

Fatores de risco materno-fetais para o nascimento pré-termo em hospital de referência de Minas Gerais

Maternal and fetal risk factors for preterm birth in a reference hospital in Minas Gerais

Letícia Dutra de Araújo Brandi¹, Leticya Ribeiro Rocha¹, Lísia Soares Silva¹, Luana Girasole Bretas¹, Marina Almeida Rodrigues¹, Sônia Torres Horta de Araújo^{1*}

1- Faculdade de Medicina de Barbacena

*Autor correspondente:
Sônia Torres Horta de Araújo
E-mail: fame@funjob.edu.br.

RESUMO

Introdução. São considerados prematuros, os bebês nascidos antes de completar 37 semanas de gestação e, no Brasil, sua prevalência chega a aproximadamente 10%. A prematuridade pode comprometer a saúde do recém-nascido (RN) e levar a repercussões socioeconômicas. Portanto, é fundamental rastrear gestantes sob risco através de pré-natal adequado, a fim de afastá-las dessas condições ou minimizar suas implicações. **Objetivos.** Avaliar os principais fatores de risco maternos e fetais associados ao parto pré-termo em um hospital de referência em Barbacena. **Métodos.** Estudo transversal, retrospectivo, analítico, realizado no Hospital Santa Casa de Misericórdia de Barbacena. Avaliou-se prontuários materno-fetais impressos, disponibilizados de todos os nascimentos pelo Sistema Único de Saúde (SUS), em 2017. Foram analisados dados como: idade, profissão e patologias maternas; exames realizados durante gestação e informações do RN. **Resultados.** Dentre os 1278 prontuários, foram encontrados 177 prematuros. Verificou-se que diabetes mellitus (DM) ou diabetes mellitus gestacional (DMG), infecções do trato urinário (ITU), síndromes hipertensivas na gravidez, sífilis materna, gemelaridade e parto cesáreo foram estatisticamente relevantes como fatores de risco para prematuridade; e as gestantes trabalhadoras rurais tiveram menos partos prematuros de forma estatisticamente significativa quando comparadas às outras ocupações. Primiparidade e extremos de idade reprodutiva não foram significativos. Quanto aos RN, malformações e peso pequeno para a idade gestacional (PIG) também foram fatores de risco. **Conclusões.** Os principais fatores de risco maternos e fetais associados ao parto pré-termo na amostra foram DM, ITU, síndromes hipertensivas na gravidez, sífilis materna, gemelaridade, parto cesáreo, malformações fetais e PIG.

Palavras-chave: Prematuridade. Gestação de risco. Pré-natal.

ABSTRACT

Introduction. Babies born before 37 weeks of gestation are considered premature and, in Brazil, their prevalence reaches approximately 10%. Prematurity can compromise the newborn's health and lead to socioeconomic repercussions. Therefore, it is essential to track pregnant women at risk through an adequate prenatal care, in order to remove them from these conditions or minimize their implications. **Objective.** To evaluate the main maternal and fetal risk factors associated with preterm birth in a reference hospital in Barbacena. **Methods.** A retrospective cross-sectional study, non-experimental made in Santa Casa de Misericórdia de Barbacena hospital. This study evaluated print medical records available of all births in Sistema Único de Saúde (SUS) in 2017. Some data were analyzed, such as: age, profession and maternal pathologies; examinations performed during pregnancy and information about the newborn. **Results.** The sample consisted of 1278 records of births, and there were 177 preterm births. It was checked that previous diabetes or gestational diabetes, urinary tract infections (UTI), pregnancy-induced hypertension, maternal syphilis, twinning and caesarean delivery were statistic relevant factors for prematurity; pregnant women who had a rural occupation had fewer premature deliveries in a statistically significant way than other occupations. First time pregnant women and those at extreme fertile age were not significant. About newborn data, malformations and small for gestational age (SGA) were risk factors for preterm birth. **Conclusions.** The main maternal and fetal risk factors associated with preterm birth on this study were diabetes, UTI, hypertension syndrome during pregnancy, maternal syphilis, twinning, caesarean delivery, malformations and SGA.

Keywords: Prematurity. Risky pregnancy. Prenatal.

