



Prevalência e fatores associados à prematuridade: Análise do sistema de informações sobre nascidos vivos em Santa Catarina/Brasil

  <https://doi.org/10.56238/ciesaudesv1-093>

Gregory Gollo

Graduando em Medicina pela Universidade Comunitária da Região de Chapecó – UNOCHAPECÓ.

E-mail: gregory.gollo@gmail.com

Gabriel Schmidt

Graduando em Medicina pela Universidade Comunitária da Região de Chapecó – UNOCHAPECÓ.

E-mail: gs.gabrielschmidt@gmail.com

Carlos Alberto Gollo

Mestre em Ciências Médicas na área de concentração em Obstetrícia: Medicina Fetal pela Universidade Federal de São Paulo – UNIFESP. Docente do Curso de Medicina da Universidade Comunitária da Região de Chapecó – UNOCHAPECÓ.

E-mail: c-gollo@hotmail.com

RESUMO

A prematuridade é um dos grandes problemas mundiais de saúde pública, contribuindo para uma elevada taxa de morbidade e mortalidade neonatal, além de agravos futuros à saúde. Considera-se nascido vivo prematuro o produto da concepção, com idade gestacional inferior a 37 semanas, que depois da expulsão ou da extração completa do corpo materno, manifesta sinal vital. O estudo visa analisar a prevalência da prematuridade e seus fatores associados, no estado de Santa Catarina/Brasil. Metodologia: Realizou-se estudo descritivo transversal, baseado em dados secundários sobre nascimentos vivos prematuros, constantes do Sistema e Informações sobre

Nascidos Vivos para o Estado de Santa Catarina (SINASC), em 2019, considerando períodos de gestação entre 22 a 27, 28 a 31 e 31 a 36 semanas. Os dados foram sistematizados no Excel e analisados de forma quantitativa, através de cálculos de frequência. Resultados: Do total de 97.267 nascimentos vivos em Santa Catarina, em 2019, 10,44% foram prematuros. Destes, 4,3% ocorreram entre 22 a 27 semanas, 8,9% entre 28 a 31 e 86,7% entre 32 a 36. Houve predomínio de idade entre mulheres de 20 a 34 anos, 67,5% das pacientes, sendo que 60,3% das gestantes tinham realizado mais de 7 consultas pré-natal. A maioria dos partos (62,2%) foram cesarianas e 37,8% vaginais. Os dados apontam associação entre o período da prematuridade e o peso ao nascimento, indicando que 4,1% dos nascimentos tinham peso entre 500 a 999g, 6% entre 1000 e 1499g e 38,8% entre 1500 e 2499. Apenas 2,3% dos prematuros apresentaram anomalias. Conclusão: Tais achados são importantes indicadores de saúde, fundamentais à assistência materno-infantil. Avaliando a prematuridade no estado de Santa Catarina e sua associação com fatores de risco, identificou-se o perfil materno e de prematuros nascidos vivos. Assim, os achados deste estudo contribuem para a melhoria da informação sobre o tipo de parto, consultas pré-natal, anomalias congênitas e idade materna e permite a formulação de ações estratégicas para a assistência materno-infantil.

Palavras-Chave: Prematuridade, Fatores de risco, Nascidos vivos, Santa Catarina.

1 INTRODUÇÃO

A prematuridade é um dos grandes problemas mundiais de saúde pública, por contribuir para a elevada taxa de morbidade e mortalidade neonatal. Segundo o Relatório *Survive and Thrive*, publicado pela Organização Mundial da Saúde, em 2019, anualmente, em todo o mundo, cerca de 30 milhões de bebês nascem prematuros ou com baixo peso ou adoecem logo nos primeiros dias de vida. O relatório aponta ainda que em 2017, em torno de 2,5 milhões de recém-nascidos morreram nos primeiros 28 dias de vida, a maioria por causas evitáveis. Cerca de 80% dessas crianças tinham baixo peso ao nascer e aproximadamente 65% eram prematuras.

