



**ARTIGO ORIGINAL**

**CARACTERÍSTICAS MATERNAS NA OCORRÊNCIA DA PREMATURIDADE TARDIA**  
**MATERNAL CHARACTERISTICS ON THE OCCURRENCE OF LATE PREMATURITY**  
**LAS CARACTERÍSTICAS MATERNAS EN LA OCURRENCIA DE PARTO PREMATURO TARDÍO**

Beatriz Belém Buendgens<sup>1</sup>, Jéssica Machado Teles<sup>2</sup>, Annelise de Carvalho Gonçalves<sup>3</sup>, Ana Lucia de Lourenzi Bonilha<sup>4</sup>

**RESUMO**

**Objetivo:** caracterizar fatores sociodemográficos, obstétricos e intercorrências obstétricas das mães de prematuros tardios por faixas etárias maternas. **Método:** estudo descritivo, transversal e retrospectivo, de abordagem quantitativa, realizado em hospital universitário com 288 mulheres e seus 318 filhos prematuros tardios, com 34 a 36 semanas e seis dias de idade gestacional, nascidos em 2013. Os dados foram coletados em prontuários eletrônicos e foi realizada a análise estatística descritiva dos dados. **Resultados:** foram encontradas particularidades referentes à realização do pré-natal, uso de substâncias na gestação, intercorrências obstétricas, tipo de gravidez, via de parto e peso dos recém-nascidos nos grupos estudados. **Conclusão:** quanto à caracterização das mulheres, destaca-se: atendimento na rede pública, menos de oito anos de estudo e intercorrências gestacionais. As intercorrências mais frequentes na prematuridade tardia podem ser minimizadas. Assim, o atendimento pré-natal deve ser direcionado às necessidades próprias da faixa etária materna. **Descritores:** Prematuro; Cuidado Pré-Natal; Gravidez de Alto Risco.

**ABSTRACT**

**Objective:** to characterize sociodemographic, obstetric factors and obstetric interoccurrences of mothers of late premature infants by maternal age groups. **Method:** a descriptive, cross-sectional and retrospective study of a quantitative approach performed in a university hospital with 288 women and their 318 late premature infants, with 34 to 36 weeks and six days of gestational age, born in 2013. Data was collected in electronic medical records and a descriptive statistical analysis of the data was carried out. **Results:** particularities were found regarding prenatal care, substance use during pregnancy, obstetric complications, type of pregnancy, delivery route and weight of newborns in the studied groups. **Conclusion:** regarding the characterization of women, the following stand out: public service, less than eight years of study and gestational intercurrents. The most frequent complications in late prematurity can be minimized. Thus, prenatal care should be directed to the needs of the maternal age group. **Descriptors:** Infant, Premature; Prenatal Care; Pregnancy, High-Risk.

**RESUMEN**

**Objetivo:** caracterizar factores sociodemográficos, obstétricas y intercurrências obstétrica de las madres de bebés prematuros tardios por grupos de edad materno. **Método:** estudio descriptivo, transversal y retrospectivo, enfoque cuantitativo, llevó a cabo en el hospital Universitario con 288 mujeres y sus 318 hijos prematuros tardíos con 34 a 36 semanas y seis días de edad gestacional, nacido en 2013. Los datos fueron recogidos en cartas electrónicas y se realizó el análisis estadístico descriptivo de los datos. **Resultados:** se encontraron particularidades relacionadas a la realización del prenatal, uso de sustancias en el embarazo, complicaciones obstétricas, tipo de embarazo, via de parto y peso de los recién nacidos en los grupos de estudio. **Conclusión:** cuanto a la caracterización de las mujeres se destaca: atendimento en la red pública, menos de ocho años de estudio y intercurrências gestacional. Las complicaciones más frecuentes en el nacimiento prematuro tardío pueden ser minimizadas. Así, la atención prenatal debe orientarse a las necesidades propias del grupo de edad materna. **Descritores:** Prematuro; Atención Prenatal; Embarazo de Alto Riesgo.

<sup>1</sup>Enfermeira Obstetra. Mestre em Enfermagem pelo Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul/PPgenf/UFRGS. Porto Alegre (RS), Brasil. E-mail: [enfbeatriz@yahoo.com.br](mailto:enfbeatriz@yahoo.com.br); <sup>2</sup>Enfermeira Obstetra. Mestre em Enfermagem e Doutoranda pelo Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (PPgenf/UFRGS), Porto Alegre (RS), Brasil. Docente do Centro Universitário Ritter dos Reis/UNIRITTER. E-mail: [jeteles.enf@gmail.com](mailto:jeteles.enf@gmail.com); <sup>3</sup>Enfermeira Obstetra. Doutora em Saúde Pública. Professora adjunta da Escola de Enfermagem e do Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul/PPgenf/UFRGS. Porto Alegre (RS), Brasil. E-mail: [annelisecg@hotmail.com](mailto:annelisecg@hotmail.com); <sup>4</sup>Enfermeira Obstetra, Doutora em Enfermagem, Professora Titular, Escola de Enfermagem e do Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Sul (PPgenf/UFRGS), Porto Alegre (RS), Brasil. E-mail: [bonilha.ana@gmail.com](mailto:bonilha.ana@gmail.com)

## INTRODUÇÃO

Os prematuros tardios são os recém-nascidos com idade gestacional entre 34 e 36 semanas e seis dias.<sup>1</sup> Nos Estados Unidos da América (EUA), estes representam cerca de 74% da totalidade dos casos de prematuridade.<sup>2</sup> Em 2012, foi estimado que a taxa de prematuridade tardia mundial estivesse próxima dos 84,3% dos nascimentos prematuros, com número total de 131.296.785 nascidos vivos.<sup>3</sup>