INTRODUÇÃO E LITERATURA

Segundo o Ministério da Saúde, são considerados prematuros (ou pré- termos), os bebês nascidos antes de completar trinta e sete semanas de gestação. Em todo o mundo nascem, anualmente, vinte milhões de bebês prematuros e de baixo peso (menores de 2,5kg) e destes, um terço morre antes de completar um ano de vida. No Brasil, aproximadamente 10% dos bebês nascem antes do tempo adequado,^{1,2} o que o caracteriza como o 10º país com maior número absoluto de neonatos pré-termo, segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), sendo esta uma temática extremamente relevante no cenário da saúde pública nacional.³

O parto pode ocorrer prematuramente de forma espontânea ou eletiva, quando há indicação médica por intercorrências maternas e/ou fetais.⁴ Há possibilidade de desfechos adversos que comprometem a saúde do neonato,⁵ além de trazer repercussões socioeconômicas, como alta demanda de unidades de tratamento intensivo neonatal e necessidade de acompanhamento especializado posteriormente.⁶

Inúmeros fatores se relacionam com o desencadeamento do parto antes do momento adequado. Dentre essas situações, destacam-se: primiparidade,⁷ extremos de idade reprodutiva, iatrogenia, realização inadequada do pré- natal,⁸ gravidez múltipla,⁹ infecções maternas na gestação,^{10,11} bebida alcoólica, drogas ilícitas, tabagismo,¹² doenças crônicas maternas ou próprias da gestação.¹³

Comparativamente aos nascidos a termo, bebês prematuros estão mais sujeitos a apresentar baixos índices de Apgar (<4), problemas respiratórios, dificuldades para iniciar a alimentação e intercorrências durante a hospitalização, como hipotermia, hipoglicemia e hiperbilirrubinemia. Somado a isso, há risco aumentado de mortalidade neonatal e de comprometimento do desenvolvimento neurológico em longo prazo.^{5,14}

Nesse sentido, é de extrema relevância reconhecer as gestantes com fatores de risco e tentar, através de pré-natal adequado, afastar estas condições ou minimizar seu impacto durante a gestação, a fim de evitar complicações futuras para o recém-nascido (RN). O conhecimento dessas situações em determinada comunidade, bem como a comparação com dados de outros locais, pode ser importante na elaboração de estratégias para melhorar a assistência à população adscrita.

MATERIAIS

Avaliou-se os prontuários materno-fetais impressos, disponibilizados de todos os nascimentos pelo Sistema Único de Saúde (SUS), no Hospital Santa Casa de Misericórdia de Barbacena, no ano de 2017, totalizando uma amostra de 1278.

MÉTODOS

Este é um estudo de corte transversal, retrospectivo, analítico, realizado no Hospital Santa Casa de Misericórdia de Barbacena. Tal instituição é relevante para a macrorregião, por ser referência em partos de risco, incluindo alta frequência de partos prematuros. Foram excluídos prontuários referentes às intercorrências obstétricas. Nos casos de gestação gemelar, o processamento de dados dos dois RN poderia resultar em duplicidade de informação das condições maternas. Para evitar essa situação, foram consideradas apenas as informações pertinentes ao primeiro nascido vivo. Nos prontuários foram analisados dados como: idade, profissão e patologias maternas e informações do recém-nato, como: idade gestacional, gemelaridade e tipo de parto.

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Medicina de Barbacena. Protocolo: 2.753.240, CAAE: 92116818.8.0000.8307.

Os dados foram transferidos para planilhas eletrônicas e processados em software estatístico STATA versão 9.2. Foram produzidas tabelas de frequência do tipo linhas por colunas com frequências absoluta e relativa das variáveis estudadas. A existência de relação entre as variáveis estudadas foi medida através de testes Qui-Quadrado e exato de Fisher, conforme indicação. Foram consideradas significativas, as diferenças observadas com valor P menor ou igual a 0.05. Devido à falha no preenchimento dos prontuários, a análise foi feita sobre os dados que estavam disponíveis para cada variável, o que ocasionou diferença no número total de gestantes e recém-nascidos em alguns dados, porém sem comprometimento da análise estatística do trabalho.

RESULTADOS

Dentre os 1278 prontuários de nascimentos ocorridos no ano de 2017, foram encontrados 177 prematuros. A faixa etária das mães variou entre 13 e 52 anos, com mediana de 29,5 anos. As informações referentes aos dados sociodemográficos e à história obstétrica estão apresentadas na (Tabela 1). Os dados sobre renda familiar não estavam disponíveis para análise devido ao seu não preenchimento nos prontuários.