No *ranking* mundial, segundo a Organização Mundial da Saúde, em 2016, o Brasil ocupava a décima posição dos países com o maior número de prematuridade, sendo registrados 279.300 nascimentos prematuros por ano. Outros países apresentam números ainda maiores, como a Índia, primeiro lugar no *ranking*, com 3.519.100 nascimentos prematuros; a China, segundo lugar no *ranking*, com 1.172.300 e o terceiro do *ranking*, os Estados Unidos, 517.400.

O nascido vivo prematuro é o produto da concepção, com idade gestacional igual ou inferior a 36 semanas e 6 dias, ou ainda, abaixo de 37 semanas, que depois da expulsão ou da extração completa do corpo materno, manifesta algum sinal vital (BRASIL, 2018; OMS, 2019). O nascimento prematuro está associado a 75% da mortalidade neonatal e representa a causa mais frequente de morbidade neonatal, podendo estar relacionada a alguns fatores de risco demográficos e obstétricos (SALGE *et al.*, 2009).

Segundo Oliveira (2017), em virtude de diferenças marcantes, encontradas no que diz respeito às manifestações clínicas e ao desfecho prognóstico após o nascimento (morbimortalidade), dois grupos de recém-nascidos (RN) pré-termo apresentam denominação específica: os chamados pré-termo tardios, àqueles com idade gestacional entre 34 e 36 semanas e 6 dias, e os pré-termo extremos, com idade gestacional menor do que 28 semanas.

Importante enfatizar que além da morbidade e mortalidade neonatal, as pessoas nascidas prematuramente estão mais sujeitas aos agravos futuros advindos da própria condição da prematuridade, como consequência da pouca maturidade de órgãos e danos advindos do baixo peso ao nascer associado (COELLI *et al.*, 2011).

Diante da importância do tema, é fundamental que estudos busquem analisar o tipo de parto, idade materna, assistência pré-natal, peso ao nascer e as principais anomalias congênitas associadas à prematuridade. Almeida *et al.* (2013) realizando estudo sobre prematuridades revelaram a escassez de estudos variados que objetivaram analisar a relação entre prematuridade e os riscos para o desenvolvimento de doenças em crianças ou a cronicidade em adultos, concluindo que a prematuridade consiste em um tema de interesse bastante recente.

O presente estudo visa estudar a realidade da proporção de prematuros no Estado de Santa Catarina. O estudo se faz necessário para identificar os casos ocorridos e seus fatores adjuvantes, visto que a prematuridade e o baixo peso ao nascer têm sido associados as maiores causas de morbidade e mortalidade perinatal, sendo responsável por graves danos imediatos nos recém-nascidos e por sequelas tardias (RABELLO; BARROS, 2011; SILVA *et al.*, 2018). O estudo também é relevante, pois poderá gerar conhecimento sobre a temática da prematuridade no Estado de Santa Catarina, para que ações possam ser implementadas visando adequar os cuidados gestacionais na detecção e prevenção

de agravos à saúde e assim colaborar para a redução da morbimortalidade neonatal e a melhoria da qualidade da saúde na região.

Diante deste contexto o objetivo da pesquisa consiste em analisar a prevalência da prematuridade e os fatores associados no estado de Santa Catarina, no ano de 2019.

Os objetivos específicos consistem em identificar a prevalência de prematuros em relação ao total de nascidos vivos; constatar a porcentagem da prematuridade em diferentes períodos de gestação em relação ao tipo de parto, à idade materna, a realização do pré-natal, ao peso ao nascer e às anomalias congênitas.

2 MATERIAL E MÉTODOS

O presente estudo classifica-se como um estudo observacional e descritivo do tipo transversal, baseado em dados secundários, coletados no SINASC para o Estado de Santa Catarina (SINASC/SC), para o ano de 2019.

A população é composta pelo total de nascidos vivos por ocorrência na Unidade de Federação de Santa Catarina, no ano de 2019. Segundo o DATASUS (2019), a população de nascidos vivos em Santa Catarina é de 97.775 e de prematuros 10.204 e, portanto, a prevalência da prematuridade do estado de Santa Catarina é de 10,43%.

