

## ANÁLISE DE FATORES PREDITORES DE PARTO PREMATURO EM MATERNIDADES DE ALTO RISCO<sup>1</sup>

ANALYSIS OF PREDICTIVE FACTORS OF PREMATURE DELIVERY IN HIGH-RISK MATERNITIES

ANÁLISIS DE PREDICTORES DE NACIMIENTO PREMATURO EN MATERNIDADES DE ALTO RIESGO

Geisa Gabriella Rodrigues de Oliveira<sup>2</sup>  
Laís Renata Almeida Cezário<sup>3</sup>  
Davi Gomes Cortez Lopes<sup>4</sup>  
Carla Andrea Canuto Salgueiro de Moraes<sup>5</sup>  
Flavia Amália Monteiro de Castro Costa Cunha<sup>6</sup>  
Livia Guimarães Zina<sup>7</sup>  
Evanisa Helena de Maio Brum<sup>8</sup>  
Natanael Barbosa dos Santos<sup>9</sup>

<sup>1</sup> Fatores Preditores Para o Parto Prematuro, apresentada ao Programa de Pós-Graduação do Mestrado Profissional Pesquisa em Saúde, do Centro Universitário Cesmac, em 05/04 de 2019.

## RESUMO

Este estudo buscou identificar os fatores preditores de parto prematuro em maternidades de alto risco. Este estudo transversal avaliou 232 puérperas por meio de um instrumento de coleta de dados, na forma de entrevista, contendo perguntas relacionadas aos aspectos sociodemográficos, comportamentais, história reprodutiva prévia, dados obstétricos e realização de pré-natal. A coleta de dados foi realizada no período de abril a setembro de 2018, em duas maternidades públicas da cidade de Maceió-AL, Brasil. Os dados foram analisados no programa SPSS® Statistics for Windows (versão 20.0). Foi realizada análise bivariada, por meio do Qui-quadrado ( $X^2$ ), e análise das variáveis múltiplas através de Regressão Logística Múltipla, de onde derivaram as Odds Ratio (OR) e o Intervalo de Confiança (IC) de 95%. A taxa de prematuridade foi de 40,1%, os fatores de risco associados ao parto prematuro foram gravidez na adolescência (OR=1,59; p=0,04), estresse (OR=1,79; p=0,003), antecedente de parto prematuro (OR=6,10; p<0,001) e baixo número de consultas pré-natais (< 6 consultas) (OR=6,37; p<0,001). Conclui-se que a prematuridade associou-se a história prévia de parto prematuro e a um número pequeno de consultas de pré-natal, o que parece confirmar o corpo de evidências sobre os fatores de risco para esta condição de nascimento.

## PALAVRAS-CHAVE

Gravidez de Alto Risco, Fatores de Risco, Trabalho de Parto Prematuro, Cuidado Pré-Natal, Recém-Nascido Prematuro

## ABSTRACT

This study sought to identify predictors of premature birth in high-risk maternity hospitals. This cross-sectional study evaluated 232 postpartum women using a data collection instrument, in the form of an interview, containing questions related to sociodemographic and behavioral aspects, previous reproductive history, obstetric data and prenatal care. Data collection was carried out from April to September 2018, in two public maternity hospitals in the city of Maceió-AL, Brazil. Data were analyzed using SPSS® Statistics for Windows (version 20.0). Bivariate analysis was performed using Chi-square ( $X^2$ ) and analysis of multiple variables using Multiple Logistic Regression, from which the Odds Ratio (OR) and Confidence Interval (CI) of 95% were derived. The prematurity rate was 40.1%, the risk factors associated with premature birth were teenage pregnancy (OR=1.59;  $p=0.04$ ), stress (OR=1.79;  $p=0.003$ ), history of premature birth (OR=6.10;  $p<0.001$ ) and low number of prenatal consultations (< 6 consultations) (OR=6.37;  $p<0.001$ ). It was concluded that prematurity was associated with previous history of premature birth and subject to a small number of prenatal consultations, which seems to confirm the body of evidence on the risk factors for this birth condition.

## KEYWORDS

Pregnancy high-risk; risk factors; obstetric labor premature; prenatal care; infant; premature

## RESUMEN

Este estudio buscó identificar predictores de parto prematuro en maternidades de alto riesgo. Este estudio transversal evaluó a 232 mujeres en posparto mediante un instrumento de recolección de datos mediante entrevista que contenía preguntas relacionadas con aspectos sociodemográficos y conductuales, antecedentes reproductivos, datos obstétricos y atención prenatal. La recolección de datos se realizó de abril a septiembre de 2018 en dos maternidades públicas de la ciudad de Maceió, Alagoas, Brasil. Los datos se analizaron con SPSS® Statistics para Windows (versión 20.0). Se realizó un análisis bivariado mediante la prueba de chi-cuadrado ( $X^2$ ) y un análisis multivariable mediante regresión logística múltiple, del cual se derivaron la razón de probabilidades (OR) y el intervalo de confianza (IC) del 95%. La tasa de prematuridad fue del 40,1%; los factores de riesgo asociados con el parto prematuro fueron el embarazo adolescente (OR=1,59;  $p=0,04$ ), el estrés (OR=1,79;  $p=0,003$ ), el antecedente de parto prematuro (OR=6,10;  $p<0,001$ ) y el bajo número de consultas prenatales (<6 consultas) (OR=6,37;  $p<0,001$ ). Se concluye que la prematuridad se asoció con el antecedente de parto prematuro y un bajo número de consultas prenatales, lo que parece confirmar la evidencia existente sobre los factores de riesgo para esta condición de nacimiento.