Os fatores de risco maternos avaliados estão apresentados na (Tabela 2). Verificou-se que, diabetes mellitus (DM), diagnosticado previamente à gestação, ou diabetes mellitus gestacional (DMG), infecção de trato urinário (ITU), síndrome hipertensiva na gravidez, sífilis materna, gestação gemelar e parto cesáreo se mostraram estatisticamente relevantes como fatores de risco para o parto pré-termo. Gestantes que se declaravam trabalhadoras em atividades rurais tiveram menor número de prematuros, quando comparadas com aquelas que realizavam outras atividades. Em relação à drogadição e ao consumo de álcool, observou-se uma baixa prevalência entre as gestantes, sendo que apenas três (0,23%) se declararam usuárias de drogas ilícitas e onze (0,86%) afirmaram ter feito uso durante o período gestacional.

Ao se comparar primiparidade e parto pré-termo, não

houve relação estatisticamente significativa. O mesmo ocorreu quanto à idade materna isolada ou idade materna associada à primiparidade. As gestantes foram subdivididas em primigestas jovens (≤ 16 anos) e primigestas tardias (≥ 35 anos), de acordo com o Manual de Assistência Pré-natal da Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (FEBRASGO).¹⁵ Quando avaliadas somente as primigestas jovens ou as idosas e sua relação com parto prematuro, foram encontrados valores maiores que o esperado, porém sem significância estatística, conforme (Tabela 3).

Os dados relevantes aos RN então contidos na (Tabela 4). Foram avaliadas as malformações e o peso em relação à idade gestacional ao nascimento, sendo ambos identificados como fator de risco. O peso em relação à idade gestacional foi classificado como AIG: adequado para a idade gestacional (percentil 10 até 90); GIG: grande para a idade gestacional (acima do percentil 90); PIG: pequeno para a idade gestacional (abaixo do percentil 10).¹⁶

DISCUSSÃO

O objetivo deste estudo foi avaliar os principais fatores de risco maternos e fetais associados à prematuridade em todos os nascimentos ocorridos pelo SUS, no ano de 2017, no Hospital Santa Casa de Misericórdia de Barbacena.

As mães com DMG e aquelas que apresentavam o diagnóstico prévio de DM foram analisadas em conjunto devido à dificuldade de analisar, nos prontuários, o momento do diagnóstico da patologia. Observou-se que a DM prévia ou DMG foi um fator de risco para o parto prematuro, o que está em concordância com a literatura.^{13,17} Sabe-se que a fisiopatologia da DM durante a gestação pode levar a malformações congênitas (cardíacas, esqueléticas e neurológicas) e macrossomia fetal, além de complicações neonatais, como hipoglicemia pós-parto, hiperbilirrubinemia e síndrome de angústia respiratória.¹⁸ O controle adequado da glicemia durante a gestação é de fundamental importância para evitar complicações para a gestante e o conceito.

Infecção do trato urinário durante o período gestacional constituiu fator de risco para a prematuridade. As ITU, em sua maioria, evoluem a partir da bacteriúria assintomática e podem levar a eventos adversos maternos e fetais.¹⁹ Gestantes com ITU podem desenvolver trabalho de parto prematuro como complicação, o que está relacionado ao aumento da incidência de prematuridade.¹⁰ Portanto, é fundamental que ela sempre seja investigada e tratada adequadamente.

A hipertensão arterial na gestação é definida como a pressão arterial sistólica ≥ 140 mmHg ou a pressão diastólica ≥ 90 mmHg e pode ser classificada em diferentes síndromes.²⁰ Esse também foi um fator de risco relevante para a prematuridade. Sabe-se que as síndromes hipertensivas na gravidez podem levar ao trabalho de parto espontâneo, em razão da contratilidade uterina aumentada. Sabe-se também que, quando o quadro clínico dessa patologia se agrava, há comprometimento das condições maternas e/ou fetais e,

geralmente, o critério nesses casos é a interrupção da gravidez, levando ao nascimento prematuro.²¹ Trabalho publicado em 2008, que avaliou a hipertensão em gestantes, pacientes do Hospital Santa Casa de Misericórdia de Barbacena, também encontrou maiores chances de parto prematuro entre as gestantes hipertensas.²²