No Brasil, até o momento, não há taxas publicadas sobre a ocorrência de nascimentos prematuros tardios. Com relação à prematuridade em geral (recém-nascidos com idade gestacional até 36 semanas + 6 dias de gestação), em 2010, o Brasil ocupava o 10º lugar no *ranking* dos países com maior número de prematuros, com 279.300 nascimentos.<sup>3</sup>

Prematuros tardios estão mais propensos a problemas de alimentação, instabilidade da temperatura, sepse, dificuldades na excreção de bilirrubina, hipoglicemia e problemas respiratórios do que os nascidos a termo por causa da sua imaturidade. Estes neonatos possuem significativamente mais problemas clínicos, detectados ainda na maternidade, logo após o nascimento. Em função disso, geram maior custo hospitalar quando comparados aos recém-nascidos a termo.<sup>4-5</sup>

Há evidência de que o risco de morbidade neonatal é maior em prematuros tardios, quando comparados com recém-nascidos a termo.<sup>1</sup> Algumas infecções maternas, como as que acometem o feto durante a gestação, conhecidas como síndrome de *TORCH* (toxoplasmose, rubéola, citomegalovírus, herpes, sífilis e outras), e outras condições clínicas referentes à gravidez e à própria gestante podem estar relacionadas à ocorrência da prematuridade tardia. Alguns exemplos dessas condições são as doenças crônicas (hipertensão arterial sistêmica, diabetes), problemas relacionados à hipertensão arterial e ao diabetes manifestados durante a gestação (pré-eclâmpsia, eclâmpsia, diabetes gestacional), as condições relacionadas ao volume de líquido amniótico e implantação placentária (oligo ou polihidrânio, placenta prévia), a reprodução assistida (gemelaridade), o Trabalho de Parto Prematuro (TPP) e a Ruptura Prematura de Membranas Amnióticas (RUPREMA).<sup>2,6</sup>

Os recém-nascidos prematuros tardios têm necessidades de cuidados de Enfermagem específicos e adequados às suas especificidades em prol do seu adequado

desenvolvimento neuropsicomotor. Porém, estes são frequentemente tratados como recém-nascidos a termo, no parto e nascimento, porque muitos estão com peso adequado e com o mesmo tamanho que os nascidos a termo.<sup>7-8</sup>

A prematuridade é um tema que vem sendo estudado por diversos grupos de pesquisadores ao longo dos anos, porém, percebe-se, por meio de busca nas bases de dados, que há mais publicações relacionadas aos prematuros extremos e pouca produção de pesquisas relacionadas à prematuridade tardia. Dessa forma, a prematuridade tardia é um tema com poucas publicações em pesquisas nacionais, o que dificulta o conhecimento sobre a prematuridade tardia no país.<sup>7-8</sup>

O cuidado pré-natal é o primeiro passo para a promoção de um nascimento saudável e é fundamental para a diminuição da morbimortalidade materna e fetal.<sup>9</sup> O cuidado de Enfermagem no pré-natal torna-se fundamental para o acompanhamento da saúde da mulher durante a gestação, merecendo um olhar ampliado frente às questões relativas à prevenção da prematuridade. Conhecer as condições que predispõem à prematuridade tardia pode contribuir na prevenção de complicações gestacionais e neonatais desfavoráveis.

## OBJETIVO

- Caracterizar os fatores sociodemográficos, obstétricos e as intercorrências obstétricas das mães de prematuros tardios agrupados por faixas etárias maternas.

## MÉTODO

Estudo transversal, descritivo e retrospectivo, de abordagem quantitativa. Foi analisada a população de mulheres e seus recém-nascidos prematuros tardios, usuários da maternidade do Hospital de Clínicas de Porto Alegre/RS, entre 1º de janeiro e 31 de dezembro de 2013, no período de 12 meses consecutivos, a fim de contemplar a totalidade dos nascimentos prematuros tardios.

O período de coleta de dados foi de janeiro a junho de 2014. Para a coleta de dados, foi solicitada, ao Serviço de Arquivo Médico e Informação em Saúde da instituição, uma *Query* referente ao banco de nascidos vivos de 2013, a fim de identificar os prematuros tardios e suas mães. Foi utilizado um instrumento de coleta, construído para esta pesquisa, para a busca de dados nos prontuários eletrônicos maternos e neonatais.

Este foi aplicado apenas pela pesquisadora, visando à uniformização da coleta. Realizou-se teste piloto do instrumento de coleta, em um total de dez formulários, para que houvesse a adequação aos objetivos da pesquisa, a partir dos dados disponíveis nos prontuários. Para o teste piloto, foram utilizados prontuários eletrônicos com dados de recém-nascidos prematuros tardios nascidos no ano de 2014 e de suas mães. Esses dados não foram utilizados na análise dos dados por não pertencerem ao ano determinado para a referida coleta. Após o teste piloto, pequenas alterações foram realizadas para a melhoria na obtenção das informações pesquisadas, de acordo com a disponibilidade e o formato destas nos prontuários.

Como critérios de inclusão, o estudo englobou mulheres e seus filhos nascidos vivos, com idade gestacional de 34 a 36 semanas e seis dias, independente do peso de nascimento, da presença ou não de malformações congênitas, de gestação única ou múltipla, cujos nascimentos ocorreram no Hospital de Clínicas de Porto Alegre/RS. A avaliação de idade gestacional foi realizada por meio do Método de Capurro, definido pelo registro médico no primeiro exame físico do recém-nascido. Seriam consideradas como excluídas do estudo as mães e seus filhos prematuros tardios, se as mães fossem a óbito durante a internação, porém, não houve nenhum caso de óbito materno na população estudada.