## PALABRAS CLAVE

Embarazo de alto riesgo, Factores de riesgo, Parto prematuro, Atención prenatal, Recién nacido prematuro

### 1 INTRODUÇÃO

O nascimento prematuro, classificado pela Organização Mundial de Saúde (OMS) como aquele que ocorre antes da 37ª semana de gestação (BRASIL, 2012), é considerado um problema de saúde pública. Trata-se de um evento de causa multifatorial, frequentemente associado ao baixo peso ao nascer (inferior a 2500g) e ao retardo do crescimento fetal. Além disso, configura-se como a principal causa de morte entre crianças nas primeiras quatro semanas de vida (CHAWANPAIBOON *et al.*, 2019; WALANI, 2020).

Dentre as complicações relacionadas à gestação de alto risco, destaca-se o nascimento prematuro, que é classificado pela Organização Mundial de Saúde (OMS) como o nascimento que ocorre abaixo de 37 semanas de Idade Gestacional (IG) (BRASIL, 2012). Trata-se de um problema de saúde pública que tem causa multifatorial e se relaciona com o baixo peso ao nascer (peso inferior a 2500g) e o retardo do crescimento fetal, sendo considerada a principal causa de morte entre as crianças durante as primeiras quatro semanas de vida (CHAWANPAIBOON *et al.*, 2019; WALANI, 2020).

Os diversos fatores de risco associados ao Trabalho de Parto Prematuro (TPP) podem ter origem materna, fetal ou mista. A etiologia do nascimento prematuro se relaciona com fatores ambientais, socioeconômicos, biológicos, características da história reprodutiva materna, condições da gravidez, questões psicossociais, atividade laboral, hábitos inadequados, cuidados da atenção Pré-Natal (PN), complicações na gestação, características fetais, entre outros (GOLDENBERG *et al.*, 2008). Também, condições clínicas preexistentes, doença obstétrica na gravidez atual e doenças bucais contribuem para o desfecho do Parto Prematuro (PP) (MANRIQUE-CORREDOR *et al.*, 2019).

Atualmente, a redução da prematuridade constitui um dos principais desafios enfrentados pelos profissionais na assistência PN. Estima-se que, globalmente, cerca de 15 milhões de nascimentos ocorram antes das 37 semanas de gestação a cada ano, correspondendo a aproximadamente 10% a 11% de todos os nascidos vivos, segundo a OMS e a March of Dimes (WALANI, 2020). A incidência da prematuridade e a mortalidade associada às suas complicações apresentam variações importantes entre países, sendo mais elevadas em contextos de baixa e média renda, onde há maiores desigualdades no acesso e na qualidade da assistência à saúde (WALANI, 2020).

No Brasil, ao longo das últimas décadas, o Ministério da Saúde tem implementado políticas e estratégias voltadas à melhoria da atenção materno-infantil. No entanto, a redução das taxas de parto prematuro ainda permanece um desafio, uma vez que os índices continuam elevados (LEAL *et al.*, 2016). Dados do Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos indicam que a taxa de prematuridade no país foi de 10% a 12% em 2023, com valores semelhantes observados no estado de Alagoas (11 a 13%) (BRASIL, 2023).

Atualmente, a redução da prematuridade é um dos maiores desafios enfrentados pelos profissionais que realizam a assistência PN. Com uma taxa global de parto prematuro de cerca de 11%, em todo o mundo, aproximadamente 15 milhões de bebês nascem antes do termo, anualmente (MARCH OF DIMES, 2012; WALANI, 2020). Assim, a prematuridade e mortalidade devido a complicações advindas do parto prematuro varia dependendo do país, mostrando-se alta especialmente em países de baixa e média renda (WALANI, 2020).

No Brasil, ao longo dos últimos quinze anos o Ministério da Saúde tem criado medidas para melhorar o atendimento materno-fetal, mas a redução da prematuridade ainda é um desafio, pois o índice de PP permanece elevado (LEAL *et al.*, 2016). De acordo com dados do Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (SUS) do país e do Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (SINASC), no ano de 2017 a prematuridade registrada no Brasil foi 10,7% e no Estado de Alagoas foi de 10,4% (BRASIL, 2023).

Torna-se fundamental, considerando a importância do cuidado integral à gestante durante o período gravídico puerperal para a promoção da saúde materna e neonatal, bem como os impactos do parto prematuro – que incluem desde complicações imediatas ao recém-nascido até repercussões mais amplas, como aumento da ocupação de leitos, elevação dos custos em saúde e sobrecarga dos serviços – aprofundar o conhecimento sobre os fatores associados a esse desfecho.

Embora existam estudos na área, o mapeamento desses fatores de risco, especialmente em contextos específicos (considerando determinantes sociais, características populacionais), permanece relevante para o fortalecimento do corpo de evidências científicas. Ademais, análises com enfoque regional podem contribuir de forma mais direcionada para o planejamento e a qualificação da atenção à saúde.

Como diferencial, este estudo busca avançar para além da descrição dos fatores associados, ao explorar relações entre variáveis maternas, assistenciais e sociodemográficas, contribuindo para uma compreensão mais integrada do fenômeno. Nesse sentido, tem como objetivo identificar os fatores preditores de parto prematuro em gestantes atendidas em maternidades de alto risco, subsidiando estratégias mais direcionadas de prevenção, qualificação da assistência pré-natal e tomada de decisão em saúde.