Uma afecção de grande relevância analisada foi a detecção de sífilis materna no momento do parto, através do exame Veneral Disease Research Laboratory (VDRL) positivo. A região das Américas apresenta a segunda maior prevalência de sífilis na gestação e o terceiro maior número de casos. As mulheres que têm diagnóstico de sífilis na gestação apresentam maior risco para parto prematuro, além de maior vulnerabilidade social.²³ Além disso, a falta de identificação e de tratamento precoce da infecção durante a gestação são graves para o bebê, podendo levar à prematuridade, ao aborto, à natimortalidade e ao óbito neonatal.¹¹ Desta forma, a investigação de sífilis na gestação seguida de tratamento adequado para este agravo, constitui uma das estratégias mais importantes para reduzir a possibilidade de infecção no conceito. Segundo o Manual de Assistência Pré-Natal da FEBRASGO,¹⁵ o número mínimo de consultas pré-natais, em gestantes de risco habitual, não deve ser inferior a seis. Constatou-se, no presente estudo, que a maior parte das gestantes (69,57%) com VDRL positivo no momento do parto, realizou seis ou mais consultas, evidenciando um pré-natal pouco eficiente nessa questão.

Este trabalho demonstrou maior frequência de prematuridade nas gestações gemelares. Sabe-se que esta pode ser uma complicação da gestação múltipla, além de ser fator de risco para outras adversidades, como septicemia e mortalidade fetal. O tempo de gestação é inversamente proporcional ao número de fetos e por isso essas gestantes devem tomar medidas preventivas para evitar o parto pré-termo, como reduzir a jornada de trabalho e evitar grandes períodos em ortostatismo.⁹

Segundo o Ministério da Saúde, a realização de cesariana sem indicação obstétrica, evidente em mulheres que se apresentam com aproximadamente 37 semanas de gestação, poderia favorecer a prematuridade tardia iatrogênica e suas implicações para o neonato.²⁴ No presente estudo, não havia informação referente à indicação de parto cesáreo, mas a taxa de prematuridade dentre esses foi maior do que comparado aos partos vaginais.

Devido ao número considerável de gestantes que declararam trabalhar em atividade rural e o maior esforço físico supostamente necessário nessa profissão, foi analisada a possibilidade de interferência desta atividade no desenvolvimento de parto prematuro. Essa comparação mostrou menor taxa de prematuridade entre as trabalhadoras rurais, sendo essa atividade laboral, aparentemente, fator protetor para o parto pré-termo. O esforço físico moderado, realizado em alguns trabalhos remunerados, pode reduzir o risco de prematuridade quando comparado com mulheres que não praticam exercício físico por estar associado à redução de contrações uterinas prematuras.²⁵ Na literatura,

poucos estudos relacionam o esforço físico profissional ao parto pré-termo, sendo assim, este trabalho suscita novas investigações a respeito.

Um dado que chamou a atenção foi que a absoluta maioria das mães negou o uso de álcool; e apenas três disseram fazer uso de drogas ilícitas. Questionário recordatório aplicado em pesquisa sobre o uso de bebidas alcoólicas nos 30 dias anteriores demonstrou prevalência de 30,1% na população brasileira. O uso de alguma substância ilícita na vida foi reportado por aproximadamente 15 milhões de indivíduos, 9,9% da população estudada.²⁶ Verificou-se então, no vigente estudo, uma amostra não representativa da população brasileira quanto à drogadição e ao alcoolismo. Dados referentes a essas condições, que poderiam ter repercussão no desencadeamento de parto prematuro, não foram analisados devido ao pequeno número de pacientes que declararam esta condição.

A literatura demonstra relação importante entre primiparidade e idade materna menor ou igual a 16 anos ou maior ou igual a 35 anos com o parto pré-termo, tendo em vista que a primeira gestação, em conjunto com fatores sociodemográficos, tais como idade e baixa escolaridade, pode aumentar o risco de um nascimento prematuro.^{7,8,27} No entanto, o presente estudo demonstrou apenas uma maior tendência à prematuridade entre as primíparas nos extremos da idade reprodutiva, sendo os valores encontrados superiores aos matematicamente esperados, mas não o suficiente para revelar significância estatística, o que pode ser explicado pela pequena quantidade de gestantes primíparas nos extremos de idade nessa amostra.

