

**ESCOLA SUPERIOR DE CIÊNCIAS DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE
VITÓRIA-EMESCAM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM POLÍTICAS PÚBLICAS E
DESENVOLVIMENTO LOCAL**

GILBANIA RAFAEL LANDI

**FATORES MATERNOS ASSOCIADOS À PREMATURIDADE: CONTRIBUIÇÕES
PARA AS POLÍTICAS DE SAÚDE**

VITÓRIA
2021

GILBANIA RAFAEL LANDI

**FATORES MATERNOS ASSOCIADOS À PREMATURIDADE: CONTRIBUIÇÕES
PARA AS POLÍTICAS DE SAÚDE**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Políticas Públicas e Desenvolvimento Local da Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória – EMESCAM, como requisito parcial para obtenção do grau de Mestra em Políticas Públicas e Desenvolvimento Local.

Área de Concentração: Políticas de Saúde, Processos Sociais e Desenvolvimento Local.

Linha de Pesquisa: Políticas de Saúde, Integralidade e Processos Sociais.

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Janine Pereira da Silva

VITÓRIA

2021

Dados internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)
EMESCAM – Biblioteca Central

L257f Landi, Gilbania Rafael
Fatores maternos associados à prematuridade :
contribuições para as políticas de saúde / Gilbania Rafael Landi.
- 2021.
110 f.: il.

Orientadora: Profa. Dra. Janine Pereira da Silva

Dissertação (mestrado) em Políticas Públicas e Desenvolvimento
Local – Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia
de Vitória, EMESCAM, 2021.

1. Prematuridade. 2. Assistência à saúde. 3. Políticas
públicas de saúde. 4. Saúde materno-infantil. I. Silva, Janine
Pereira da. II. Escola Superior de Ciências da Santa Casa de
Misericórdia de Vitória, EMESCAM. III. Título.

CDD 618.92011

GILBANIA RAFAEL LANDI

**FATORES MATERNOS ASSOCIADOS À PREMATURIDADE: contribuições
para as políticas de saúde**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Políticas Públicas e Desenvolvimento Local da Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória – EMESCAM, como requisito parcial para obtenção do grau de Mestra em Políticas Públicas e Desenvolvimento Local.

Aprovada em 01 de outubro de 2021.

BANCA EXAMINADORA



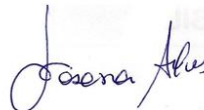
Prof^ª. Dr^ª. Janine Pereira da Silva
Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de
Vitória – EMESCAM
Orientadora



Prof. Dr. Valmir Ramos da Silva
Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de
Vitória – EMESCAM
Coorientador



Prof^ª. Dr^ª. Solange Rodrigues da Costa
Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de
Vitória – EMESCAM



Prof^ª. Dr^ª. Rosana Alves
Faculdade Pequeno Príncipe- FPP

AGRADECIMENTOS

Primeiramente a Deus, por sua doce presença durante toda a minha caminhada, gratidão por não ter me deixado desistir.

“Porque a luz de Deus guiará os seus passos...”

(Eclesiástico, 31)

“Tudo por Jesus, Nada sem Maria”

(Autor desconhecido)

Eterna gratidão a minha querida orientadora Dr^a. Janine Pereira da Silva, pelo apoio, paciência, dedicação e carinho no decorrer de toda a construção deste trabalho. E ao Dr. Valmin Ramos da Silva, a minha admiração e o meu carinho, obrigada por me orientar e conduzir até o final deste trabalho.

“Algumas pessoas a gente conhece, outras Deus nos apresenta”

(Autor desconhecido)

A minha querida Prof^a. Lucia Helena Sagrillo Pissamoni, por toda a ajuda, sem ela certamente não seria possível. Gratidão e muito carinho por você e a todos (as) os (as) professores (as) que direta ou indiretamente fizeram com que fosse possível a realização deste sonho. Obrigada por todos os ensinamentos, eu os guardarei comigo para sempre!

“Não há no mundo exagero mais belo que a gratidão”

(Jean de La Breyère)

À minha família, que sempre me incentivou e compreendeu a minha ausência enquanto eu me dedicava à realização deste trabalho. Em especial aos meus queridos pais, irmãos, sobrinha e minha cunhada, pelo apoio, incentivo e amor incondicional. Obrigada por estarem sempre comigo, amo muito todos vocês!

E a todos que direta ou indiretamente fizeram parte da minha formação, o meu muito obrigada!

RESUMO

Introdução: A prematuridade, caracterizada pelo nascimento abaixo de 37 semanas, representa sério agravo de saúde pública, por sua condição multifatorial e complexa, com repercussões sociais, econômicas, clínicas e elevados índices de morbimortalidade infantil. **Objetivos:** avaliar a prevalência de prematuridade e sua associação às características sociodemográficas e de assistência à saúde de mães. **Metodologia:** Estudo observacional, analítico e transversal, no período de 2014 a 2018, com dados coletados a partir das Declarações de Nascidos Vivos na Região Sul de Saúde, e disponibilizados pela Secretaria de Estado da Saúde do Espírito Santo, ES, Brasil. **Resultados:** Foram identificados 43.053 nascimentos em hospitais, de mães caracterizadas por idade materna <20 anos (16,50%), 20 a 35 anos (73,30%) e >35 anos (10,20%), pardas (58,80%), casadas (47,20%), em união estável (26,70%) e solteiras (23,20%), com escolaridade entre 8 a 11 anos, donas de casa (45,90%), com seis ou mais consultas de pré-natal, iniciando pré-natal no primeiro trimestre, gestação única (97,80%), submetidas ao parto cesárea (70,90%), vaginal (28,90%) e com idade gestacional <37 semanas (10,30%). Foram causas de prematuridade, com associação significativa de $p < 0,05$: idade materna <20 e >35 anos, situação conjugal solteira e divorciada, raça/cor parda e indígena, ocupação de dona de casa, gestação múltipla, parto vaginal, número menor que 6 consultas de pré-natal e início tardio após o primeiro trimestre, exceto escolaridade com $p = 0,063$. **Conclusão:** As condições sócio-étnico-raciais, econômicas e de assistência à saúde, desfavoráveis, associam-se à ocorrência de mais de 10% de nascimentos prematuros. Sendo de extrema importância a garantia de uma assistência pré-natal gratuita, integral e qualificada a gestantes, de modo a diminuir as desigualdades socioeconômicas e iniquidades de saúde existentes para o combate à prematuridade.