Assim, tendo em vista a importância do cuidado integral que a gestante deve receber durante o período gravídico-puerperal a fim de garantir a saúde da mãe e do bebê, e dos prejuízos causados pelo parto prematuro tanto para o recém-nascido quanto problemas mais amplos para a saúde como aumento da ocupação dos leitos, dos gastos em saúde, da sobrecarga nos serviços, bem como impactos indiretos futuros, é importante conhecer os fatores que estejam associados ao parto prematuro. Apesar de vários estudos já publicados na área, o mapeamento dos fatores de risco é importante a fim de contribuir com o corpo de evidências. Os resultados encontrados poderão servir de base para o planejamento da atenção à saúde em nível regional. Assim, o objetivo deste estudo é identificar os fatores preditores de parto prematuro em gestantes de maternidades de alto risco.

## 2 MÉTODO

### 2.1 DESENHO

Estudo transversal, observacional analítico, norteado pela ferramenta STROBE, desenvolvido nas duas maternidades públicas de referência para parto de alto risco no Estado de Alagoas, localizadas na cidade de Maceió. Os dados foram coletados entre os meses de abril e setembro de 2018.

### 2.2 AMOSTRA/AMOSTRAGEM

A amostra foi composta por 232 puérperas assistidas nas maternidades supramencionadas, selecionadas por amostragem censitária. Os critérios de inclusão adotados foram: puérperas que tiveram partos de alto risco, a termo ( $IG \geq a$  37 semanas ao nascer) ou pré-termo ( $IG < 37$  semanas). Foram excluídas puérperas em estado geral grave, com parto de gestação múltipla, em surto psicótico, apresentando déficit cognitivo, com registro de óbito fetal, que tiveram seu Recém-Nascido (RN) transferido para outros hospitais ou que tiveram PP por doenças fetais.

### 2.3 PROCEDIMENTOS

Após aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa do Centro Universitário CESMAC, Maceió-AL (Parecer nº 2.562.238), foi realizado um estudo piloto n° com 10% da população estimada ( $n=20$ ) para a amostra, para eventual necessidade de ajustes metodológicos. As puérperas foram abordadas nas enfermarias de alojamento conjunto, receberam as informações sobre a pesquisa, foram convidadas a participar e as que concordaram assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

As informações sobre as puérperas foram extraídas dos prontuários das duas maternidades para parto de alto risco e por meio de entrevistas que seguiram um roteiro com perguntas relacionadas aos aspectos sociodemográficos, comportamentais, história reprodutiva prévia, dados obstétricos e realização de pré-natal. Todos os dados foram registrados em um formulário de coleta de dados.

### 2.4 VARIÁVEIS DO ESTUDO

A variável de desfecho foi o nascimento pré-termo ( $< 37$  semanas gestacionais). As variáveis independentes foram idade ( $<19$  anos e 19 anos ou mais), procedência (capital ou interior), raça (branco/amarelo, parda, preta), estado civil (casada, união estável, solteira), ocupação (Do lar/doméstica, estudante, outra, profissional liberal), classe social (B, C, D-E), etilismo (sim, não), tabagismo (sim, não), uso de outras drogas (sim, não), estresse (sim, não), abortamento espontâneo (sim, não), cirurgia uterina (sim, não), parto prematuro prévio (sim, não), infecção do trato urinário (sim, não), parto prematuro prévio (sim, não), infecção do trato urinário (sim, não), vaginose (sim, não), descolamento prematuro de placenta (sim, não).

### 2.5 ANÁLISE ESTATÍSTICA

Os dados foram agrupados e tabulados no programa Excel (Microsoft Office®). As análises foram obtidas utilizando-se o software “SPSS® Statistics for Windows” (versão 20.0). Foram realizadas análises

lises bivariadas (Qui-quadrado  $\chi^2$ ) e múltiplas (Regressão logística múltipla) para identificar os fatores associados ao nascimento pré-termo (variável dependente), os quais foram estimados pela Odds Ratio, intervalos de confiança de 95% (OR/IC 95%) e o valor “p”.

Os fatores independentes que obtiveram um valor de significância de até 20% ( $p \leq 0,20$ ), na análise bivariada, foram selecionados para teste em um modelo múltiplo, considerando a interferência de vários fatores. Constam no modelo final apenas as variáveis com  $p < 0,05$

### 3 RESULTADOS

Dentre as participantes do estudo, 139 (59,9%) tiveram parto a termo e 93 (40,1%) tiveram parto prematuro (Tabela 1).

**Tabela 1** -Classificação da prematuridade e peso ao nascer. Maceió-AL/Brasil, 2018. (n=232)

Prematuridade	n	%
Leve	46	49,5
Moderada	36	38,7
Extrema	11	11,8
<b>Peso ao Nascer</b>		
Normal	13	14,0
Baixo Peso ao Nascer	51	54,8
Muito Baixo Peso ao Nascer	21	22,6
Extremo Baixo Peso ao Nascer	08	8,6
<b>Total</b>	93	100,0

Fonte: Dados da pesquisa

Os resultados da análise bivariada da idade gestacional com os dados sociodemográficos, comportamentais, história reprodutiva prévia e dados da história obstétrica atual, como intercorrências clínicas e pré-natal, estão apresentados na Tabela 2 e 3. Foram associados à prematuridade e incluídos no modelo de regressão múltipla: adolescentes < 19 anos, mulheres da raça preta, estudantes, etilistas, sujeitas ao estresse, que não passaram por cirurgia uterina, com história prévia de parto prematuro, sem encaminhamento ao pré-natal de alto risco e que realizaram menos de 6 consultas de pré-natal.