Os dados foram digitados em uma planilha eletrônica, com a utilização do *software Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS), versão 18. Para a análise estatística, procedeu-se o tratamento descritivo das variáveis. As variáveis contínuas foram descritas como média e desvio padrão. Variáveis categóricas foram descritas em frequências absolutas e relativas. Os dados foram apresentados por meio de tabelas. Na análise dos dados, a população de mulheres foi subdividida em três grupos, agrupada por faixas etárias. Agruparam-se, no grupo 1, as

mães com faixa etária entre 14 e 19 anos, denominadas de adolescentes; no grupo 2, as mães com faixa etária entre 20 e 34 anos, denominadas de mulheres adultas jovens e, no grupo 3, as mães com idade igual ou maior que 35 anos, denominadas de mulheres adultas. A categorização das mulheres nesses três grupos se baseou nos riscos psicossociais associados à gestação e nos reflexos da maternidade sobre a vida da adolescente e da mulher acima de 35 anos. Além disso, a literatura científica traz a classificação de mulheres por faixas etárias em diversas pesquisas e decidiu-se seguir por esta classificação.<sup>10</sup>

O projeto de pesquisa foi encaminhado ao Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital das Clínicas de Porto Alegre/HCPA e aprovado sob o parecer 140089/14, CAEE Plataforma Brasil 27720414300005327.

## RESULTADOS

No período estudado, de 1º de janeiro a 31 de dezembro de 2013, nasceram 3890 recém-nascidos no hospital onde ocorreu este estudo, sendo 446 prematuros (11,46%). Destes, 318 foram considerados recém-nascidos prematuros tardios, totalizando 71,3% dos nascimentos prematuros. Dessa forma, a pesquisa se realizou com a totalidade de recém-nascidos prematuros tardios e suas respectivas mães.

O número total de mães foi de 288, visto que 29 dos nascimentos estudados eram múltiplos (28 gestações gemelares e uma gestação trigemelar) e representaram 10,1% do total das gestações estudadas. A média de idade das mães dos recém-nascidos prematuros tardios foi de 27,31 anos (DP: 6,9), com idades mínimas e máximas de 14 e 44 anos, respectivamente. As mulheres procediam predominantemente de Porto Alegre e de municípios da região metropolitana (93,4%). Em sua totalidade, os nascimentos e internações tiveram atendimento na rede pública de saúde. A tabela 1 caracteriza sociodemograficamente a população de mulheres presentes no estudo.

Tabela 1. Distribuição das características sociodemográficas das 288 mães dos prematuros tardios, por faixa etária materna, segundo frequências absolutas e relativas. Porto Alegre (RS), Brasil, 2013.

Intercorrências/faixas etárias	Grupo 1		Grupo 2		Grupo 3	
	n	%	n	%	n	%
<b>Cor da pele:</b>						
Branca	36	73,5	146	75,6	36	78,3
Preta	6	12,2	29	15,0	5	10,9
Parda	7	14,3	17	8,8	5	10,9
Amarelo	0	0,0	1	0,5	0	0,0
<b>Escolaridade:</b>						
Até 8 anos de ensino	30	61,2	84	43,5	16	34,8
Mais de 8 anos de ensino	19	38,8	109	56,5	30	65,2
<b>Situação Marital:</b>						
Com companheiro	39	79,6	172	89,1	44	95,7
Sem companheiro	2	4,1	7	3,6	1	2,2
Sem registro	8	16,3	14	7,3	1	2,2
<b>Local de moradia:</b>						
Porto Alegre	29	59,2	115	59,6	27	58,7
Grande Porto Alegre	16	32,7	69	35,8	13	28,3
Interior do Rio Grande do Sul	4	8,2	9	4,7	6	13,0
<b>Motivo de internação:</b>						
Fatores relacionados ao recém-nascido	3	6,1	19	9,8	10	21,7
Intercorrências relacionadas à gestação atual	46	93,9	167	86,5	34	73,9
Intercorrências prévias à gestação atual	0	0,0	7	3,6	2	4,3
<b>Total</b>	<b>49</b>	<b>100</b>	<b>193</b>	<b>100</b>	<b>46</b>	<b>100</b>

A história obstétrica dessas gestações apresentou particularidades nos grupos e essas

serão apresentadas na tabela 2. O único caso de trigemelaridade ocorreu no grupo 3.

Tabela 2. Distribuição das intercorrências obstétricas das 288 mães dos prematuros tardios nas gestações atuais, por faixa etária materna, segundo frequências absolutas e relativas, 2013\*. Porto Alegre (RS), Brasil, 2013.

Intercorrências/ faixas etárias	Grupo 1		Grupo 2		Grupo 3	
	n	%	n	%	n	%
Gemelaridade	3	6,1	19	9,8	7	15,2
Ameaça de aborto	0	0,0	9	4,7	3	6,5
Ruptura prematura de membranas amnióticas	24	49,0	89	46,1	19	41,3
Cerclagem uterina	0	0,0	1	0,5	0	0,0
Descolamento prematuro de placenta	3	6,1	8	4,1	3	6,5
Diabetes gestacional	1	2,0	18	9,3	5	10,9
Diabetes mellitus	0	0,0	8	4,1	1	2,2
Hiperemese gravídica	0	0,0	3	1,6	0	0,0
Oligodrâmnio	1	2,0	18	9,3	1	2,2
Polidrâmnio	0	0,0	3	1,6	2	4,3
Placenta prévia	0	0,0	4	2,1	2	4,3
Crescimento intrauterino restrito	1	2,0	25	13,0	7	15,2
Hipertensão arterial sistêmica prévia	0	0,0	22	11,4	7	15,2
Condições relacionadas à hipertensão na gestação	8	16,3	34	17,6	7	15,2
Cardiopatias associadas	0	0,0	4	2,1	0	0,0
Trabalho de parto prematuro	43	87,8	129	66,8	33	71,1
Anemia	3	6,1	3	1,6	2	4,3
HIV/Aids	0	0,0	8	4,1	2	4,3
Sífilis	0	0,0	8	4,1	0	0,0
Toxoplasmose	1	2,0	0	0,0	0	0,0
Hepatite C	0	0,0	0	0,0	2	4,3
Herpes Genital	1	2,0	1	0,5	0	0,0
Infecção do trato urinário	15	30,6	57	29,5	5	10,9
Infecção vaginal	2	4,1	16	8,3	4	8,7

\*Uma mesma mulher pode ter apresentado mais de uma intercorrência obstétrica gestação atual.