Palavras-chave: Prematuridade. Assistência à Saúde. Políticas Públicas de Saúde. Saúde Materno-infantil.

ABSTRACT

Introduction: Prematurity, characterized by birth under 37 weeks, represents a serious public health problem, due to its multifactorial and complex condition, with social, economic and clinical repercussions and high infant morbidity and mortality rates. **Objectives:** to evaluate the prevalence of prematurity and its association with sociodemographic and health care characteristics of mothers. **Methodology:** Observational, analytical and cross-sectional study, in the period from 2014 to 2018, with data collected from the Live Births Declarations in the Southern Health Region, and available by Secretariat of Health for the State of ES, Brazil. **Results:** Identified 43.053 births in hospitals, of mothers characterized by maternal age <20 years (16.50%), 20 to 35 years (73.30%) and >35 years (10.20%), brown (58.80%), married (47.20%), in a stable union (26.70%) and single (23.20%), with schooling between 8 and 11 years, housewives (45.90%), with six or more prenatal consultations, beginning prenatal care in the first trimester, single pregnancy (97.80%), undergoing cesarean section (70.90%), vaginal birth (28.90%), and with gestational age <37 weeks (10.30%). The causes of prematurity, with a significant association ($p < 0.05$) were: maternal age <20 and >35 years, single and divorced marital status, brown and indigenous race/color, occupation as housewife, multiple gestation, vaginal delivery, fewer than 6 prenatal consultations, and late initiation after the first trimester, except for schooling with $p = 0.063$. **Conclusion:** The unfavorable socio-ethnic-racial, economic, and health care conditions are associated with the occurrence of more than 10% of premature births. It is extremely important to guarantee free, comprehensive, and qualified prenatal care to pregnant women, in order to reduce the existing socioeconomic inequalities and health inequities to combat prematurity.

Keywords: Prematurity. Health assistance. Public Health policies. Maternal-infant health.

LISTA DE QUADROS

Quadro 1– Variáveis Qualitativas	26
Quadro 2 – Variáveis Quantitativas	26
Quadro 3 – Variáveis referentes à mãe.....	26
Quadro 4 – Variável Ocupação habitual.....	27
Quadro 5 – Variáveis referentes à gestação	28

LISTA DE TABELAS

Tabela 1- Município de ocorrência dos nascimentos de nascidos vivos na Região Sul de Saúde do Espírito Santo, ES, Brasil, 2014 a 2018 (n= 43.053).....	59
Tabela 2- Local do nascimento dos nascidos vivos (n=43.053).....	60
Tabela 3- Outros Municípios e estados de residência das mães de nascidos vivos na Região Sul de Saúde do Espírito Santo, ES, Brasil, 2014 a 2018 (n= 1.251)	61
Tabela 4- Município de ocorrência dos nascimentos de nascidos vivos prematuros na Região Sul de Saúde do Espírito Santo, ES, Brasil, 2014 a 2018 (n= 4.423)	63
Tabela 5- Descrição sociodemográfica das mães de nascidos vivos na Região Sul de Saúde do Espírito Santo, ES, Brasil, 2014 a 2018 (n= 43.053)	69
Tabela 6 -Descrição sociodemográfica das mães de nascidos vivos na Região Sul de Saúde do Espírito Santo, ES, Brasil, 2014 a 2018 (n= 40.756)	70
Tabela 7– Dados gestacionais das mães de nascidos vivos na Região Sul de Saúde do Espírito Santo, ES, Brasil, 2014 a 2018 (n= 43.053).....	72
Tabela 8 – Associação entre as características sociodemográficas de mães e prematuridade na Região Sul de Saúde, ES, Brasil, 2014 a 2018 (n= 43.053)	77
Tabela 9 – Associação entre as características gestacionais e prematuridade na Região Sul de Saúde, ES, Brasil, 2014 a 2018 (n= 43.053)	79

LISTA DE SIGLAS

APS	Atenção Primária de Saúde
CBO	Classificação Brasileira de Ocupação
CONCLA	Comissão Nacional de Classificação
DN	Declaração de Nascido Vivo
DUM	Data da última Menstruação
DINSAMI	Divisão Nacional de Saúde Materno Infantil
DNCR	Departamento Nacional da Criança
ESF	Estratégia Saúde da Família
FIV	Fertilização <i>In Vitro</i>
IDH	Índice de Desenvolvimento Humano
IG	Idade Gestacional
IST	Infecção Sexualmente Transmissível
ITU	Infecção do Trato Urinário
MS	Ministério da Saúde
ODS	Objetivos de Desenvolvimento Sustentável
OMS	Organização Mundial da Saúde
OPAS	Organização Pan Americana da Saúde
PACS	Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PAISC	Programa de Assistência Integral à Saúde da Criança
PAISMC	Programa de Assistência à Saúde da Mulher e da Criança
PHPN	Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento
PNAISC	Política Nacional de Atenção à Saúde da Criança
PNSIPN	Política Nacional de Saúde Integral da População Negra
RAS	Rede de Atenção à Saúde
RN	Recém-Nascido
SESA	Secretaria de Estado de Saúde do Espírito Santo
SIM	Sistema de Informação sobre Mortalidade
SINASC	Sistema Nacional de Informação sobre Nascidos Vivos
SISPRENATAL	Sistema de Informação do Pré-Natal
SUS	Sistema único de Saúde
UBS	Unidade Básica de Saúde
UTIN	Unidade de Terapia Intensiva Neonatal