**Tabela 2** - Análises bivariadas da avaliação da idade gestacional relacionada às variáveis sociodemográficas, comportamentais, história reprodutiva prévia e dados obstétricos de 232 puérperas. Maceió-AL/Brasil, 2018.

VARIÁVEIS	CONDIÇÃO		Total N (%)	OR (IC-95%)	P
	Pré-Termo n (%)	Termo n (%)			
<b>Idade</b>					
Adolescentes < 19 anos	23 (53,5%)	20 (46,5%)	43 (100,0%)	1,95 (1,00-3,81)	0,04* <sup>s</sup>
Adultas (19 anos ou mais)	70 (37,0%)	119 (63,0%)	189(100,0%)	1,00 <sub>ref</sub>	
<b>Procedência</b>					
Capital	49 (41,5%)	69 (58,5%)	118(100,0%)	1,13 (0,66-1,91)	0,64
Interior	44 (38,6%)	70 (61,4%)	114(100,0%)	1,00 <sub>ref</sub>	
<b>Raça</b>					
Branco/Amarelo	22 (44,9%)	27 (55,1%)	49 (100,0%)	1,00 <sub>ref</sub>	
Parda	68 (41,0%)	98 (59,0%)	166(100,0%)	0,85 (0,44-1,61)	0,62
Preta	3 (17,6%)	14 (82,4%)	17 (100,0%)	0,26 (0,06-1,03)	0,05 <sup>s</sup>
<b>Estado civil</b>					
Casada	23 (46,0%)	27 (54,0%)	50 (100,0%)	1,00 <sub>ref</sub>	
União estável	54 (38,6%)	86 (61,4%)	140(100,0%)	0,73 (0,38-1,41)	0,35
Solteira	15 (36,6%)	26 (63,4%)	41 (100,0%)	0,67 (0,29-1,57)	0,36
<b>Ocupação</b>					
Do lar/Doméstica	57 (37,3%)	96 (62,7%)	153(100,0%)	1,00 <sub>ref</sub>	
Estudante	19 (51,4%)	18 (48,6%)	37 (100,0%)	1,77 (0,86-3,66)	0,11 <sup>s</sup>
Outra	13 (44,8%)	16 (55,2%)	29 (100,0%)	1,36 (0,61-3,05)	0,44
Profissional liberal	4 (30,8%)	9 (69,2%)	13 (100,0%)	0,74 (0,22-2,54)	0,64
<b>Classe social</b>					
B	5 (33,3%)	10 (66,7%)	15 (100,0%)	1,00 <sub>ref</sub>	
C	38 (40,0%)	57 (60,0%)	95 (100,0%)	1,33 (0,42-4,20)	0,62
D-E	50 (41,0%)	72 (59,0%)	122(100,0%)	1,39 (0,45-4,31)	0,57

VARIÁVEIS	CONDIÇÃO		Total N (%)	OR (IC-95%)	P
	Pré-Termo n (%)	Termo n (%)			
<b>Etilismo</b>					
Sim	23 (48,9%)	24 (51,1%)	47 (100,0%)	1,57 (0,82-3,00)	0,16 <sup>§</sup>
Não	70 (37,8%)	115 (62,2%)	185(100,0%)	1,00 <sub>ref</sub>	
<b>Tabagismo</b>					
Sim	2 (33,3%)	4 (66,7%)	6 (100,0%)	NA	NA
Não	91 (40,3%)	135 (59,7%)	226(100,0%)	NA	NA
<b>Uso de outras drogas</b>					
Sim	2 (100,0%)	-	2 (100,0%)	NA	NA
Não	91 (39,6%)	139 (60,4%)	230(100,0%)	NA	NA
<b>Estresse</b>					
Sim	53 (47,3%)	59 (52,7%)	112(100,0%)	1,79 (1,05-3,05)	0,03 <sup>**§</sup>
Não	40 (33,3%)	80 (66,7%)	120(100,0%)	1,00 <sub>ref</sub>	
<b>Abortamento espontâneo</b>					
Sim	18 (42,9%)	24 (57,1%)	42 (100,0%)	1,15 (0,58-2,26)	0,69
Não	75 (39,5%)	115 (60,5%)	190(100,0%)	1,00 <sub>ref</sub>	
<b>Cirurgia uterina</b>					
Sim	9 (24,3%)	28 (75,7%)	37 (100,0%)	1,00 <sub>ref</sub>	
Não	84 (43,1%)	111 (56,9%)	195(100,0%)	2,35 (1,05-5,25)	0,04 <sup>**§</sup>
<b>Parto prematuro prévio</b>					
Sim	33 (75,0%)	11 (25,0%)	44 (100,0%)	6,40(3,02-13,5)	<0,001 <sup>*§</sup>
Não	60 (31,9%)	128 (68,1%)	188(100,0%)	1,00 <sub>ref</sub>	
<b>Infecção do trato urinário</b>					
Sim	60 (40,8%)	87 (59,2%)	147(100,0%)	1,00 <sub>ref</sub>	
Não	10 (47,6%)	11 (52,4%)	21 (100,0%)	1,31 (0,52-3,30)	0,55
<b>Vaginose</b>					
Sim	63 (38,0%)	103 (62,0%)	166(100,0%)	NA	NA
Não	6 (54,5%)	5 (45,5%)	11 (100,0%)	NA	NA

VARIÁVEIS	CONDIÇÃO		Total N (%)	OR (IC-95%)	P
	Pré-Termo n (%)	Termo n (%)			
<b>Descolamento prematuro de placenta</b>					
Sim	6 (35,3%)	11 (64,7%)	17 (100,0%)	1,00 <sub>ref</sub>	
Não	87 (40,5%)	128 (59,5%)	215(100,0%)	1,24 (0,44-3,49)	0,67

Fonte: Dados da pesquisa.