Quanto ao pré-natal, observou-se a frequência de 4,1% de não realização no grupo 1. Quanto ao número de consultas pré-natais, observou-se que as frequências dos grupos 1 e 2 são bastante próximas, 59,2% e 56,5%, já o grupo 3 apresentou 67,4%, realizando seis ou mais consultas. Ainda em relação ao pré-natal

e consultas, observou-se a frequência de registros de encaminhamentos aos serviços de pré-natal de alto risco no grupo 3, com 60,9%, e nos outros dois grupos foram de 18,4% no grupo 1 e 39,4% no grupo 2.

Em relação à realização de ecografia precoce na gestação, 74,5% das mães adolescentes não realizaram ecografias antes das 12 semanas gestacionais, enquanto que, nos outros dois grupos, a não realização foi de 48,9% no grupo 2 e 41,3% no grupo 3.

Em relação à paridade, observaram-se taxas de grande multiparidade (acima de quatro partos) nos grupos 2 e 3, com frequências de 3,1% e 15,2%, respectivamente. Quanto ao consumo de álcool, tabaco e drogas ilícitas, identificou-se um consumo de álcool de 5,2% no grupo 2, 2,1% no grupo 1 e 0% no grupo 3; 27,5% de tabaco no grupo 2, 8,3% no grupo 1 e 19,6% no grupo 3. E, quanto a drogas ilícitas, o consumo foi de 4,7% no grupo 2, 2,1% no grupo 1 e 0% no grupo 3.

Em relação à via de parto, 59,6% dos nascimentos foram por partos vaginais e 40,4% por cesarianas no grupo 1; 45,3% por partos vaginais e 54,7% por cesarianas no grupo 2; 20,4% por partos vaginais e 79,6% por cesarianas no grupo 3.

O peso de nascimento dos recém-nascidos do estudo foi analisado conforme a classificação mundial, sendo os recém-nascidos com peso de nascimento de até 2500g chamados de baixo peso ao nascer. No estudo, 53,1%, 47,7% e 45,7% representaram, respectivamente, as frequências de baixo peso ao nascer dos recém-nascidos dos grupos 1, 2 e 3.

## DISCUSSÃO

Os prematuros tardios constituem a maior parcela da população de nascimentos na prematuridade.<sup>2</sup> O nascimento prematuro, por ser a principal causa de morbimortalidade infantil, é um dos desafios de saúde global, em especial, para os países industrializados.

Neste estudo, foi identificada a taxa de 71,3% de prematuros tardios dentre os nascimentos prematuros, o que vai ao encontro da literatura internacional, que situa essa taxa entre 71% e 74%.<sup>2,11</sup> Não há artigos originais publicados com dados nacionais com taxas relativas à prematuridade tardia.

A frequência na procedência das mulheres nos três grupos foi bastante semelhante, sendo a maioria das mães do município de Porto Alegre. Observou-se que mais de 1/3 da população procedia de municípios da grande Porto Alegre ou de cidades do interior do Estado do Rio Grande do Sul, o que pode ser decorrente do fato de o hospital em estudo ser referência para alto risco.

Identificou-se que 1/3 das mães dos prematuros tardios eram adolescentes, com

idades entre 14 e 19 anos (adolescentes), e 1/3 acima de 35 anos, grupos considerados mais suscetíveis à morbimortalidade materna e a resultados perinatais adversos.<sup>12-3</sup> Um estudo sobre o impacto da idade materna nos resultados perinatais identificou que o maior percentual de prematuros estava entre mulheres adolescentes (21,9%) e de idade avançada (19,9%).<sup>14</sup>

A gravidez na adolescência está relacionada a riscos aumentados da ocorrência de baixo peso ao nascer e crescimento intrauterino restrito, o que pode resultar em um parto prematuro.<sup>12</sup> Estudos apontam que mulheres grávidas, com idades acima de 35 anos, apresentam, com maior frequência, situações como abortamentos espontâneos e induzidos, risco aumentado de mortalidade perinatal, recém-nascidos de baixo peso, nascimentos prematuros e recém-nascidos pequenos para a idade gestacional, e essas gestações têm sido consideradas gestações de risco pela crescente incidência de doenças hipertensivas, rupturas prematuras de membranas amnióticas e diabetes nessa população.<sup>12,15</sup>

Em relação à cor da pele e etnia da população de mães estudadas, observou-se uma maioria de mulheres que se autodeclararam de cor branca nos 3 grupos, 73,5%, 75,6 e 78,3%, respectivamente, informação que condiz com a registrada pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) no censo de 2010 para a cidade de Porto Alegre, com valor de 79,23% para a maioria de mulheres brancas.<sup>16</sup>

Quanto à escolaridade, mais da metade das mães havia completado mais de oito anos de ensino, porém, quando observados os grupos, percebe-se que, nas mulheres adolescentes, essa informação não é verdadeira, sendo a maioria mulheres com até oito anos de ensino. Este fato provavelmente seja explicado pela idade materna, sendo que a gestação pode estar sendo vivenciada durante a fase escolar e não por evasão. O comparecimento ao pré-natal foi realizado por praticamente todas as mulheres estudadas.