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	12
2 OBJETIVOS	20
2.1 OBJETIVO GERAL	20
2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	20
3 METODOLOGIA	21
3.1 TIPO E POPULAÇÃO DO ESTUDO	21
3.1.1 Estudo observacional	21
3.1.2 Estudo analítico	21
3.1.3 Estudo transversal	22
3.2 CARACTERIZAÇÃO DO LOCAL DO ESTUDO	22
3.3 COLETA DOS DADOS	25
3.3.1 Variáveis qualitativas (categóricas)	25
3.3.2 Variável quantitativa	25
3.4 ANÁLISE DOS DADOS	28
3.5 ASPECTOS ÉTICOS	29
4 CAPÍTULO I – UM PANORAMA SOBRE A PREMATURIDADE A NÍVEL MUNDIAL E NACIONAL	30
4.1 CONCEITO E PREVALÊNCIA DA PREMATURIDADE NO MUNDO E NO BRASIL	30
4.2 FATORES MATERNOS ASSOCIADOS À PREMATURIDADE	33
4.3 IMPACTOS DA PREMATURIDADE PARA A SAÚDE PÚBLICA, ESTADO, FAMÍLIA E CRIANÇA	45
4.4 POLÍTICAS PÚBLICAS NACIONAIS DE SAÚDE MATERNO-INFANTIL	52
4.4.1 Breve histórico das políticas e programas de saúde materno-infantil	52
4.4.2 Redes de atenção à saúde	54
4.4.3 Rede de atenção materno-infantil	55
4.4.4 Linha de cuidados materno e sua relação com a prevenção da prematuridade	57

5 CAPÍTULO II – FATORES MATERNOS ASSOCIADOS À PREMATURIDADE NA REGIÃO: CONTRIBUIÇÕES PARA AS POLÍTICAS DE SAÚDE	59
5.1 ANÁLISE DA REALIDADE NA REGIÃO SUL DE SAÚDE, ES, BRASIL	59
5.2 ANÁLISE DAS ASSOCIAÇÕES ENCONTRADAS NA REGIÃO SUL DE SAÚDE, ES, BRASIL	73
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS	83
REFERÊNCIAS	86
ANEXOS	104
ANEXO A – DECLARAÇÃO DE NASCIDO VIVO (DN)	105
ANEXO B - TERMO DE ANUÊNCIA PRÉVIA PARA A REALIZAÇÃO DE PESQUISA NO ÂMBITO DA SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DO ESPÍRITO SANTO	106
ANEXO C - PARECER CONSUBSTANCIADO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA	108

1 INTRODUÇÃO

A prematuridade é uma síndrome complexa, multifatorial, e está associada às condições clínicas que definem a sobrevivência e o padrão de crescimento e desenvolvimento, nos diferentes subgrupos de risco, representando o desfecho de múltiplos determinantes, de condições de risco pré-concepcionais e da gestação, com repercussões em fases posteriores da vida da criança. Há evidências de que o efeito sobre os resultados neonatais parece ser mediado por condição materna, fetal, placentária e outras ainda não estabelecidas, que podem influenciar a idade gestacional e o peso ao nascer (GOLDENBERG *et al.*, 2012; BARROS *et al.*, 2015).

É considerado prematuro todo nascido vivo com idade gestacional inferior a 37 semanas. Este subgrupo de risco pode ser categorizado em: pré-termo tardio (34 a 36 semanas); pré-termo moderado ou moderadamente pré-termo (32 a 33 semanas); muito pré-termo (28 a 31 semanas); pré-termo extremo (< 28 semanas) (OMS, 2012; ACOG, 2017; SBP, 2017).

Além das condições clínicas, a prematuridade pode estar associada aos fatores sociais, econômicos, étnicos/raciais e comportamentais, também definidos como determinantes sociais da saúde¹. Assim, a gravidez entre adolescentes e mulheres com idade superior a 35 anos, menor escolaridade materna, gestação múltipla, assistência pré-natal inadequada, parto cesáreo antes do termo (OLIVEIRA *et al.*, 2016), hipertensão arterial, pré-eclâmpsia (MOURA *et al.*, 2011), diabetes e ruptura de membranas, esperadas para a maior idade materna (ALVES *et al.*, 2017), ocorrência de síndromes congênitas, doenças infecciosas na gestação e ainda as condições inadequadas de trabalho, de estilo de vida não saudável, incluindo estresse, tabagismo, etilismo e o aporte nutricional insuficiente são condições de risco para o parto prematuro (OMS, 2012).

¹São considerados fatores sociais, econômicos, culturais, étnicos/raciais, psicológicos e comportamentais que determinam o estilo de vida e grau de saúde de um indivíduo, tais como: trabalho, renda, moradia, transporte, lazer, estilo e hábitos de vida, alimentação, atividade física, uso de álcool e drogas, comportamento sexual e acesso à educação, aos serviços de saúde e assistência social (GEORGE, 2011; ROCHA; DAVID, 2015).