Para o estudo utilizou-se os critérios de inclusão e exclusão adotados e obtidos pelos dados secundários do TabNet relativamente aos prematuros nascidos por ocorrência no estado de Santa Catarina. Foram incluídos os registros de nascidos vivos prematuros, ou seja, com idade superior a 22 semanas, do estado de Santa Catarina, no período de 2019, com registro no DATASUS (2019) e excluídos os registros de fetos com registros ignorados e peso ao nascer inferior a 500 gramas.

Os dados foram coletados a partir do TABNET do Estado de Santa Catarina. Para a coleta de dados foi elaborado um protocolo de pesquisa, contendo os seguintes dados relacionados à prematuridade: tipo de parto, realização de pré-natal, peso do recém-nascido, tipo de gravidez, idade materna e principais anomalias congênitas.

Os dados coletados foram organizados em uma planilha do Excel, para posterior análise estatística com o auxílio do programa *Statistical Package for the Social Sciences* (IBM-SPSS). Foram realizadas estatísticas descritivas simples (média, mediana e desvio-padrão) e correlação, com nível de significância de 95%. Foram criadas categorias para classificar as parturientes quanto às suas características individuais e de parto, a saber: tipo de parto, realização de pré-natal, peso do recém-nascido, tipo de gravidez, idade materna e principais anomalias congênitas relacionadas à prematuridade.

O estudo com dados secundários e acesso público, dispensa apreciação pelo Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos. No entanto, assegura-se que este estudo seguiu a o padrão de ética de acordo com as resoluções 466/CNS/2012 e 510/2016 do Ministério da Saúde (BRASIL, 2012; BRASIL, 2016), respeitando a autonomia e dignidade das pessoas estudadas, mantendo o sigilo, evitando danos previsíveis e defendendo os direitos humanos cabíveis.

3 RESULTADOS

A análise dos resultados abrange um total de 97.267 nascimentos vivos em Santa Catarina, no ano de 2019. Os dados da Tabela 1 permitem inferir que 10,44% do total de nascimentos foram nascimentos prematuros. Os nascimentos prematuros foram subdivididos em classificações de prematuridade em relação a sua idade gestacional, observando-se que 86,78% foram pré-termo tardio (32 a 36 semanas), 8,90% muito pré-termo (28 a 31 semanas) e 4,32% 22 pré-termo extremo (22 a 27 semanas).

Tabela 1- Total de nascimentos vivos prematuros e totais, por duração da gestação

Duração da gestação	Total nascimentos vivos	% nascidos vivos e prematuros por semana da gestação	% nascimentos prematuros sobre os nascidos vivos totais
22 a 27 semanas	439	4,32	0,45
28 a 31 semanas	904	8,90	0,93
32 a 36 semanas	8815	86,78	9,06
Total de nascimentos prematuros	10158	100,00	10,44
Total de nascimentos vivos	97267	-	-

Fonte: MS/SVS/DASIS – Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos – SINASC, 2019

Analisando a taxa de nascidos prematuros sobre o total de nascidos vivos, para cada fator associado (Tabela 2), identifica-se que a prematuridade ocorreu com maior prevalência quando o parto foi cesáreo, quando a faixa etária materna foi de 34 a 44 anos e quando o acompanhamento pré-natal não ocorreu ou foi inadequado. Sobre as anomalias congênitas, embora em número absoluto, a ausência foi a condição predominante. Nota-se que houve um aumento da prematuridade quando ela foi presente se comparada aos nascimentos de fetos sem anormalidades congênitas. Por fim, o extremo baixo peso (500g a 999g), o muito baixo peso (1000g a 1499g) e o baixo peso (1500g a 2499g) do recém-nascido mostraram-se predominantes nos nascimentos prematuros em relação ao total de nascidos vivos.