Neste estudo, os dados quanto à escolaridade materna e o número de consultas de pré-natal parecem não ter contribuído para evitar ou minimizar a ocorrência de prematuridade tardia, uma vez que a maioria das mulheres possuía registro de seis ou mais consultas em seus cartões pré-natais, como é preconizado pelo Ministério da Saúde no cuidado pré-natal.<sup>17</sup> Entretanto, não foi possível identificar os dados relacionados à

variável local de realização de pré-natal, por ausência de registros nos prontuários.

O pré-natal foi menos realizado no grupo de mulheres adolescentes. Quanto ao número de consultas pré-natais, observou-se que as taxas para a realização de seis ou mais consultas pré-natais nas adolescentes e nas adultas jovens são bastante próximas, enquanto que o grupo das adultas representou a maior frequência. Ainda em relação ao pré-natal e consultas, observou-se maior percentual de registros de encaminhamentos aos serviços de pré-natal de alto risco no grupo das adultas. Para a realização de ecografia precoce no pré-natal, percebeu-se que existe uma grande diferença nas taxas quanto às realizações. A frequência de realização dessas aumenta com o aumento da faixa etária. Apesar dos avanços nos diagnósticos obstétricos e nos métodos terapêuticos, as evidências sugerem que a gestação acima de 35 anos está associada a situações gestacionais de risco.<sup>18</sup> O maior número de registros de encaminhamentos para o alto risco na faixa etária das mulheres de 35 anos ou mais pode sugerir uma preocupação aumentada dos profissionais em função das evidências de risco gestacional para essa faixa etária.

Apesar de a literatura afirmar que a prematuridade é mais presente nas mulheres nos extremos das idades, adolescentes e maiores de 35 anos, neste estudo, 2/3 da população, ou seja, a maioria, apresentou situações de prematuridade tardia fora dessas faixas etárias ditas como de maior risco.

O Ministério da Saúde do Brasil afirma que o pré-natal de alto risco abrange cerca de 10% das gestações e que a falta de encaminhamento ao serviço especializado de gestantes em situação de risco representaria um aumento na probabilidade de intercorrências na gravidez e óbito materno e/ou fetal.<sup>17</sup> Neste estudo, observou-se que pouco mais da metade das mulheres apresentava registro sobre encaminhamentos para serviços de atendimento ao alto risco gestacional, visto que é provável que grande parte das gestações estudadas necessitasse deste encaminhamento. Estes nascimentos prematuros representam um grande risco para a morbimortalidade neonatal, além dos riscos gestacionais e maternos. Fato que chama a atenção, uma vez que as gestantes realizaram um número de consultas adequado. Ao que parece, a qualidade do atendimento pré-natal recebido pelas mães dos prematuros tardios pode ter sido comprometida.

Para mais da metade das mães, não houve registro de realização de ecografia precoce, ou seja, antes das 12 semanas gestacionais, sendo que, destas, uma pequena parcela sequer realizou alguma ecografia no período gestacional. Nos grupos, a não realização de ecografia precoce apresentou diferenças, sendo 71,4% de não realização no grupo 1, 46,6% no grupo 2 e 41,3% no grupo 3, ou seja, no grupo das adolescentes houve uma menor frequência de realização.

O crescimento fetal humano possui um padrão de desenvolvimento próprio da espécie, constante na primeira metade da gravidez, e este crescimento padrão independe do sexo, grupo étnico, condições geográficas ou socioeconômicas e, depois deste período inicial, essa padronização de desenvolvimento diminui e, assim, a precisão do cálculo da idade gestacional por este indicador, em idades gestacionais mais avançadas, torna-se menos confiável. Então, para a investigação clínica da idade gestacional, se faz necessária e preferencial a realização de uma ecografia de rotina na primeira metade da gravidez.<sup>19</sup>

Supõe-se que a baixa taxa de ecografias precoces seja justificada por alguma dificuldade na disponibilidade de acesso ao exame na rede de atendimento de saúde ou pelo atraso no início da realização do pré-natal. Conhecer, com maior precisão, a idade gestacional pode ajudar na prevenção da ocorrência da prematuridade e de suas possíveis complicações.

Quanto aos motivos de internação, o estudo apresentou percentuais mais elevados de condições relacionadas à hipertensão arterial no grupo de mães adultas jovens e um aumento nas taxas de internações por questões relacionadas ao RN no grupo de mulheres adultas. Quanto à paridade, observou-se, como esperado, que essa aumentou conforme as faixas etárias maternas, e as taxas de grande multiparidade (acima de quatro partos) são maiores no grupo de mães adultas.

Em relação à via de parto, a frequência de partos vaginais diminui conforme aumenta a faixa etária das mulheres, enquanto que a frequência de cesarianas aumenta. A realidade do Brasil, em relação à via de parto e ao nascimento em geral, segundo uma recente pesquisa realizada no país, constata altas taxas de nascimentos por cesariana, com 44,8% no setor público e 89,9% no setor privado para mulheres primíparas, e 40,7% no setor público e 84,5% no setor privado para mulheres múltiparas.<sup>20</sup>

Quanto ao consumo álcool, tabaco e drogas ilícitas, percebeu-se um maior consumo dessas no grupo das mães adultas jovens dos recém-nascidos. Embora o uso de álcool e drogas ilícitas tenha apresentado baixas frequências, quando observados os casos de uso separadamente, forneceram dados sugestivos de comprometimento no crescimento e desenvolvimento fetal, observando-se, em ambos, uma maioria de recém-nascidos com baixo peso ao nascer. Uma revisão sistemática, realizada em 2007, não encontrou nenhuma evidência convincente de efeitos adversos na gestação referentes à exposição ao álcool, porém, também não encontrou evidências na literatura de níveis seguros de consumo deste durante a gravidez.<sup>21</sup>