Portanto, a prematuridade advém de condições clínicas e obstétricas maternas e, também, socioeconômicas desfavoráveis. Dentre elas, podem ser citadas: história de parto prematuro anterior e de baixo peso ao nascer, mães com baixa escolaridade e renda, falta de acesso adequado aos serviços de saúde, assistência pré-natal e pós-natal inadequada na rede pública de saúde, disparidades da assistência à saúde em algumas áreas, cesárea antes do trabalho de parto ativo, feita na ausência de indicações maternas e fetais (PEREIRA, 2015; FIOCRUZ, 2016), além da violência doméstica e familiar durante a gestação (LEITE *et al.*, 2019).

Outrossim, as más condutas médicas, com indução do parto ou cesárea eletiva antes do termo sem indicação clínica, e/ou por cálculo incorreto da idade gestacional, podem estar associadas às altas taxas de nascimentos prematuros no Brasil. No período de 2011 a 2012, o Brasil apresentou 40,0% de partos prematuros a partir da intervenção médica com indução ou cesárea antes do trabalho de parto espontâneo, considerando que, 90,0% deste percentual, foram cesáreas (FIOCRUZ, 2016).

O Brasil apresenta número de cesáreas acima do preconizado pela OMS (10,0% a 15,0%), correspondendo a 56,0% do total dos partos, e quase 90,0% destes ocorrem em instituições privadas de saúde, entre mulheres com melhores cargos profissionais, maior idade, renda e escolaridade (FIOCRUZ, 2016). As mulheres mais escolarizadas estão postergando a maternidade, devido, em especial, a profissionalização e inserção no mercado de trabalho (GONÇALVES; MONTEIRO, 2012). Isso pode justificar, em parte, o aumento do número de partos cesáreas por complicações clínicas e fetais esperadas para mães acima de 35 anos (GRAVENA *et al.*, 2013).

Por outro lado, a adolescência pode resultar no nascimento prematuro devido à imaturidade fisiológica, emocional e aos comportamentos de risco, como o da não aceitação da gravidez e dos cuidados necessários à saúde, agravados pela falta de apoio familiar, abandono dos estudos e privações socioeconômicas (BRASIL, 2012; SANTOS *et al.*, 2014; BULHÕES *et al.*, 2017).

Em relação aos fatores étnicos/raciais, mulheres negras têm o risco 1,51 vezes maior de ter um parto prematuro do que as mulheres brancas e este achado pode subsidiar

tomadas de decisões e fornecer elementos que fundamentem os esforços para atingir a equidade em saúde (OLIVEIRA *et al.*, 2018).

Assim, os fatores relacionados à prematuridade devem ser prevenidos a partir do acesso adequado aos serviços de saúde e da assistência pré-natal qualificada, na perspectiva de identificar e tratá-los precocemente (ARAÚJO *et al.*, 2014; MELO; OLIVEIRA; MATHIAS, 2015; TOMASI *et al.*, 2017). E mais importante que o número de consultas de pré-natal é a qualidade e o seguimento das condutas preconizadas pelo Ministério da Saúde do Brasil (PEREIRA, 2015), em especial, pois as privações destes cuidados qualitativos podem resultar no nascimento prematuro, no baixo peso ao nascer ou, até mesmo, na morte (BRASIL, 2020a).

O Ministério da Saúde preconiza a realização de, no mínimo, seis consultas de pré-natal, sendo uma no primeiro trimestre, duas no segundo trimestre e três no terceiro trimestre da gestação, podendo ser intercaladas entre o médico e o enfermeiro na Unidade Básica de Saúde (UBS), exceto nos casos de gravidez de alto risco, que serão referenciados aos serviços de atenção à gestante de alto risco. Recomenda-se, também, o preenchimento correto e a entrega do cartão da gestante, a realização dos exames clínicos e laboratoriais, triagem infecciosa, aferição da pressão arterial e medição dos níveis glicêmicos, bem como orientações para hábitos saudáveis de vida (BRASIL, 2000, 2013a).

Dentre as repercussões sociais, econômicas e clínicas associadas à prematuridade estão os elevados índices de mortalidade neonatal e morbimortalidade na infância que perpetuam até a fase adulta (OMS, 2012), maior demanda dos serviços de saúde, maior tempo de internação hospitalar e gastos na assistência, considerando a complexidade do cuidado ao recém-nascido prematuro (MWAMAKAMBA; ZUCCHI, 2014). Além do menor peso e do APGAR ao nascer, imaturidade de órgãos e sistemas, desgaste familiar (SOUZA; DUIM; NAMPO, 2019) e maior chance de *Nears Miss* neonatal² (MAIA *et al.*, 2020).

² Termo utilizado na ocorrência de algum evento adverso, com complicações graves e ameaçadoras à vida, mas que não gerou a morte do recém-nascido. Também utilizado como indicador de saúde para medir a qualidade da atenção aos recém-nascidos (SANTOS, 2015).

Os problemas da prematuridade vão além do baixo peso ao nascer, em especial, pois o prematuro necessita de cuidados especializados em Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN), o que aumenta em três vezes o risco de morte e sequelas futuras na vida adulta (BRASIL, 2020a). Anualmente, o Brasil investe cerca de oito bilhões de reais na assistência a prematuros em UTIN, gerando sobrecarga financeira aos sistemas de saúde públicos e privados do país (BRASIL, 2019).