Tabela 2 – Fatores associados aos nascimentos prematuros e ao total de nascidos vivos

Variáveis	Nascimentos prematuros	Nascidos vivo	% nascimentos prematuros sobre o total de nascidos vivos
Tipo de parto			
Vaginal	3841	41541	9,25
Cesáreo	6309	55655	11,34
Idade materna			
Menor de 19	1104	10123	10,91
20 a 34	6824	69865	9,77
35 a 44	2188	17112	12,79
Anomalias congênitas			
Presente	230	810	28,40
Ausente	9891	96231	10,28
Número de consultas			
Nenhuma	128	554	23,10
1 a 3 consultas	686	2962	23,16
4 a 6 consultas	3196	15625	20,45
7 ou mais consultas	6084	77928	7,81
Peso ao nascer (em gramas)			
500 a 999	412	417	98,80
1000 a 1499	609	634	96,06
1500 a 2499	3925	6572	59,72
2500 a 3999	5041	83609	6,03
4000 e mais	123	5961	2,06

Fonte: MS/SVS/DASIS – Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos – SINASC, 2019

Os dados sobre o número de nascimentos prematuros e suas associações como o tipo de parto e idade da mãe podem ser visualizado na Tabela 3. Em relação aos nascimentos prematuros, percebe-se que a maioria (62,2%) foram cesarianas e 37,8% vaginais. O parto vaginal foi maior em nascimentos entre 22 a 27 semanas (52,5%), entretanto, entre 28 e 31 semanas e 32 e 36 semanas, prevaleceu a cesariana, com 67% e 62,6% dos nascidos prematuramente, respectivamente.

Tabela 3 – Relação entre a duração da gestação com o tipo de parto, a idade materna e a presença de anomalias congênitas

Variável	Duração da gestação (semanas)						Total de nascimentos prematuros	
	22 a 27	%	28 a 31	%	32 a 36	%	Número	%
Tipo de parto								
Vaginal	248	56,6	298	33	3295	37,4	3841	37,8
Cesáreo	190	43,4	605	67	5514	62,6	6309	62,2

Total de prematuros	438	100	903	100	8809	100	10150	100
Idade Materna								
Menor de 19	55	12,6	119	13,2	930	10,6	1104	10,9
20 a 34	294	67,4	598	66,3	5932	67,6	6824	67,5
35 a 44	87	20	185	49,9	1916	21,8	2188	21,6
Total de prematuros	436	100	902	100	8778	100	10116	100
Anomalias congênitas								
Presente	9	2,1	34	3,8	187	2,	230	2,3
Ausente	427	97,9	866	96,2	8598	98	9891	97,7
Total de prematuros	436	100	900	100	8785	100	10121	100

Fonte: MS/SVS/DASIS – Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos – SINASC, 2019

Obs: 8 nascimentos prematuros não apontam o tipo de parto; 38 nascimentos prematuros não identificam a idade da mãe; 29 nascimentos prematuros não apresentam dados sobre anomalias.

Os dados de nascimento prematuro com relação ao perfil de idade materna apontam que os nascimentos prematuros predominam em mulheres de 20 a 34 anos, nos três períodos de gestação analisados, com uma média de 67,5% dos nascimentos prematuros. Na idade das parturientes menores de 19 anos, a média de nascimentos prematuros é de 10,9% e de 35 a 44 anos é de 21,6%. Observa-se também um percentual maior (49%) de nascimentos prematuros nas semanas de 28 a 31 anos, entre pacientes de 35 a 44 anos.

A Tabela 3 permite também visualizar a relação entre anomalias congênitas com os nascimentos prematuros. Observa-se que em média 97,7% não apresentam anomalias. Dos que apresentam anomalias (2,27%), o maior índice de nascimentos ocorre entre os períodos de 28 a 35 semanas de gestação.

A Tabela 4 apresenta os resultados referentes ao número de consultas pré-natal realizadas pelas gestantes e o tamanho do nascido prematuramente. Segundo o Ministério da Saúde (Brasil, 2016), a consulta pré-natal classifica-se em inadequada, quando a gestante não realizou nenhuma consulta, irregular de 1 a 3 consultas, regular de 4 a 6 consultas e ideal mais de 7 consultas pré-natal.