Quanto ao uso de tabaco, este estudo mostrou frequências mais altas do que as obtidas para o uso de álcool e de drogas ilícitas e também apresentou possíveis repercussões para o crescimento e desenvolvimento fetal, representadas pela maioria de recém-nascidos com baixo peso ao nascer, quando selecionados os casos expostos. Em relação à frequência de uso de tabaco durante a gestação, um estudo<sup>22</sup> apresenta uma diferença de quase 10% a menos de consumo. Um estudo encontrou associação entre o tabagismo materno e o baixo peso ao nascer e a prematuridade.<sup>23</sup>

Segundo o Instituto Nacional do Câncer, 17,4% da população brasileira é fumante e a Região Sul apresenta o percentual mais alto de fumantes do país e também a maior concentração de mulheres fumantes. Porém, vale ressaltar que a Região Sul é a região do país com maior produção de fumo e possivelmente este fato deve ter influência na promoção e aceitação do consumo do tabaco.<sup>24</sup>

Quanto às intercorrências obstétricas, o TPP e a RUPREMA foram as que obtiveram maiores frequências. Ainda com percentuais relevantes, surgiram as infecções do trato urinário e as intercorrências relacionadas à hipertensão na gestação. A RUPREMA, o TPP, a anemia, a toxoplasmose, o herpes genital e a Infecção do Trato Urinário (ITU) ocorreram, com frequências mais elevada, nas mulheres adolescentes, quando analisados os grupos separadamente (grupo 1). A cerclagem uterina, o diabetes mellitus, a hiperemese gravídica, os oligohidrâmnios, as condições relacionadas à hipertensão na gestação, as cardiopatias associadas e a sífilis tiveram frequências mais altas nas mulheres adultas jovens, quando analisados os grupos

separadamente (grupo 2). A gemelaridade, as ameaças de aborto, o Descolamento Prematuro de Placenta (DPP), o diabetes gestacional, o poli-hidrânio, a placenta prévia, o Crescimento Intrauterino Restrito (CIUR), a Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS), HIV/Aids, a hepatite C e a infecção vaginal tiveram frequências mais altas nas mulheres adultas, quando analisados os grupos separadamente (grupo 3).

Quanto às infecções, o HIV/AIDS não foi constatado no grupo 1 e as frequências foram praticamente iguais nos outros dois grupos. A sífilis foi apenas relatada no grupo 2; a toxoplasmose, apenas no grupo 1; a hepatite C, apenas no grupo 3; o herpes vaginal foi mais frequente no grupo 1. A infecção urinária apresentou incidências altas e foi mais frequente nos grupos 1 e 2. A infecção vaginal foi relatada nos três grupos e apresentou maiores frequências no grupo 3. Para as infecções, percebe-se que os grupos 1 e 2 apresentaram maior frequência de infecções e taxas parecidas em relação aos números de infecções apresentadas na gestação atual. O grupo 3 apresentou menor frequência de infecções e menor concomitância de intercorrências infecciosas na gestação atual.

As causas mais comuns para a indicação do nascimento prematuro tardio são: pré-eclâmpsia (46%); indicações fetais (18%); DPP (14%) e outras indicações (20%).<sup>25</sup> Foi realizada uma coorte populacional no Canadá para algumas questões obstétricas em gestações com nascimentos de prematuros tardios, com mulheres com características parecidas às deste estudo. As frequências dos casos de diabetes mellitus, diabetes gestacional e placenta prévia apresentaram percentuais similares. Já para os casos de DPP, HAS, pré-eclâmpsia e eclâmpsia, o estudo canadense apresentou frequências menores.<sup>22</sup> Dentre as doenças infecciosas, observou-se uma alta taxa de infecções do trato urinário e infecções vaginais.

A maioria das mulheres estudadas não apresentou nenhuma patologia infecciosa na gestação atual, porém, um estudo<sup>22</sup> apontou frequência de 1,25% de infecções durante a gestação. A taxa deste estudo foi de 40,3%, uma diferença bastante acentuada. Esta diferença pode estar relacionada às distintas condições socioeconômicas e de saúde entre as duas populações estudadas.

Em torno de metade dos RNs apresentou peso ao nascer menor de 2500 g ou baixo peso ao nascer, não havendo grandes diferenças nos percentuais entre os grupos. O baixo peso ao nascer é relatado como uma grande

influência na morbimortalidade neonatal, e este recém-nascido apresenta 20 vezes mais risco de morte quando comparado a RNs com pesos superiores. Essa condição de baixo peso pode ser resultado da prematuridade como, também, de outras condições como, por exemplo, o crescimento intrauterino restrito. Ainda sobre estes RNs, o estudo de Ferraz e Neves identificou a prematuridade como principal causa responsável para o baixo peso ao nascer dos RNs estudados.<sup>26</sup>

Este estudo apresentou algumas limitações ao longo de sua execução e uma das principais residiu na adoção de um delineamento retrospectivo, com uso de dados de indiretos, coletados em prontuários, visto que, nesse delineamento de pesquisa, os dados advêm de informações registradas ou não por outrem, fato que não garante a suficiência de dados para a análise.

Outra limitação foi referente ao fato de a prematuridade tardia ser ainda um tema pouco explorado em pesquisas no Brasil, o que dificultou a comparação dos dados com outros estudos, para uma discussão mais aprofundada dos resultados.

## CONCLUSÃO

Quanto à caracterização das mulheres deste estudo, destaca-se o atendimento na rede pública de saúde, tempo de estudo inferior a oito anos, a maioria com companheiro/parceiro e com presença de intercorrências gestacionais.