Somada a maior taxa de mortalidade, a prematuridade ocasiona incapacidades físicas e mentais à criança e desgaste financeiro, físico e emocional das famílias, condição que pode impactar no desenvolvimento psicossocial e emocional da criança (ZELKOWITZ, 2017; OPAS/OMS, 2018). Neste contexto, a equipe de UTIN deve apoiar, acolher e estimular essas famílias a participarem dos cuidados do recém-nascido prematuro (BRASIL, 2020a).

A prematuridade é a principal causa de morte neonatal e a segunda em menores de cinco anos de idade em todo o mundo (OMS, 2015a). No Brasil, em 2015, a prematuridade foi a principal causa de morte em menores de cinco anos, seguida por anomalias congênitas, asfixia e trauma no nascimento. Trazendo para o contexto local, no Espírito Santo (ES), as anomalias congênitas, prematuridade e a asfixia e trauma no nascimento foram as principais causas de morte nesta população, respectivamente (FRANÇA *et al.*, 2017).

Mister se faz salientar a redução da taxa de mortalidade para menores de cinco anos no Brasil, de 52,5/1.000 nascidos vivos em 1990, para 17,0/1.000 nascidos vivos em 2015, representando queda de 67,7%. No estado do ES, a redução da taxa de mortalidade neste grupo foi de 62,8%, passando de 39,8/1.000 nascidos vivos em 1990, para 14,8/1.000 nascidos vivos em 2015 (FRANÇA *et al.*, 2017).

Contudo, ainda é significativo o número de mortes de recém-nascidos no primeiro mês de vida em todo o mundo, principalmente nos países da África Subsaariana e da Ásia (OMS, 2017), que apresentam menor renda, poucos recursos e maiores índices de nascimentos prematuros (OMS, 2018a). No Brasil, em 2015, a mortalidade neonatal precoce foi o principal componente dos óbitos na infância, representando 41,0% dos

casos, associada, dentre outras, as causas evitáveis, relacionadas ao cuidado em saúde na gestação, parto e nascimento (FRANÇA *et al.*, 2017).

Em 2010 nasceram 15 milhões de crianças prematuras no mundo, em uma proporção de mais de um prematuro a cada dez nascidos vivos. Os países africanos lideram o *ranking* mundial, seguidos pelo Brasil, na décima posição entre os países com maior taxa de prematuridade (BLENCOWE *et al.*, 2012), apesar da redução das taxas de mortalidade verificadas nas últimas décadas (FRANÇA *et al.*, 2017).

Estimativa da OMS revela tendência crescente da prematuridade, passando de 9,8% em 2000 para 10,6% em 2014 (CHAWANPAIBOON *et al.*, 2019). Seguindo esta tendência global, a prematuridade no Brasil passou de 5,5% em 2000 para 11,2% em 2014 (OMS, 2018b). O País apresenta quase o dobro dos nascimentos prematuros que os países da Europa, com maior percentual de prematuros tardios, o equivalente a 74,0% dos prematuros (FIOCRUZ, 2016).

Segundo dados do Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (SINASC), dos 2.944.932 de nascidos vivos registrados no Brasil no ano de 2018, 323.676 foram prematuros, correspondendo a aproximadamente 11,0% do total de nascimentos. Enquanto no estado do ES, dos 56.721 registros, 5.517 foram prematuros, representando 9,7% dos nascimentos. Dos 5.517 prematuros do ES, 811 ocorreram na Região Sul de Saúde do estado, correspondendo a 14,7% dos partos prematuros (BRASIL, 2018a).

A partir de 2011 houve aumento da taxa de prematuridade medida pelo SINASC em todo o território nacional, o que pode estar associado aos ajustes na Declaração de Nascido Vivo (DN). Entre os ajustes, pode-se citar a informação da idade gestacional registrada como variável contínua e não mais por intervalo de semanas, como no formulário anterior. Este fator pode justificar a subestimação da prematuridade no Brasil até 2011. Contudo, ainda são identificadas DN com idade gestacional ignorada ou calculada incorretamente (BRASIL, 2013b).

O SINASC, criado em 1990, visa reunir informações epidemiológicas referentes aos nascimentos informados em todo território nacional a partir da DN. Assim, o SINASC

consegue sinalizar para o Ministério da Saúde quais são as prioridades de intervenção relacionadas à saúde da mulher e da criança e fornecer indicadores de saúde sobre pré-natal, assistência ao parto, vitalidade ao nascer, mortalidade infantil³ e materna (BRASIL, 2008). Permitindo, também, a avaliação em saúde para o planejamento, a gestão e a reformulação das políticas públicas voltadas à saúde materno-infantil no Brasil (REDE INTERAGENCIAL DE INFORMAÇÃO PARA A SAÚDE; OPAS, 2008).

Entre as políticas de saúde materno-infantil no Brasil, podem ser citadas: Departamento Nacional da Criança (DNCr) de 1940, comandado pelo Ministério da Saúde e da Educação, visando organizar a assistência materno-infantil, investindo nos programas de educação em saúde voltados para a nutrição, imunização e formação de profissionais. Em 1953, o Ministério da Saúde assume as ações de saúde antes desempenhadas pelo DNCr, em parceria com Ministério da Educação. Neste momento, eram altos os percentuais de mortalidade infantil, pois as crianças só eram assistidas em situações agudas de saúde (BRASIL, 2011a).

Em 1975 foi criado o Programa Nacional de Saúde Materno-Infantil, na perspectiva de reduzir a morbimortalidade da mulher e da criança. Em 1983 é criado o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher e da Criança (PAISMC), objetivando melhorar as condições de saúde da mulher e da criança, bem como a cobertura e a capacidade resolutiva da rede pública de serviços de saúde. E, em 1984, foram criados o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM) e o Programa de Assistência Integral à Saúde da Criança (PAISC), que funcionavam de forma integrada para, dentre outras ações, diminuir a morbimortalidade infantil e materna e alcançar melhores condições de saúde neste grupo (BRASIL, 2011a).