Tabela 4 – Relação entre a duração da gestação com o número de consultas pré-natal e o peso ao nascer.

Duração da gestação (semanas)							Total de nascidos prematuros	
Variável	22 a 27	%	28 a 31	%	32 a 36	%	Número	%
Número de consultas pré-natal								
Nenhuma	17	3,9	20	2,2	91	1,0	128	1,3
1 a 3	109	25,2	100	11,2	477	5,4	686	6,8

4 a 6	225	52,1	458	51,4	2513	28,7	3196	31,7
7 ou mais	81	18,8	314	35,2	5689	64,9	6084	60,3
Nascimentos prematuros por período de gestação	432	100	892	100	8770	100	10094	100
Peso ao nascer (em gramas)								
500 a 999	280	70,9	105	11,7	27	0,3	412	4,1
1000 a 1499	68	17,2	338	37,4	203	2,3	609	6,0
1500 a 2499	20	5,1	312	34,6	3593	40,8	3925	38,8
2500 a 3999	27	6,8	144	16,0	4870	55,3	5041	49,9
4000 e mais	0	0	4	0,4	119	1,4	123	1,2
Nascimentos prematuros por período de gestação	395	100	903	100	8812	100	10110	100

Fonte: MS/SVS/DASIS – Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos – SINASC, 2019

Obs: 56 nascimentos de prematuros não identificaram dados sobre a consulta pré-natal; 40 nascimentos de prematuros não apresentaram o peso.

Os dados da pesquisa apresentados na Tabela 4 apontam que dos nascimentos prematuros, 60,3% das gestantes tinham realizado mais de 7 consultas pré-natal e 31,7% de 4 a 6 consultas, concluindo-se que estão nos níveis de regulares e adequadas. Entretanto, ainda 1,3% das mulheres grávidas não realizaram consultas pré-natal, o que corresponde a um nível de inadequadas, e 6,8% estão classificadas no nível regular, efetuando de 1 a 3 consultas pré-natal. Ademais, os dados também apontam que há uma associação entre o período de gestação de prematuridade tardia e o peso ao nascimento, visto que 55,3% dos nascidos com peso entre 2500 a 3999 (PN) estão entre as semanas 32 e 36 de gestação. Entretanto, observa-se que 48,9% dos prematuros nascem com o peso abaixo do adequado.

4 DISCUSSÃO

Este estudo teve por objetivo analisar a prevalência da prematuridade e seus fatores associados no estado de Santa Catarina, no ano de 2019. Os dados apontam que as causas de prematuridade são multifatoriais e, de acordo com este estudo, podem estar relacionadas a realização de pré-natal, idade materna avançada, tipo de parto.

A prevalência de prematuridade encontrada na população estudada é de 10,44%, inferior quando comparada ao Brasil de 11,7%, segundo dados do Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF) e Ministério da Saúde no ano de 2019. Em relação ao próprio estado de Santa Catarina, em estudo de Freitas e Araújo (2015) com o SINASC do ano de 2012, foram encontrados um total de 89.266 partos prematuros, totalizando 10,6% do total de partos de nascidos vivos. Esses dados mostram

que houve um leve decréscimo da prematuridade, mesmo que tenha aumentado o número absoluto de nascidos vivos. Essa diminuição é fundamental para o estado de Santa Catarina, visto que o nascimento prematuro está associado a 75% da mortalidade neonatal e representa a causa mais frequente de morbidade neonatal, já em relação ao Brasil pode estar relacionada a alguns fatores de risco demográficos e obstétricos (SALGE *et al.*, 2009). A discrepância de prevalência é encontrada no estado de Santa Catarina e no índice nacional de prematuridade de 2019, pode decorrer devido aos fatores de risco, ou seja, por suas características demográficas e comportamentos inadequados relacionados à saúde, fatores emocionais, doenças durante a gravidez, gemelaridade, história obstétrica e principalmente dos cuidados de pré-natal inadequados. Ahumada-Barrios e Alvarado (2016) também encontraram os fatores de risco associados com o parto prematuro foram gravidez atual gemelar (OR ajustada= 2,4; p= 0,02), controle pré-natal inadequado (< 6 controles) (OR ajustada= 3,2; p <0,001); controle pré-natal ausente (OR ajustada= 3,0; p <0,001) e pré-eclâmpsia (OR ajustada= 1,9; p= 0,005).