Nota: \*Significante ao nível de 5%. §Incluído na análise de Regressão Logística Múltipla. NA= Não aplicável.

**Tabela 3** - Relação entre variáveis associadas ao acompanhamento pré-natal e a idade gestacional (pré-termo e termo) no parto. Maceió-AL, 2018. (n=232)

Variáveis	Pré-termo (n=93)	Termo (n=139)	Valor de p
<b>Acompanhamento pré-natal</b>			
Sim	88 (94,6%)	137 (98,6%)	NA
Não	5 (5,4%)	2 (1,4%)	
<b>Encaminhamento ao pré-natal de alto risco</b>			
Sim	29 (33%)	60 (43,8%)	0,11 <sup>§</sup>
Não	59 (67%)	77 (56,2%)	
<b>Nº de consultas realizadas</b>			
< 6	49 (55,7%)	21 (15,3%)	< 0,001 <sup>*§</sup>
6 ou mais	39 (44,3%)	116 (84,7%)	

Fonte: Dados da pesquisa

Nota: Teste qui-quadrado  $\chi^2$  ( $p \leq 0,05$ ). \*Significante ao nível de 5%. §Incluído na análise de Regressão logística múltipla. NA=Não Aplicável, duas células com frequência esperada menor que 5 não satisfaz o teste.

O modelo final é apresentado na Tabela 4, contendo as variáveis associadas ao parto prematuro, após ajustes pelas variáveis selecionadas com a análise bivariada. As mulheres com história prévia de parto prematuro [OR=6,10 (IC 95%; 2,17-13,71)] e que passaram por menos de 6 consultas de pré-natal [OR=6,37 (IC 95%; 3,29-12,35)] têm seis vezes mais chance de darem à luz bebês prematuros, quando comparadas às mulheres que nunca tiveram um parto prematuro antes e que receberam 6 ou mais consultas de pré-natal.

**Tabela 4.** Regressão logística múltipla com o modelo final ajustado para a ocorrência de parto prematuro prévio e número de consultas de pré-natal entre os casos de nascimento pré-termo. Maceió-AL/Basil, 2018. (n=232)

	OR <sub>ajustado</sub> (IC-95%)	Valor de <i>p</i>
<b>Parto prematuro Prévio</b>		
Sim	6,10 (2,17-13,71)	<0,001*
Não	1,00 <sub>ref</sub>	
<b>Número de consultas</b>		
≥6	1,00 <sub>ref</sub>	
<6	6,37 (3,29-12,35)	<0,001*

Fonte: Dados da pesquisa

Nota: Teste qui-quadrado  $X^2$  ( $p \leq 0,05$ ). \*Significante ao nível de 5%.

## 4 DISCUSSÃO

Este estudo, conduzido nas duas principais maternidades públicas de referência para parto de alto risco em um estado da região nordeste do Brasil, demonstrou que as mulheres com história prévia de parto prematuro e sujeitas a um número pequeno de consultas de pré-natal apresentam maiores chances de terem um novo parto prematuro, corroborando o corpo de evidências sobre os fatores de risco para a prematuridade (BRASIL, 2022).

A prevalência de partos prematuros moderados ou extremos e de bebês que nasceram abaixo do peso, neste estudo chamam atenção, devido à relação existente entre a idade gestacional no momento do parto e a gravidade do quadro clínico do recém-nascido, bem como de sequelas advindas do baixo peso ao nascer. Sabe-se que, quanto menor a idade gestacional maior o risco de morte de recém-nascidos, podendo resultar em problemas como comprometimento neurológico, deficiências cognitivas, dificuldades de atenção, coordenação, prejuízos na linguagem e posteriormente deficiências sociais (REAM, LEHWALD, 2018; NASEM, 2024).

Com relação à ocorrência de parto pré-termo prévio, autores relatam que este evento é o mais forte preditor de prematuridade na gestação atual, chegando a duplicar esse risco (SERAVALLI *et al.*, 2014; VISSER *et al.*, 2017; MALACOVA *et al.*, 2018). A recorrência é influenciada pela via clínica que desencadeou o parto prematuro anterior, exigindo dos profissionais maior atenção a essas informações, para que intervenham oportunamente e previnam um novo evento adverso (PHILLIPS *et al.*, 2017; MALACOVA *et al.*, 2018).

Além disso, observou-se que a maioria das participantes do presente estudo iniciou o acompanhamento pré-natal tardiamente, 78 (34,7%) das puérperas iniciaram apenas no segundo ou terceiro trimestres. Esta é uma informação preocupante, em que se infringiu a recomendação da Organização

Mundial da Saúde (OMS) que apresenta os cuidados assistenciais no primeiro trimestre como indicador de maior qualidade dos cuidados maternos (WHO, 2016). Por se tratar de um público com baixas condições socioeconômicas, a busca tardia pelo acompanhamento pré-natal pode ter ocorrido devido à falta de conscientização de sua importância, por dificuldade de acesso ao serviço de saúde, ou, no caso de mães adolescentes e/ou solteiras, por esconderem a gravidez.

