12978-016-0230-0. PMID: 27766978; PMCID: PMC5073982.
5. Bouchet N, Gayet-Ageron A, LumbrerasAreta M, Pfister RE, Martinez de Tejada B. Avoiding late preterm deliveries to reduce neonatal complications: an 11-year cohort study. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2018 Jan 8;18(1):17. doi: 10.1186/s12884-017-1650-8. PMID: 29310615; PMCID: PMC5759878.
6. Oliveira RS, Brito MLS, Costa Neto DB. Uma análise integral do Trabalho de Parto Prematuro. *Revista de Patologia do Tocantins*, 2019;6(1):54-57.
7. Who. World Health Organization. Preterm birth. World Health Organization 2016. Disponível em: <<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs363/en/>>. Acesso em 30 de mar 2021.
8. Souza DML, Maia LCS, Zêgo ZDF, Jaeger GP, Maciel WS. Prevalence of prematurity and associated factors in the state of Rio Grande do Sul. *Braz. J. Hea. Rev.*, 2019; 2(5):4052-4070.
9. TabilePM, 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. *Revista da AMRIGS, Porto Alegre*, 2016;60(3).
10. Morisaki N, Togoobaatar G, Vogel JP, Souza JP, Rowland Hogue CJ, Jayaratne K, Ota E, Mori R; WHO Multicountry Survey on Maternal and Newborn Health Research Network. Risk factors for spontaneous and provider-initiated preterm delivery in high and low Human Development Index countries: a secondary analysis of the World Health Organization Multicountry Survey on Maternal and Newborn Health. *BJOG*. 2014 Mar;121 Suppl 1:101-9. doi: 10.1111/1471-0528.12631. PMID: 24641540.
11. Azevedo WF, Diniz MB, Fonseca ES, Azevedo LM, Evangelista CB. Complications in adolescent pregnancy: systematic review of the literature. *Einstein (Sao Paulo)*. 2015 Oct-Dec;13(4):618-26. doi: 10.1590/S1679-45082015RW3127. Epub 2015 Jun 9. PMID: 26061075; PMCID: PMC4878642.
12. Santos NL, Costa COM, Amaral MTR, Vieira GO, Baccelar LB, Almeida AHV. Gravidez na adolescência: análise de fatores de risco para baixo peso, prematuridade e cesariana. *Ciênsaúde Coletiva*, 2014;19(3):719-26.
13. Carvalho FC, Rocha AM, Calil LF, Oliveira SM, Pires CAB, Pascoal CKP. Fatores de risco maternos mais prevalentes relacionados à ocorrência de partos prematuros: revisão de literatura. *Brazilian Journal of Surgery and Clinical Research*. v. 26, n. 1, p. 112-123, 2021.
14. Araújo FG, Oliveira SR de, Menezes GAC, Meira, DCS. Assistência pré-natal na percepção de mães de prematuros internados em unidade neonatal. *Revista de Enfermagem UFPE*, 2014; 8(8): 2667-2675.
15. Almeida AC, Jesus ACP, Lima PFT, Araújo MFM, Araújo TM. Fatores de risco maternos para prematuridade em uma maternidade pública de Imperatriz-MA. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, 2012; (33):286-94.
16. Borbolato BM, Cardoso MP. O impacto do pré-natal na prevenção do parto prematuro. *Revista Thêma et Scientia*, 2015; 5(1).
17. Ferreira Junior AR, Albuquerque RAS, Aragão SR, Rodrigues MENG. Perfil epidemiológico de mães e recém-nascidos prematuros. *Revista Enfermagem Contemporânea*, 2018; 7(1), 6–12. <https://doi.org/10.1186/s12884-017-1650-8>.

org/10.17267/2317-3378rec.v7i1.1159

18. Brasil. Ministério da Educação; Secretaria de Educação-Básica, Diretoria de Concepções e Orientações Curriculares para a Educação Básica. Jovens de 15 a 17 anos no ensino fundamental: caderno de reflexões. Brasília, 2011.
19. Iliodromiti S, Mackay DF, Smith GC, Pell JP, Nelson SM. Apgar score and the risk of cause-specific infant mortality: a population-based cohort study. *Lancet*. 2014 Nov 15;384(9956):1749-55. doi: 10.1016/S0140-6736(14)61135-1. Epub 2014 Sep 15. PMID: 25236409.
20. Oliveira LL, Gonçalves AC, Costa JSD, Bonilha ALL. Fatores maternos e neonatais relacionados à prematuridade. *Ver EscEnferm USP*, 2016;50(3): 382-289.
21. Reddy UM, Zhang J, Sun L, Chen Z, Raju TN, Laughon SK. Neonatal mortality by attempted route of delivery in early preterm birth. *Am J ObstetGynecol*. 2012;207(2):117.e1-117.e1178. doi:10.1016/j.ajog.2012.06.023