Em relação aos fatores de risco, as gestações tardias se referem a mulheres que engravidam após os 34 anos de idade, contribuindo para uma gestação de alto risco. Quando comparada a percentagem do número de prematuros em relação ao total de nascidos vivos, nota-se um pequeno aumento na faixa etária acima dos 34 anos. Tal faixa de risco apresenta uma taxa de prematuridade de 12,79%, sendo 3,02% superior comparada à faixa etária ideal de 20 a 34 anos, que apresentou uma taxa de 9,77% de prematuros. Os resultados apresentados vão ao encontro de achados de Alves *et al* (2017), quando afirmam que as mulheres com idade superior a 35 anos apresentam maior frequência de resultados perinatais adversos quando comparadas com as mulheres com idade inferior, entre as consequências a prematuridade. Também, Leal *et al.* (2016) analisaram os dados de mais de 2,5 milhões de nascimentos no Brasil em 2011 e descobriram que a idade materna avançada estava associada a um risco aumentado de prematuridade em comparação com as mulheres mais jovens. Ainda, o estudo de Alves *et al.* (2020), que analisou os dados do Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (SINASC) entre 2012 e 2016 em um município do Nordeste do Brasil, mostrou que as mulheres mais jovens (menos de 20 anos) e mais velhas (35 anos ou mais) tiveram maior prevalência de prematuridade do que as mulheres entre 20 e 34 anos de idade. Ressalta-se que neste estudo, ao se analisar se há alguma relação entre a gestação tardia nos diferentes intervalos das gestações de prematuros, não foram encontrados resultados que apresentam alguma importância para o tema.

Sobre os nascimentos prematuros e tipo de parto, percebe-se que a maioria (62,2%) foram cesarianas, no entanto, a limitação de dados correspondentes na literatura não permite distinguir o fator de risco de tipo de parto *versus* cesárea. Segundo o Ministério de Saúde (2015), esse aumento cesariano aconteceu de maneira geral não correlacionado com a prematuridade, e sim, por uma mudança no padrão de nascimento. De maneira geral, a literatura concorda que toda a gestante deve saber que o

melhor parto é aquele mais adequado às condições de sua gravidez, ou seja, é o que melhor condiz ao bebe e às condições surgidas durante a gravidez. Quando não há indicação de parto cesáreo, o parto normal reúne as vantagens de menor risco à prematuridade e outras alterações, que tornam a via ideal (BRASIL, 2013).

Sobre o pré-natal, aquelas gestantes que realizaram adequadamente o pré-natal, ou seja, realizaram 4 ou mais consultas, tiveram em sua maioria gestações mais prolongadas quando comparadas com aquelas que não realizaram ou realizaram inadequadamente as consultas. Como exemplo, a realização inadequada de 1 a 3 consultas tiveram, respectivamente, um 25,2% na duração de 22 a 27 semanas, 11,2% em 28 a 31 semanas e 5,4% em 32 a 36 semanas, enquanto que se realizadas 7 consultas foram encontradas as taxas de 18,8%, 35,2% e 64,9% para os mesmos períodos, respectivamente. Sabe-se que gestações de prematuridades tardias, ou seja, de 34 a 36 semanas, apresentam menores riscos de morbimortalidade se comparados a partos prematuros com durações menores, sendo um importante marcador de importância do pré-natal, mesmo que ele não possa por si avançar a gestação para um parto de feto a termo. Estes dados são corroborados por Cunha et al. (2018), cujo estudo comparou a duração da gestação em mulheres que realizaram o pré-natal adequadamente com aquelas que não realizaram ou realizaram inadequadamente em uma cidade do sul do Brasil. Os resultados mostraram que as mulheres que realizaram o pré-natal adequadamente tiveram uma duração média da gestação maior do que as mulheres que não realizaram ou realizaram inadequadamente o pré-natal.