Concluiu-se que a taxa de nascimentos de prematuros tardios foi equivalente às populações de estudos apresentados na literatura internacional. A maioria das mães dos recém-nascidos prematuros tardios do estudo possuía idade média de 27,31 anos. Eram brancas, possuíam mais de oito anos de ensino completos, tinham companheiro e eram procedentes de Porto Alegre.

O principal motivo de internação das mães dos prematuros tardios, durante a gestação destes, foi relacionado à ruptura prematura de membranas amnióticas, trabalho de parto prematuro e condições relacionadas à hipertensão na gestação. As intercorrências identificadas como mais frequentes durante as gestações estudadas foram relacionadas a doenças hipertensivas e a infecções do trato urinário. A cobertura do atendimento pré-natal foi alta, embora a maioria não possuísse registro de encaminhamento para os serviços de atendimento de alto risco. Mais da metade dos nascimentos foi por via cesariana. Metade dos recém-nascidos apresentou baixo peso ao nascer.

As intercorrências maternas mais frequentes na prematuridade tardia podem ser prevenidas ou minimizadas. Há a necessidade de qualificar o atendimento prestado às gestantes para além da quantificação da frequência às consultas de pré-natal. As gestantes devem ser atendidas considerando as diferentes intercorrências maternas nas diferentes faixas etárias.

Os resultados indicam que, embora haja programas de saúde direcionados ao atendimento pré-natal, como o PHPN e a Rede Cegonha, a atenção pré-natal recebida pelas mães desses prematuros tardios não foi capaz de prevenir o nascimento antecipado dos mesmos.

Há a necessidade de os profissionais pré-natalistas, geralmente médicos e enfermeiras, prestarem atendimento individualizado e estarem atentos às diferenças referentes às situações de risco em cada etapa da vida reprodutiva da mulher. O atendimento pré-natal ainda se mostra deficiente frente à detecção de fatores de risco para a prematuridade que poderiam ser prevenidos ou evitados.

## FINANCIAMENTO

Fundo de Incentivo à Pesquisa e Eventos do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (FIPE-HCPA), CAPES e CNPQ.

## REFERÊNCIAS

1. Barros JG, Clode N, Graça LM. Prevalence of late preterm and early term birth in Portugal. *Act Med Portug*. 2016 Apr;29(4):249-53. Doi: 10.20344/amp.6523
2. Davidoff MJ, Dias T, Damus K, Russell R, Bettgowda VR, Dolan S, et al. Changes in the gestational age distribution among U.S. singleton births: impact on rates of late preterm birth, 1992 to 2002. *Semin Perinatol*. 2006 Feb;30(1):8-15. Doi: [10.1053/j.semperi.2006.01.009](https://doi.org/10.1053/j.semperi.2006.01.009)
3. Blencowe H, Cousens S, Oestegaard MZ, Chou D, Moller AB, Narwal R, et al. National, regional and worldwide estimates of preterm birth. *Lancet*. 2012 June;379(9832):2162-72. Doi: 10.1016/S0140-6736(12)60820-4.
4. Ananth CV, Friedman AM, Gyamfi-Bannerman C. Epidemiology of moderate preterm, late preterm and early term delivery. *Clin Perinatol*. 2013 Dec;40(4):601-10. Doi: 10.1016/j.clp.2013.07.001
5. Shapiro-Mendoza CK, Lackritz EM. Epidemiology of late and moderate preterm birth. *Semin Fetal Neonatal Med*. 2012



- June;17(3):120-5. Doi: 10.1016/j.siny.2012.01.007
6. Raju TNK. Moderately preterm, late preterm and early term infants: research needs. *Clin. Perinatol* [Internet]. 2013 Dec [cited 2017 Jan 15];40(4):791-7. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3845339/pdf/nihms526513.pdf>
7. Pedron CD, Bonilha ALL, Espírito Santo LC, Porciuncula MB, Pedroso AGS, Silva LS. Prematuridade tardia. *Rev Cubana Enferm* [Internet]. 2013 Sept [cited 2017 Jan 15];29(3):170-81. Available from: <http://www.revenfermeria.sld.cu/index.php/enf/article/view/135/61>
8. Machado Júnior LC, Passini Júnior R, Rosa IRM. Prematuridade tardia: uma revisão sistemática. *J Pediatr (Rio J.)* [Internet]. 2014 May/June [cited 2017 Jan 15];90(3):221-31. Available from: [http://www.scielo.br/pdf/jped/v90n3/pt\\_0021-7557-jped-90-03-00221.pdf](http://www.scielo.br/pdf/jped/v90n3/pt_0021-7557-jped-90-03-00221.pdf)
9. Zampieri MFM, Erdmann AL. Cuidado humanizado no pré-natal: um olhar para além das divergências e convergências. *Rev Bras Saude Mater Infant* [Internet]. 2010 July/Sept [cited 2017 Jan 15];10(3):359-67. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/rbsmi/v10n3/v10n3a09.pdf>
10. Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. *Gestação de alto risco: manual técnico* [Internet]. 5th ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2010 [cited 2017 Jan 15]. Available from: [http://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/manual\\_tecnico\\_gestacao\\_alto\\_risco.pdf](http://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/manual_tecnico_gestacao_alto_risco.pdf)
11. Martin JA, Hamilton BE, Sutton PD, Ventura SJ, Menacker F, Kirmeyer S, et al. Births: final data for 2005. *Natl Vital Stat Rep* [Internet]. 2007 Dec [cited 2017 Jan 15];56(6):1-103. Available from: [https://www.cdc.gov/nchs/data/nvsr/nvsr56/nvsr56\\_06.pdf](https://www.cdc.gov/nchs/data/nvsr/nvsr56/nvsr56_06.pdf)
12. Santos MMAS, Baião MR, Barros DC, Pinto AA, Pedrosa PM, Saunders C. Estado nutricional pré-gestacional, ganho de peso materno, condições da assistência pré-natal e desfechos perinatais adversos entre puérperas adolescentes. *Rev Bras Epidemiol* [Internet]. 2012 Mar [cited 2017 Jan 15];15(1):143-54. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/rbepid/v15n1/13.pdf>
13. Gravena AAF, Sass A, Marcon SS, Pelloso SM. Resultados perinatais em gestações tardias. *Rev Esc Enferm USP* [Internet]. 2012