Já no ano 2000, o Ministério da Saúde propõe o Método Canguru, um modelo de atenção humanizada aos recém-nascidos prematuros e de baixo peso ao nascer e às suas famílias. No mesmo ano foi criado o Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento (PHPN), visando a melhoria do acesso, da cobertura e da qualidade do pré-natal, da assistência ao parto e puerpério às gestantes e aos recém-nascidos,

³Indicador social representado pelo “número de óbitos de menores de um ano de idade, por mil nascidos vivos, em determinado espaço geográfico, no ano considerado” (BRASIL, s/d).

ações estas garantidas, também, pela estratégia Rede Cegonha, a partir de 2011 (BRASIL, 2000, 2011a; GONZAGA *et al.*, 2016).

Em 2015 foi instituída a Política Nacional de Atenção à Saúde da Criança (PNAISC), pela Portaria nº 1.130, visando orientar e qualificar as ações dos serviços de saúde voltadas à gestação, ao parto e recém-nascido e acompanhamento integral do crescimento e desenvolvimento da criança de zero a nove anos, em especial, da primeira infância até os cinco anos e naqueles com condições crônicas, e em apoio às famílias (BRASIL, 2015a, 2018b).

Neste cenário, observa-se que a saúde da mulher e da criança têm sido uma preocupação mundial e uma necessidade de muitos países que buscam atingir os Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS) até 2030, com metas estabelecidas, que incluem, dentre outras, a redução de mortes materna e neonatal por causas evitáveis (BRASIL, 2020c). Para isso, é necessário o investimento em políticas públicas voltadas a assistência do binômio mãe-filho e identificação das causas associadas à prematuridade (OPAS/OMS, 2018).

Diante do exposto, propõe-se o seguinte problema de pesquisa: Em que medida os fatores maternos podem influenciar na ocorrência de partos prematuros na Região Sul de Saúde do Espírito Santo, ES, Brasil?

O problema de pesquisa apresentado emergiu da vivência profissional da pesquisadora responsável como enfermeira assistencial em uma UTIN na Região Sul do estado do ES. A partir da observação do número de nascimentos prematuros e da evolução clínica destes recém-nascidos, surgiu o interesse na investigação, a fim de se identificar os determinantes da prematuridade neste contexto local.

O estudo justifica-se, ainda, pelas repercussões psicossociais da prematuridade, em uma perspectiva mundial, nacional, estadual e local, com tendência crescente de número de mortes neonatais e morbimortalidade infantil. Parte destes recém-nascidos prematuros morrem antes de completar o primeiro mês de vida e, os que sobrevivem, podem apresentar limitações no crescimento e no desenvolvimento, gerando

desgaste nas famílias, maior demanda dos serviços de saúde e gastos com à assistência (OMS, 2012; MWAMAKAMBA; ZUCCHI, 2014; ZELKOWITZ, 2017).

A identificação dos fatores maternos que podem influenciar a ocorrência de partos prematuros poderá contribuir para o trabalho de gestores e profissionais de saúde, favorecendo o planejamento de ações na prevenção da prematuridade, bem como melhorar a assistência de saúde e a qualidade de vida dos que nascem prematuros, e, conseqüentemente, reduzir os índices de morbimortalidade infantil. Sendo de grande valia conhecer a realidade de cada região, permitindo a identificação da real situação e necessidade de saúde local, uma vez que, a prematuridade parece estar condicionada a diversas condições, inclusive a organização e a qualidade dos serviços de saúde (OLIVEIRA *et al.*, 2016). Assim, as informações em saúde permitirão melhorar as práticas e as políticas de saúde estabelecidas, e assim prevenir o nascimento prematuro (GUIMARÃES *et al.*, 2017, VANIN *et al.*, 2020). Além de subsidiar as ações e produzir novos conhecimentos para os profissionais que atuam na gestão ou na assistência à saúde de mulheres e de crianças nesta Região.

Esta dissertação é apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Políticas Públicas e Desenvolvimento Local (PPGPPDL) da Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória (EMESCAM) e está alinhada à área de concentração Políticas de Saúde, Processos Sociais e Desenvolvimento Local e a linha de pesquisa Políticas de Saúde, Integralidade e Processos Sociais, que:

[...] aglutina estudos sobre as políticas que direcionam o sistema público de saúde vigente (SUS) e a saúde suplementar. Analisa os aspectos da saúde na perspectiva ampliada e o processo saúde-doença em sua determinação social, econômica e cultural [...] (CARRARO; SILVA; COSTA, 2020, p. 234-235).

E foi estruturada em consonância com o disposto no documento aprovado pelo Colegiado do PPGPPDL da EMESCAM, contendo introdução, objetivos, metodologia, capítulo teórico e original, e elementos pós-textuais.

2 OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

Descrever os fatores maternos associados à prematuridade em nascidos vivos na Região Sul de Saúde do Espírito Santo, Brasil.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Analisar, em mães de recém-nascidos da Região Sul de Saúde do Espírito Santo:

- a) O perfil sociodemográfico e de saúde;
- b) A prevalência de prematuridade em recém-nascidos vivos.
- c) A associação entre os fatores maternos (sociodemográficos e de saúde) e a prematuridade em recém-nascidos vivos.