Em se tratando do número de consultas, também se constatou uma lacuna e identificou-se que 31,1% das puérperas investigadas realizaram menos que as seis consultas sugeridas pelo ministério da saúde (BRASIL, 2012; WHO, 2016). Alguns autores têm identificado que o parto prematuro pode estar associado de forma significativa a um quantitativo pequeno de consultas pré-natais (TUON *et al.*, 2016; FREITAS; ARAÚJO, 2023), e outros têm demonstrado a redução da prematuridade mediante o aumento do número de consultas (VETTORE *et al.*, 2010; PITILIN *et al.*, 2021). O resultado obtido neste estudo possivelmente reflete a baixa cobertura de pré-natal, somada às baixas condições socioeconômicas das puérperas, que contribuem para que esse público não utilize a assistência oferecida pelos serviços de saúde.

No tocante ao perfil das puérperas, percebeu-se um número considerável (n=22) de puérperas com faixa etária que confere risco à gestação, menor que quinze anos ou maior que trinta e cinco anos. Essa informação merece destaque, visto que os referidos grupos estão mais susceptíveis à morbimortalidade materna e a resultados perinatais adversos (GRAVENA *et al.*, 2012; SANTOS *et al.*, 2012; GANCHIMEG *et al.*, 2014; BOLARINWA *et al.*, 2023). Em todo o mundo, aproximadamente 11% dos nascimentos são de mães adolescentes, e mais de 90% desses nascimentos ocorrem em países de baixa e média renda (WHO, 2011; GANCHIMEG *et al.*, 2014; BOLARINWA *et al.*, 2023). No Brasil, no ano de 2017, cerca de 16,5% dos nascidos vivos foram filhos de mães adolescentes e no Estado de Alagoas esse percentual foi ainda maior, chegando a atingir 24,6% (BRASIL, 2023). Essa informação denota a necessidade de aprimoramento nas ações de planejamento familiar (BOLARINWA *et al.*, 2023).

É importante destacar que a garantia de uma atenção à saúde justa, integral e individualizada durante a gestação e puerpério está intimamente ligada à classificação da gravidez e do parto (FÁTIMA *et al.*, 2019). No entanto, neste estudo, verificou-se que das 225 puérperas que realizaram pré-natal, 136 (60,4%) foram assistidas apenas pela equipe do pré-natal de risco habitual, o que pode justificar as intercorrências apresentadas por elas e o alto índice de partos pré-termo. A limitação de referenciamento das gestantes ao pré-natal de alto risco e o reduzido número de consultas realizadas no serviço de referência podem ser justificados pelo restrito número de vagas disponíveis, bem como pelo tempo entre o encaminhamento e a realização da primeira consulta.

O fato de a gestante ser classificada como de alto risco não garante seu acesso rápido ao serviço, principalmente pelo fato de que regiões pouco desenvolvidas como Alagoas/Brasil não dispõem de muitos ambulatórios de referência para gestação de alto risco, o que pode aumentar a dificuldade de acesso para gestantes que residem no interior (SOUSA *et al.*, 2017). Esta situação demonstra a necessidade de que se desenvolvam estratégias de promoção de saúde a fim de reduzir as iniquidades no acesso aos serviços de saúde por parte das gestantes e parturientes, aumentando a oferta de serviços de saúde, organizando e regulando o acesso a fim de garantir saúde de qualidade e reduzir os riscos da prematuridade (SOUSA *et al.*, 2017; FÁTIMA *et al.*, 2019).

Com este estudo é possível perceber que as mulheres atendidas nos serviços de referência para parto de alto risco apresentam perfil tanto de risco habitual, quanto de alto risco. Essa realidade acarreta superlotação das maternidades, podendo comprometer a qualidade da assistência oferecida à díade mãe-bebê, sobrecarregar os profissionais e aumentar o ônus para o Sistema Único de Saúde (FÁTIMA *et al.*, 2019). Dessa forma, faz-se necessário que os serviços de atenção à gestante realizem um acompanhamento pré-natal de qualidade, pautado na assistência multidisciplinar (médico, enfermeiro, cirurgião-dentista), que viabilize a promoção de saúde às gestantes por meio de educação em saúde, ofertando cuidados que contribuam para o controle das intercorrências e disponibilizando informações sobre o hospital de referência que elas devem se dirigir ao iniciarem o trabalho de parto (FRANCHI *et al.*, 2020).

Nesse estudo, algumas variáveis como estresse e gravidez na adolescência apesar de não se manterem no modelo final, apresentaram significância estatística na análise bivariada. Em estudos futuros, estas variáveis podem ser mais exploradas. Um exemplo é a gravidez na adolescência, demonstrada por alguns autores como um fator de risco para o parto prematuro, porém ainda devem receber mais atenção no Brasil, visto que muitas vezes as adolescentes tendem a iniciar as consultas de pré-natal mais tardiamente resultando no menor número de consultas pré-natal (ALMEIDA *et al.*, 2020).

Diante dos resultados apresentados, vale mencionar que este estudo teve como limitação o viés de resposta que pode estar presente devido ao uso de entrevista como instrumento de coleta. Porém, como pontos fortes do estudo pode-se citar: o ineditismo dos resultados sobre pré-natal para a população do estudo a nível estadual, levando em conta sua importância para o planejamento dos serviços de saúde e promoção de saúde que permitirão uma comparação dos resultados com outras regiões do país bem como outros países em situações semelhantes economicamente como Índia e países da América Latina (BBC NEWS BRASIL, 2020).