Ao nascer, nove crianças apresentavam alguma malformação, dentre elas, comunicação interventricular, comunicação interatrial, fenda palatina, microcefalia, genitália ambígua, rins policísticos, síndrome de Down e tetralogia de Fallot, sendo essas malformações identificadas como mais um fator de risco. As anomalias congênitas podem interromper a gestação e/ou induzir a realização de parto cesáreo pré-termo para salvar a vida tanto da gestante quanto do feto.²⁸

O baixo peso ao nascer - peso de nascimento de até 2.500g²⁹ - pode ser resultado da prematuridade, como, também, de outras condições, tal qual o crescimento intrauterino restrito (CIUR).³⁰ Neste estudo, os RN avaliados foram classificados, ainda na maternidade, de acordo com a curva de percentil de Lubchenco *et al.*,¹⁶ a qual avalia peso em relação à idade gestacional e, a partir dessa divisão, observou-se maior incidência de prematuridade entre os RN FIG.

Uma vez que nem todos os prontuários estavam devidamente preenchidos, uma limitação deste estudo foi que, para a análise de dados, considerou-se somente as informações disponíveis para cada variável analisada em cada prontuário, excluindo nestes, aquelas variáveis incompletas. Durante o trabalho, percebeu-se a grande importância do preenchimento adequado dos prontuários pela equipe multidisciplinar do hospital, haja vista a impossibilidade

de avaliar dados importantes não disponíveis, como renda familiar.

CONCLUSÕES

Os principais fatores de risco maternos e fetais associados ao parto pré-termo na amostra estudada foram diabetes, síndromes hipertensivas na gravidez, sífilis materna, gemelaridade, parto cesáreo, malformações fetais e FIG. A sífilis materna no momento do parto foi encontrada em gestantes que realizaram número adequado de consultas pré-natal, alertando para a qualidade desse atendimento na população estudada. Dados referentes à drogadição e ao alcoolismo, que poderiam ter repercussão no desencadeamento de parto prematuro, não foram analisados devido ao pequeno número de pacientes que declararam esta condição.

REFERÊNCIAS

1. Brasil. Ministério da Saúde. Bebês prematuros [acesso 2019 out 29]. Disponível em: <http://www.saude.gov.br/noticias/823-assuntos/saude-para-voce/40775-bebes-prematuros>.
2. Brasil. Ministério da Saúde. Saúde da Criança: o que é, cuidados, políticas, vacinação, aleitamento [acesso 2019 out 26]. Disponível em: <http://www.saude.gov.br/saude-de-a-z/crianca>.
3. World Health Organization. Preterm birth [acesso 2019 out 29]. Disponível em: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/preterm-birth>.
4. Marra NBF, Nascimento DW, Sousa FLP, Paltronier MRLN, Guidoni RRGR, Toledo SF, *et al.* Prematuridade eletiva e as suas repercussões perinatais nas síndromes hipertensivas da gestação. *Rev UNILUS Ens e Pesq.* 2016; 13(32): 26-32.
5. Costa BC, Vecchi AA, Granzotto JA, Lorea CF, Mota DM, Albernaz EP, *et al.* Análise comparativa de complicações do recém-nascido prematuro tardio em relação ao recém-nascido a termo. *Bol Cient Pediatr.* 2015; 4(2): 33-7.
6. Zainal H, Dahlui M, Soelar SA, Su TT. Cost of preterm birth during initial hospitalization: a care provider's perspective. *PLOS ONE.* 2019; 14(6): e0211997.
7. Rodrigues APRA, Santos LBB, Castela MPS, França AMB, Pimpão FD. Análise da prematuridade nos extremos da idade reprodutiva. *Interf Cient - Saúde e Ambiente.* 2015; 3(3): 65-78.
8. Guimarães EAA, Vieira CS, Nunes FDD, Januário GC, Oliveira VC, Tibúrcio JD. Prevalência e fatores associados à prematuridade em Divinópolis, Minas Gerais, 2008-2011: análise do sistema de informações sobre nascidos vivos. *Epidemiol Serv Saúde.* 2017;