3 METODOLOGIA

3.1 TIPO E POPULAÇÃO DO ESTUDO

Trata-se de pesquisa observacional, analítica e transversal, com base na coleta de dados disponibilizados pela Secretaria de Estado da Saúde do Espírito Santo (SESA), ES, Brasil, obtidos a partir da Declaração de Nascido Vivo (DN) de todos os nascidos vivos na Região Sul de Saúde do ES, incluindo hospitais da rede pública e privada, no período de 2014 a 2018. Foram utilizados para o estudo os dados do último quadriênio disponibilizado pela SESA.

Foram incluídos no estudo os 43.053 nascidos vivos na Região Sul de Saúde do ES entre 2014 e 2018, com dados completos, obtidos a partir da DN e disponibilizados pela SESA. Os dados desconhecidos, ignorados ou omissos serão computados a fim da análise da completude do banco de dados em trabalhos futuros.

3.1.1 Estudo observacional

Trata-se de um estudo epidemiológico, que permite a observação dos eventos relacionados com a saúde e seus efeitos. Sendo possível, através da observação, a análise ou descrição dos fatos, porém, não permite a intervenção para modificar os resultados (UERJ, 2019).

3.1.2 Estudo analítico

Trata-se de um seguimento do estudo epidemiológico com abordagem quantitativa, que permite analisar e quantificar a relação entre dois eventos, ou seja, entre causa-efeito ou saúde-doença. O estudo ainda permitirá uma previsão com levantamento de hipóteses (FONTELLES *et al.*, 2009; OPAS, 2018; OMS, 2018; CENTRO LATINO-AMERICANO E DO CARIBE DE INFORMAÇÕES EM CIÊNCIAS DA SAÚDE, 2018; UERJ, 2019).

3.1.3 Estudo transversal

É um estudo que permite avaliar a associação entre a exposição a fatores de risco e os efeitos (doenças), de uma determinada população, em um único, curto e atual momento. Muito utilizado para estudos de prevalência. Considerado como um método simples, de baixo custo e eticamente seguro (RAIMUNDO; ECHEIMBERG; LEONE, 2018).

3.2 CARACTERIZAÇÃO DO LOCAL DO ESTUDO

O estado do Espírito Santo (ES) está localizado na região Sudeste do Brasil e faz fronteira com os estados do Rio de Janeiro, Minas Gerais e Bahia, com uma taxa de urbanização de 83% (ESPÍRITO SANTO, 2011) e área territorial de 46.074.447Km², com população estimada em 4.064.052 para 2020 (IBGE, 2017).

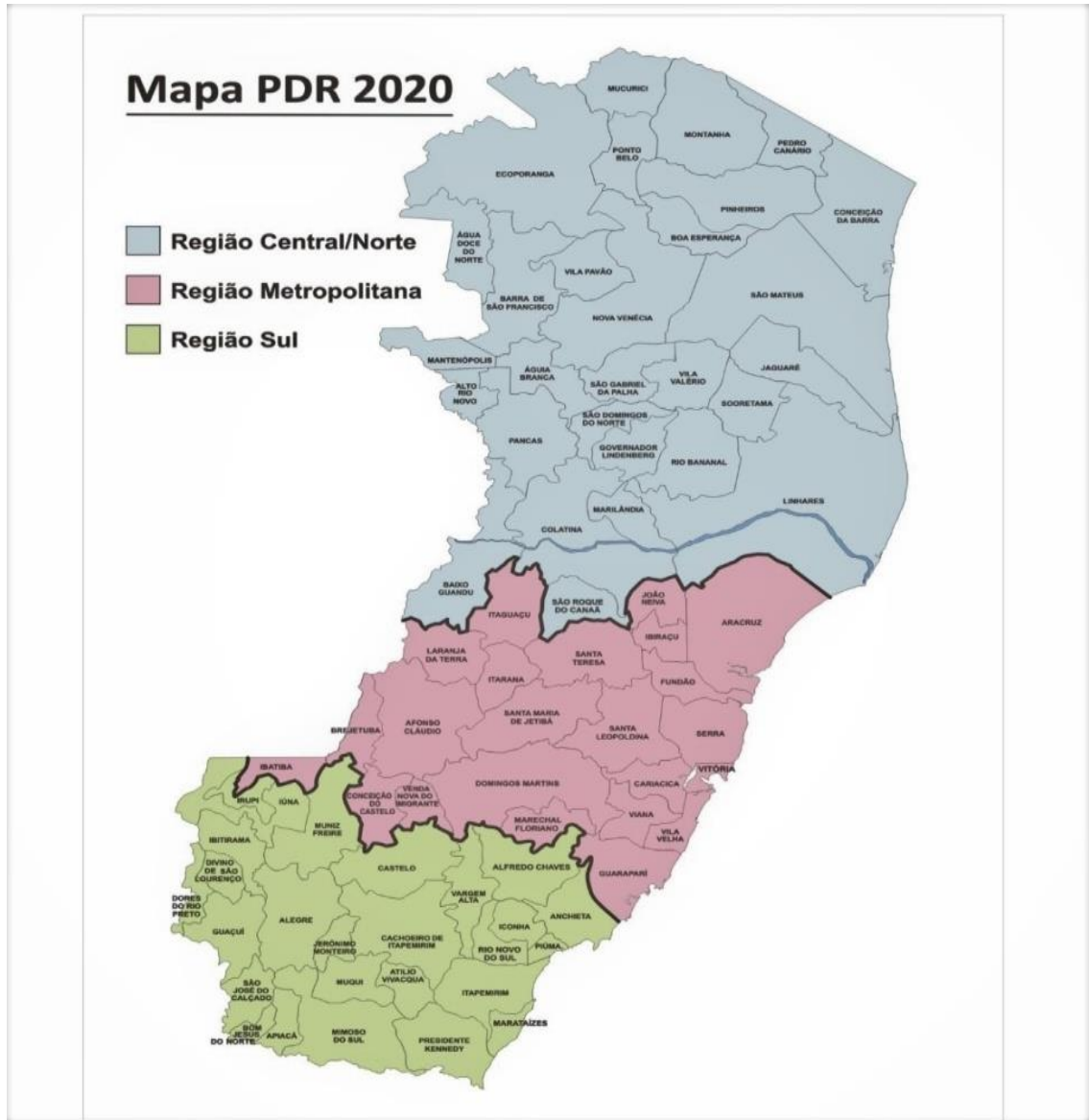
Em 2010 apresentou-se como o 7º estado brasileiro com o melhor índice de Desenvolvimento Humano (IDH = 0,740), ocupando a 11ª posição entre os estados com maior renda familiar mensal (R\$ 1.295) no Brasil (ESPÍRITO SANTO, 2019).