## 5 CONCLUSÃO

Pode-se concluir que os fatores preditores de parto prematuro neste estudo foram a história prévia de parto prematuro e o baixo número de consultas de pré-natal, achados que corroboram a literatura científica sobre os principais determinantes da prematuridade. A recorrência de parto prematuro em gestações anteriores evidencia a importância de uma vigilância obstétrica mais rigorosa em gestantes de alto risco, uma vez que esse histórico reflete tanto predisposição biológica quanto vulnerabilidades obstétricas acumuladas. Da mesma forma, a inadequação do pré-natal reforça o papel central do acompanhamento gestacional oportuno e qualificado na prevenção de desfechos adversos, indica possíveis falhas no acesso, na adesão ou na qualidade da assistência prestada.

Nesse sentido, os achados deste estudo contribuem para o fortalecimento do corpo de evidências ao evidenciar fatores clínicos e assistenciais passíveis de intervenção. Espera-se que os resultados subsidiem a atuação de profissionais de saúde e gestores na implementação de estratégias de estratificação de risco, qualificação do pré-natal e monitoramento mais intensivo de gestantes vulneráveis, visando à redução da prematuridade e à melhoria dos desfechos materno-perinatais.

Pode-se concluir que os fatores identificados como preditores para o parto prematuro foram: história prévia de parto prematuro e baixo número de consultas no pré-natal, o que corrobora o corpo de evidências sobre os fatores de risco para a prematuridade. Assim, espera-se que este estudo seja útil para embasar a práxis dos profissionais e dos gestores, para que possam desenvolver estratégias e ações que proporcionem melhorias para a saúde materna e perinatal, bem como minimizem possíveis riscos para desfechos adversos da gestação.

## REFERÊNCIAS

ALMEIDA, A.H.V. *et al.* Prematuridade e gravidez na adolescência no Brasil, 2011-2012. **Cad Saúde Pública**, v. 36, n. 12 p.e00145919, 2020.

BBC NEWS BRASIL. **Bolsonaro na Índia: em 7 pontos, como o Brasil se compara ao país asiático em indicadores econômicos e sociais**. 2020. Disponível em: <https://www.bbc.com/portuguese/internacional-51220988>. Acesso em: 15 abr. 2026.

BOLARINWA, O.A. *et al.* Predictors of young maternal age at first birth among women of reproductive age in Nigeria. **PLoS One**, v. 18, n. 1, p. e0279404, 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portal da Saúde. **DATASUS**. 2023. Disponível em: <https://datasus.saude.gov.br/>. Acesso em: 15 abr. 2026.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Gestação de alto risco: manual técnico**. Brasília: Ministério da Saúde. 2012. Disponível em: [https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual\\_tecnico\\_gestacao\\_alto\\_risco.pdf](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_tecnico_gestacao_alto_risco.pdf) Acesso em: 15 abr. 2026

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Departamento de Ações Programáticas. **Manual de gestação de alto risco** Brasília: Ministério da Saúde, 2022. Disponível em: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual\\_gestacao\\_alto\\_risco.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_gestacao_alto_risco.pdf) ISBN 978-65-5993-312-9 1. Acesso em: 15 abr. 2026.

CHAWANPAIBOON, S. *et al.* Global, regional, and national estimates of levels of preterm birth in 2014: a systematic review and modelling analysis. **Lancet Glob Health**, v. 7, n. 1, p. e37-e46, 2019.

FÁTIMA, V.M.M. *et al.* Access to public health services and integral care for women during the puerperal gravid period period in Ceará, Brazil. **BMC Health Serv Res**, v. 19, n. 1, p. 851, 2019.

FRANCHI, J.V.O. *et al.* Access to care during labor and delivery and safety to maternal health. **Rev Lat Am Enferm**, v. 28, p. e3292, 2020

FREITAS, P.F.; ARAÚJO, R.R. Prematuridade e fatores associados em Santa Catarina, Brasil: análise após alteração do campo idade gestacional na Declaração de Nascidos Vivos. **Rev Bras Saúde Mater Infant**, v. 15, n. 3, p. 309–316, 2015.

GANCHIMEG, T. *et al.* Pregnancy and childbirth outcomes among adolescent mothers: a World Health Organization multicountry study. **BJOG**, v. 121, Suppl.1, p.40-8, 2014.

GOLDENBERG, R.L. *et al.* Epidemiology and causes of preterm birth. **Lancet**, v. 5, n. 371(9606), p. 75-84, 2008.

GRAVENA, A.A. *et al.* Resultados perinatais em gestações tardias. **Rev da Escol de Enferm USP**, v. 46, n. 1, p. 15-21, 2012.

LEAL, M.D. *et al.* Prevalence and risk factors related to preterm birth in Brazil. **Reprod Health**, v.13, Suppl 3, p.127, 2016.

MALACOVA, E. *et al.* Risk of stillbirth, preterm delivery, and fetal growth restriction following exposure in a previous birth: systematic review and meta-analysis. **BJOG**, v. 125, n. 2, 2018.

MANRIQUE-CORREDOR, E.J. *et al.* Maternal periodontitis and preterm birth: Systematic review and meta-analysis. **Comm Dent Oral Epidemiol**, v. 47, n. 3, p. 243-251, 2019.

MARCH OF DIMES, PMNCH, Save the children, WHO. **Born Too Soon: The Global action report on preterm Birth**. HOWSON, C.P.; KINNEY, M.V.; LAWN, J.E. (Eds). Geneva: World Health Organization., 2012 Disponível em: [https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44864/9789241503433\\_eng.pdf;jsessionid=C9ED2E52E4FA0DBA3D3677B371C15EAA?sequence=1](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44864/9789241503433_eng.pdf;jsessionid=C9ED2E52E4FA0DBA3D3677B371C15EAA?sequence=1). Acesso em: 12 abr. 2026.