Com a assistência pré-natal é possível realizar a detecção de casos de prematuridade, tornando, assim, possível a adoção de medidas preventivas secundárias (repouso, circlagem do colo uterino e progesterona) e também terciárias (tocólise, corticoterapia antenatal, antibioticoterapia profilática para o estreptococo do Grupo B e a transferência da gestante para unidade de referência) (FEBRASGO, 2013). Entretanto, os resultados demonstram que mesmo com uma realização regular ou adequada, sendo respectivamente, com mais de 7 consultas pré-natal e entre 4 a 6 consultas, uma maioria de 92% das gestantes tiveram partos prematuros. Ainda, tais dados demonstram que mesmo com a realização de pré-natal, a etiologia multicausal da prematuridade torna-se tão abrangente que, por vezes, ultrapassa os benefícios das consultas pré-natal, sendo necessário investigar outras causas relacionadas à prematuridade.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

De forma geral, a prematuridade no estado de Santa Catarina, no ano de 2019, mostrou-se semelhante à média no Brasil e praticamente mantendo sua média durante os anos no próprio Estado.

Em relação aos fatores de risco, a limitação de informações do SINASC impossibilita a compreensão integral do que está causando e gerando risco à prematuridade.

Pelos resultados apresentados, a partir dos dados do SINASC de 2019, o parto cesáreo e a idade materna acima de 35 demonstraram uma leve interferência na prematuridade. Ainda, os dados indicam que há uma influência da realização das consultas de pré-natal na capacidade de aumentar a duração da gestação de prematuros.

6 LIMITAÇÕES E PESQUISAS FUTURAS

A limitação da pesquisa está relacionada ao foco da pesquisa apenas ao estado de Santa Catarina e quanto o uso do banco de dados do SINASC, pois ao correlacionar os dados de prematuridade e seus subtipos com os fatores de risco presentes no Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (SINASC) do mesmo ano, foi possível encontrar limitações de dados, visto que o sistema não abrange todos os fatores de risco relacionados à prematuridade

É importante enfatizar que a prematuridade está relacionada a vários outros fatores de risco que não foram analisados, como obstétricos (placenta prévia, sangramentos, doenças hipertensivas da gestação, entre outros) ginecológicos (malformações uterinas, miomatose), clínico-cirúrgicas, demográficos os quais não estão disponíveis no SINASC. Deste modo, por se tratar de uma complicação multifatorial, o estudo fica limitado para apenas alguns fatores que não são, necessariamente, os mais impactantes para o estado.

Sugere-se que pesquisas futuras realizem o estudo de prematuridade abrangendo um número maior de estados e períodos de análise. Também pesquisas futuras podem incluir outros fatores de risco associados à prematuridade.