- 26(1): 91-8.
9. Soares AMR, Silva FB, Porto GCL, Almeida LC, Justiniano VB, Esteves APVS. Complicações materno-fetais de gestações gemelares. *Rev Cad Medicina*. 2019; 2(1): 74-87.
 10. Mata KS, Santos AAP, Silva JMO, Holanda JBL, Silva FCL. Complicações causadas pela infecção do trato urinário na gestação. *Espaç Saúde*. 2014; 15(4): 57-63.
 11. Padovani C, Oliveira RR, Pelloso SM. Sífilis na gestação: associação das características maternas e perinatais em região do sul do Brasil. *Rev Latino-Am Enferm*. 2018; 26: e3019.
 12. Teixeira GA, Carvalho JBL, Sena AV, Morais PC, Alves TRM. Características maternas de partos prematuros. *Rev Enferm Atual*. 2017; 81: 19-23.
 13. Laranjeira ACM. Descrição do perfil clínico e epidemiológico do parto prematuro e seus desfechos neonatais. *Residência Pediátrica*. 2019; 9(1): 36-9.
 14. Seikku L, Gissler M, Andersson S, Rahkonen P, Stefanovic V, Tikkanen M, *et al*. Asphyxia, neurologic morbidity, and perinatal mortality in early-term and post term birth. *Pediatrics*. 2016; 137(6): e20153334.
 15. Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia. Manual de assistência pré-natal. FEBRASGO; 2014.
 16. Lubchenco LO, Hansman C, Dressler M, Boyd E. Intrauterine growth as estimated from live Born birth-weight data at 24 to 42 weeks of gestation. *Pediatrics*. 1963; 32: 793-800
 17. Silva AL, Amaral AR, Oliveira DS, Martins L, Silva MR, Silva JC. Neonatal outcomes according to diferente therapies for gestational diabetes mellitus. *J.Pediatr*. 2017; 93(1): 87-93.
 18. Abi-Abib RC, Cabizuca CA, Carneiro JRI, Braga FO, Cobas RA, Gomes MB, *et al*. Diabetes na gestação. *Revista HUPE*. 2014; 13(3):40-7.
 19. Fernandes FA, Oliveira CNT, Souza CL, Oliveira MV. Relevância do diagnóstico e tratamento da infecção do trato urinário em gestantes: uma revisão da literatura. *C&D-Rev Eletrôn Fainor*. 2015; 8(1): 54-70.
 20. Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia. Pré- eclâmpsia nos seus diversos aspectos. São Paulo: FEBRASGO; 2017.
 21. Silva VTS. Doença hipertensiva específica da gestação (DHEG): repercussão no recém nascido [Trabalho de Conclusão de Curso]. Campina Grande: Universidade Estadual da Paraíba; 2016.
 22. Carvalho MB, Melo VH, Zimmermann JB. Resultados perinatais de gestantes com síndrome hipertensiva da Santa Casa de Misericórdia de Barbacena, Minas Gerais: estudo controlado. *RMMG*. 2008; 18(4): 260-6.
 23. Domingues RMSM, Leal MC. Incidence of congenital syphilis and factors associated with vertical transmission: data from the Birth in Brazil study. *Cad Saúde Pública*. 2016; 32(6): e00082415.
 24. Brasil, Ministério da Saúde. Portaria nº. 306, de 28 de março de 2016. Diretrizes de atenção à gestante: a operação cesariana [acesso em 2019 out 29]. Disponível em: <https://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2016/marco/31/MINUTA-de-Portaria-SAS-Cesariana-03-03-2016.pdf>.
 25. Buen MM. Associação do trabalho materno com parto prematuro espontâneo [dissertação]. Campinas: Universidade Estadual de Campinas; 2015.
 26. Bastos FIPM, Vasconcellos MTL, De Boni RB, Reis NB, Coutinho CFS. Levantamento nacional sobre o uso de drogas pela população brasileira. 3. ed. Rio de Janeiro: ICICT/FIOCRUZ; 2017.
 27. Ogawa K, Urayama KY, Tanigaki S, Sago H, Sato S, Saito S, *et al*. Association between very advanced maternal age and adverse pregnancy outcomes: a crosssectional Japanese study. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2017; 17(1): 349.
 28. Cosme HW, Lima LS, Barbosa LG. Prevalência de anomalias congênitas e fatores associados em recém-nascidos do município de São Paulo no período de 2010 a 2014. *Rev Paul Pediatr*. 2017; 35(1): 33-8.
 29. Brasil. Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo. Manual de neonatologia. São Paulo: SESSP; 2015.
 30. Buendgens BB, Teles JM, Gonçalves AC, Bonilha ALL. Características maternas na ocorrência da prematuridade tardia. *Rev de Enferm UFPE Online*. 2017; 11 (supl.): 2897-906.