NASEM - National Academy of Sciences, Engineering and Medicine. Division of Health and Medicine; Council on Health Services; Committee on Identification and Prognosis of Low Birth Weight Infants in Disability Determinations. **Low Birth Weight Babies and Disability**. In: APPLGATE, A.; SPICER, C. M.; FRONTERA, W. (ed.). Washington, DC: National Academies Press, 2024. Disponível em: National Academies Press (USA). Acesso em: 15 abr. 2026.

PHILLIPS, C. *et al.* Risk of recurrent spontaneous preterm birth: a systematic review and meta-analysis. **BMJ Open**, v. 7, p. e015402, 2017.

PITILIN, E.B. *et al.* Perinatal factors associated with prematurity in neonatal intensive care unit. **Texto Contexto Enferm**, v. 30, p. e20200031, 2021.

REAM, M. A.; LEHWALD, L.. Neurologic Consequences of Preterm Birth. **Curr Neurol Neurosci Rep**, v. 18, n. 8, p. 48, 2018.

SANTOS, M.M.A.S. *et al.* Estado nutricional pré-gestacional, ganho de peso materno, condições da assistência pré-natal e desfechos perinatais adversos entre puérperas adolescentes. **Rev Bras Epidemiol**, v. 15, p. 143-154, 2012.

SERAVALLI, L. *et al.* Role of perceived stress in the occurrence of preterm labor and preterm birth among urban women. **J Midwifery Womens Health**. v. 59, n. 4, p.374-9, 2014.

SOUSA, L.M.O. *et al.* Caracterização do acesso à assistência ao parto normal na Bahia, Brasil, a partir da teoria dos grafos. **Cad Saúde Pública**, v. 33, n. 12, e00101616, 2017.

TUON, R. A., *et al.* Impacto do monitoramento telefônico de gestantes na prevalência da prematuridade e análise dos fatores de risco associados em Piracicaba, São Paulo, Brasil. **Cad Saúde Pública**, v. 32, n. 7, p. e00107014, 2016.

VETTORE, M.V., *et al.* Housing conditions as a social determinant of low birthweight and preterm low birthweight. **Rev Saúde Pública**. v. 44, n. 6, p. 1021-31, 2010.

VISSER, L., *et al.* Low dose aspirin in the prevention of recurrent spontaneous preterm labour - the APRIL study: a multicenter randomized placebo-controlled trial. **BMC Pregn Childb**, v. 17, n. 1, 2017.

WALANI, S.R. Global burden of preterm birth. **Int J Gynaecol Obstet**. v. 150, n. 1,p. 31-33, 2020.

WHO. World Health Organization. **WHO Guidelines on preventing early pregnancy and poor reproductive outcome among adolescents in developing countries**. Geneve: WHO, 2011. Disponível em: <https://www.who.int/publications/i/item/9789241502214>. Acesso em: 20 fev. 2026.

WHO. World Health Organization. **WHO recommendations on antenatal care for a positive pregnancy experience**. Geneve: WHO, 2016 Disponível em: <https://www.who.int/publications/i/item/9789241549912>. Acesso em: 10 abr. 2026.

---

2 Enfermeira, Mestre em Pesquisa em Saúde. Centro Universitário Cesmac. Maceió, Alagoas (AL), Brasil. ORCID: 0000-0001-8434-9151. Email: geisa.gabriella88@hotmail.com.

3 Cirurgiã-dentista, Doutora em Odontologia-Saúde Coletiva. University of Calgary – Calgary, Alberta, Canada. ORCID: 0000-0002-0737-2857. E-mail: laysrenata.almeida@gmail.com.

4 Cirurgião-dentista. Centro Universitário Cesmac. Maceió, Alagoas (AL), Brasil. ORCID:0009-0009-8036-2944. Email: davictz@gmail.com .

5 Cirurgiã-dentista. Mestrado Profissional Pesquisa em Saúde, Centro Universitário Cesmac. Maceió, Alagoas (AL), Brasil. ORCID: 0009-0001-3660-0257. E-mail: cacs Moraes@hotmail.com

6 Médica. Centro Universitário Cesmac. Maceió, Alagoas (AL), Brasil. ORCID: 0009-0005-1288-9737. Email: famdceeb@hotmail.com

7 Cirurgiã-dentista, Doutora em Odontologia Preventiva e Social. Universidade Federal de Minas Gerais, Departamento de Odontologia Comunitária e Preventiva. Belo Horizonte, Minas Gerais (MG), Brasil. ORCID: 0000-0003-1842-2300. E-mail: liviazina@yahoo.com.br

8 Psicóloga, Doutora em Psicologia. Centro Universitário Cesmac, Mestrado Profissional Pesquisa em Saúde. Maceió, Alagoas (AL), Brasil. ORCID: 0000-0003-0128-591X. E-mail: evanisa.brum@gmail.com

9 Cirurgião-dentista, Doutor em Odontologia Preventiva e Social. Mestrado Profissional Pesquisa em Saúde, Centro Universitário Cesmac. Maceió, Alagoas (AL), Brasil. ORCID: 0000-0003-1811-2927. E-mail: natanael.santos@cesmac.edu.br.

---

Recebido em: 14 de Outubro de 2025

Avaliado em: 8 de Abril de 2026

Aceito em: 15 de Junho de 2026

---



**A autenticidade desse artigo  
pode ser conferida no site  
<https://periodicos.set.edu.br>**

Copyright (c) 2026 Revista Interfaces  
Científicas - Saúde e Ambiente



Este trabalho está licenciado sob uma  
licença Creative Commons Attribution-  
NonCommercial 4.0 International License.