- Feb [cited 2017 Jan 15]; 46(1):15-21. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v46n1/v46n1a02.pdf>
14. Santos GHN, Martins MG, Sousa MS, Batalha SJC. Impacto da idade materna sobre os resultados perinatais e via de parto. *Rev. Bras Ginecol Obstet* [Internet]. 2009 July [cited 2017 Jan 15];31(7):326-34. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/rbgo/v31n7/v31n7a02.pdf>
15. Delpisheh A, et al. Pregnancy late in life: a hospital-based study of birth outcomes. *J Womens Health (Lacham)* [Internet]. 2008 July/Aug [cited 2017 Jan 15];17(6):965-70. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3000925/pdf/jwh.2007.0511.pdf>
16. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão (BR), Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. *Censo 2010* [Internet]. Rio de Janeiro: IBGE; 2010 [cited 2017 Jan 15]. Available from: <http://censo2010.ibge.gov.br/>
17. Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. *Atenção ao pré-natal de baixo risco* [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2012 [cited 2017 Jan 15]. Available from: [http://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/cadernos\\_atencao\\_basica\\_32\\_prenatal.pdf](http://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/cadernos_atencao_basica_32_prenatal.pdf)
18. Ciancimino L, Laganà AS, Chiofalo B, Granese R, Grasso R, Triolo O. Would it be too late? A retrospective case-control analysis to evaluate maternal-fetal outcomes in advanced maternal age. *Arch Gynecol Obstet* [Internet]. 2014 Dec [cited 2017 Jan 15];290(6):1109-14. Doi: 10.1007/s00404-014-3367-5
19. Matias A, Tiago P, Montenegro N. Cálculo da idade gestacional: métodos e problemas. *Acta Med Portug* [Internet]. 2002 [cited 2017 Jan 15];15(1):17-21. Available from: <http://www.actamedicaportuguesa.com/revista/index.php/amp/article/download/1912/1480>
20. Domingues RMSM, Dias MAB, Nakamura-Pereira M, Torres JA, D'Orsi E, Pereira APE, et al. Processo de decisão pelo tipo de parto no Brasil: da preferência inicial das mulheres à via de parto final. *Cad Saúde Pública* [Internet]. 2014 [cited 2017 Jan 15];30(Suppl 1): 101-16. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v30s1/0102-311X-csp-30-s1-0101.pdf>
21. Henderson J, Gray R, Brocklehurst P. Systematic review of effects of low-moderate prenatal alcohol exposure on pregnancy

Buendgens BB, Teles JM, Gonçalves AC et al.

Características maternas na ocorrência da...

outcome. BJOG. 2007 Mar;114(3):243-52. Doi: [10.1111/j.1471-0528.2006.01163.x](https://doi.org/10.1111/j.1471-0528.2006.01163.x)

22. Bassil KL, Shah PS, Shah V, Ye XY, Lee SK, Jefferies AL, et al. Impact of late preterm and early term infants on Canadian neonatal intensive care units. *Am J Perinatol*. 2014 Apr;31(4):269-78. Doi: 10.1055/s-0033-1347364.

23. Jaddoe VW, Troe EJ, Hofman A, Mackenbach JP, Moll HA, Steegers EA, et al. Active and passive maternal smoking during pregnancy and the risks of low birthweight and preterm birth: the Generation R Study. *Paediatr Perinat Epidemiol*. 2008 Mar; 22(2):162-71. Doi: 10.1111/j.1365-3016.2007.00916.x.

24. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva, Organização Pan Americana de Saúde. Pesquisa especial de tabagismo - PETab: relatório Brasil. *Rev Bras Cancerol [Internet]*. 2011 [cited 2017 Jan 15];57(3):429-30. Available from: [http://www.inca.gov.br/rbc/n\\_57/v03/pdf/17\\_resenha\\_pesquisa\\_especial\\_tabagismo\\_peta\\_b\\_relatorio\\_brasil.pdf](http://www.inca.gov.br/rbc/n_57/v03/pdf/17_resenha_pesquisa_especial_tabagismo_peta_b_relatorio_brasil.pdf)

25. Merlino A, Bailit J, Mercer BM. Indications for late preterm birth, can obstetricians make a difference? *Am J Obstet Gynecol*. 2008 Dec;199(6):234.

DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.ajog.2008.09.862>

26. Ferraz TR, Neves ET. Fatores de risco para baixo peso ao nascer em maternidades públicas: um estudo transversal. *Rev Gaúcha Enferm [Internet]*. 2011 Mar [cited 2017 Jan 15];32(1):86-92. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/rgenf/v32n1/a11v32n1.pdf>

Submissão: 28/02/2017

Aceito: 03/07/2017

Publicado: 20/07/2017

### Correspondência

Jéssica Machado Teles

Rua São Manoel, 963

Bairro Rio Branco

CEP: 90620-110 – Porto Alegre (RS), Brasil

Português/Inglês

Rev enferm UFPE on line., Recife, 11(Supl. 7):2897-906, jul., 2017