REFERÊNCIAS

- Ahumada-barríos, m. E; alvarado, g.f. risk factors for premature birth in a hospital. Rev. Latino-am. Enfermagem. 2016. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rlae/a/tzhbbydtzjknfyhvt75rmbm/?format=pdf&lang=pt>
Acesso em: 22 maio de 2020. Doi: <http://dx.doi.org/10.1590/1518-8345.0775.2750>
- Almeida, t. O. Et al. Investigação sobre os fatores de risco da prematuridade: uma revisão sistemática. Revista brasileira de ciências da saúde, v. 17, n. 3, p. 301-308, 2013.
- Alves, m. T. S. Et. Al. Condições de saúde materna e resultados perinatais adversos em uma maternidade pública de imperatriz-ma. Revista brasileira de ginecologia e obstetrícia, v. 39, n.10, p. 507-513, 2017. Doi: 10.1055/s-0037-1607428.
- Alves, j. G. Et al. Prevalência e fatores associados à prematuridade em um município do nordeste do brasil. Revista brasileira de saúde materno infantil, v. 20, n. 1, 2020, p. 23-32. Doi: 10.1590/1806-93042020000100003.
- Brasil, ministério da saúde. Departamento de informática do sus. Sinasc-sistema de informações de nascidos vivos [internet]. Brasília: ministério da saúde; 2010 [citado 2016 jul 07]. Disponível em: <http://www2.datasus.gov.br/datasus/index.php?area=060702>.
Acesso em: 12 de abril 2020.
- Brasil. Ministério da saúde. Secretaria de atenção à saúde. Departamento da atenção básica. Atenção ao pré-natal de baixo risco. Caderno de atenção básica. Brasília: ed. Ministério da saúde, 2013. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/atencao_pre_natal_baixo_risco.pdf.
Acesso em: 25 de abril 2020.
- Brasil; ministério da saúde. Diretriz nacional de assistência ao parto normal: relatório de recomendação. 2016. Disponível em: http://conitec.gov.br/images/consultas/relatorios/2015/relatorio_pcdtcesariana_cp.pdf.
Acesso em: 12 de julho 2020.
- brasil, ministério da saúde. Agência nacional de saúde suplementar. Manual de termos de prematuridade, s/d. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/qualificacao_saude_sup/pdf/atenc_saude1fase.pdf.
Acesso em: 05 de abril 2020.
- Brasil, ministério da saúde. Banco de dados do sistema único de saúde-datasus. Disponível em <http://www.datasus.gov.br>. Disponível em: acesso em: 20 de março 2020
- Coelli, anna paula et al. Prematuridade como fator de risco para pressão arterial elevada em crianças: uma revisão sistemática. Cadernos de saúde pública, v. 27, n.2, p. 207-218 2011.
- cunha, m. A. Et al. Impacto da adequação do pré-natal na duração da gestação em uma cidade do sul do brasil. Revista da associação médica brasileira, v. 64, n. 11, 2018, p. 1026-1032. Doi: 10.1590/1806-9282.64.11.1026.
- Febrasgo - federação brasileira das associações de ginecologia e obstetrícia. (2013). Assistência pré-natal. Manual de assistência pré-natal. Rio de janeiro: febrasgo. Disponível em: <https://www.febrasgo.org.br/media/1.-manual-de-apn-2013-final.pdf>. Acesso em: 05 de dezembro

2020.

Leal, m. C. *Et al.* Prevalence and risk factors related to preterm birth in brazil. *Reprod health*, v.13, nº 3, 2016. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/pmc5073982/>. Acesso em: 05 dezembro 2020. Doi: 10.1186/s12978-016-0230-0

oms. Organização mundial da saúde. Preterm birth, 2016. Disponível em: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs363/en/>. Acesso em: 20 de abril 2020.

oms. Organização mundial da saúde. Survive and thrive: transforming care for every small and sick newborn, 2019. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/326495/9789241515887-eng.pdf?ua=1>. Acesso em: 22 de abril 2020.

Oliveira, n. D. *Et al.* Prematuridade e crescimento fetal restrito. *In: burns, dennis alexander rabelo et al. Tratado de pediatria: sociedade brasileira de pediatria, 4ª edição, barueri, sp: manole, 2017.*

rabelo, m.s.; barros, s. M. O. De. Aspectos clínicos e epidemiológicos da prematuridade em um centro de parto normal. *Einstein (são paulo)*, v. 9, n.4, p. 483-488, 2011.

Salge, ana karina marques *et al.* Fatores maternos e neonatais associados à prematuridade. *Revista eletrônica de enfermagem*, v. 11, n. 3, p. 642-6, 2009.

Silva, n. R. *Et al.* Morbilidade no crescimento fetal e nos prematuros leves para a idade gestacional. *Revista científica da ordem dos médicos*, v.31, n.11, p. 648-655, 2018.