ILUSTRAÇÕES

Tabela 1 – Dados sociodemográficos e história obstétrica de gestantes atendidas pelo SUS, no Hospital Santa Casa de Misericórdia de Barbacena no ano de 2017.

	Número	%
Prematuros	177	13,84
Não prematuros	1101	86,16
Idade materna		
13-16	44	3,46
17-34	1060	83,40
35-52	167	13,14
Sem informação	7	
Ocupação		
Do lar	656	51,57
Trabalhadora rural	73	5,74
Diversas	543	42,69
Sem informação	6	

	Número	%
Número de partos anteriores		
Primíparas	492	39,08
Não primíparas	767	60,92
Sem informação	19	
Primíparas		
13-16 anos	40	8,13
17-34 anos	426	86,59
35-52 anos	26	5,28

Fonte: prontuários referentes ao censo dos nascimentos do SUS no ano de 2017 da Santa Casa de Misericórdia de Barbacena.

Tabela 2 – Fatores maternos relacionados à prematuridade de gestantes atendidas pelo SUS, no Hospital Santa Casa de Misericórdia de Barbacena no ano de 2017.

	Prematuros		Não prematuros		P
	N	%	N	%	
Diabetes mellitus	19	26,76	52	73,24	<0,001
Sem informação	0		6		
Infecção de trato urinário	43	17,84	198	82,16	0,05
Sem informação	0		6		
Síndrome hipertensiva	31	29,52	74	70,48	<0,001
Sem informação	0		6		
Sífilis	8	33,33	16	66,67	<0,001
Sem informação	7		8		
Gemelaridade	11	64,71	6	35,29	<0,001
Tipo de parto					0,006
Cesáreo	117	15,68	629	84,32	
Vaginal	49	9,70	456	90,30	
Fórceps	0	0	6	100	
Sem informação	11		10		
Ocupação					<0,001
Do lar	75	11,43	581	88,57	
Trabalhadora rural	4	5,48	69	94,52	
Diversas	98	18,05	445	81,95	
Sem informação	0		6		

Fonte: prontuários referentes ao censo dos nascimentos do SUS no ano de 2017 da Santa Casa de Misericórdia de Barbacena.

Tabela 3 – Comparação entre idade materna, primiparidade e prematuridade em gestantes atendidas pelo SUS, no Hospital Santa Casa de Misericórdia de Barbacena no ano de 2017.

	Prematuros		Não prematuros		P
	N	%	N	%	
Primiparidade					0,871
Sim	67	13,62	425	86,48	
Sem informação	8		11		
Idade materna					0,077
≤ 16 anos	11	15,00	33	75,00	
Entre 16 e 34 anos	140	13,20	920	86,80	
≥ 35 anos	25	14,97	142	85,03	
Sem informação	1		6		

	Prematuros		Não prematuros		P
	N	%	N	%	
Idade/primiparidade					0,068
≤ 16 anos	9	22,50	31	77,50	
≥ 35 anos	6	23,08	20	76,92	

Fonte: prontuários referentes ao censo dos nascimentos do SUS no ano de 2017 da Santa Casa de Misericórdia de Barbacena.

Tabela 4 – Fatores neonatais relacionados à prematuridade de gestantes atendidas pelo SUS, no Hospital Santa Casa de Misericórdia de Barbacena no ano de 2017.

	Prematuros		Não prematuros		P
	N	%	N	%	
Malformações					<0,001
Sim	5	55,56	4	44,44	
Não	144	11,95	1061	88,06	
Sem informação	28		36		
Peso/idade gestacional					<0,001
AIG*	83	8,11	940	91,89	
GIG+	2	6,25	30	93,75	
PIG§	8	57,14	6	42,86	
Sem informação	84		125		

Fonte: prontuários referentes ao censo dos nascimentos do SUS no ano de 2017 da Santa Casa de Misericórdia de Barbacena.

AIG*= adequado para a idade gestacional; GIG+= grande para a idade gestacional; PIG§= pequeno para a idade gestacional.