De acordo com dados do Instituto Jones Santos Neves (2017), percebe-se um panorama socioeconômico desfavorável no estado do ES. Das 356.325 mil famílias capixabas e inscritas no Cadastro único para Programas Sociais do Governo Federal (CadÚnico) no ano de 2017, cerca de 12,4% habitavam em locais sem coleta de lixo; 33,2% sem rede de esgoto tratada; 68,5% vivendo em situação de pobreza com renda familiar de até R\$ 257,90 e muitas ainda no mais extremo da pobreza, com uma renda menor que R\$ 128,95. A grande maioria das famílias cadastradas no CadÚnico, o equivalente a 85,9%, eram sustentadas por mulheres. Dos cadastrados, 72,2% eram negros e pouco escolarizados, onde, 59% dos com idade maior que 24 anos não conseguiu concluir o ensino médio. Muitos desempregados, correspondendo a 24,3% sem nenhum tipo de ocupação, e para os que trabalhavam, os trabalhos informais, sem registro na carteira de trabalho, com salário-mínimo mensal de até R\$ 596,33. “O estudo ocorreu na Região Sul de Saúde do ES, com densidade demográfica de 63 habitantes/km²” (ESPÍRITO SANTO, 2019, p. 16).

A economia da região Sul gira em torno de atividades industriais, da pecuária e agricultura, como o cultivo do café, cana-de-açúcar, leite, frutas e extração de óleo, mármore, granito e pedras ornamentais. E ainda dos setores automotivos, de produção e processamentos de ferro, alumínio e metais, da construção civil, confecções, alimentação, entre outros (ESPÍRITO SANTO, s/d).

De acordo com o Plano Diretor de Regionalização de Saúde de 2020, esta Região é composta por 26 municípios: Alegre, Alfredo Chaves, Anchieta, Apiacá, Atílio Vivacqua, Bom Jesus do Norte, Cachoeiro de Itapemirim, Castelo, Divino de São Lourenço, Dores do Rio Preto, Guaçuí, Ibitirama, Iconha, Irupi, Itapemirim, Iúna, Jerônimo Monteiro, Marataízes, Mimoso do Sul, Muniz Freire, Muqui, Piúma, Presidente Kennedy, Rio Novo do Sul, São José do Calçado, Vargem Alta (ESPÍRITO SANTO, 2020), conforme Figura 1.

Figura 1 – Regiões de Saúde do Estado do Espírito Santo, ES, Brasil



Fonte: Espírito Santo (2020).

Na região Sul de saúde apenas alguns municípios possuem maternidade. São eles: Cachoeiro de Itapemirim (Hospital Santa Casa de Misericórdia e Hospital Evangélico), Itapemirim (Hospital Evangélico) e Guaçuí (Hospital Santa Casa de Misericórdia) (ESPÍRITO SANTO, 2019). O município de Cachoeiro de Itapemirim é o Polo de Referência para o atendimento à gestante de alto risco de toda Região Sul de Saúde do ES desde o ano de 2004, disponibilizando de equipe multiprofissional, com médicos obstetras, pediatras, anestesistas, psicólogo, assistente social, fisioterapeuta, fonoaudiólogo, cirurgião pediátrico, cirurgião cardíaco, além de infraestrutura composta por centro cirúrgico, Unidade de Terapia Intensiva (adulto e

neonatal), Unidade de Alto Dependência de Cuidados, maternidade de alto risco e sala de parto (HOSPITAL EVANGÉLICO, 2021).

3.3 COLETA DOS DADOS

O banco de dados foi disponibilizado pela SESA, revisado e (re)organizado pela pesquisadora responsável e pela profissional de estatística da EMESCAM e apresenta informações sobre os recém-nascidos vivos; local de nascimento; a mãe; as gestações (anterior e atual); e o parto, exatamente como preenchido na DN (ANEXO A).

3.3.1 Variáveis qualitativas (categóricas)

São variáveis que expressam características, com dados de natureza não-numérica. Mesmo que os dados sejam codificados numericamente, os números aqui são apenas símbolos, sem valor quantitativo. São classificadas como:

- Variáveis qualitativas nominais: nesta variável diferencia-se uma categoria da outra somente por meio da denominação da categoria. Ex: coelho (feminino ou masculino), paciente psiquiátrico (psicótico ou neurótico). As variáveis nominais podem ainda ser divididas em binominais, binárias ou dicotômicas, quando composta por duas categorias (Rh+ e Rh-), e polinomiais ou poliatômicas, quando compostas por mais de duas categorias (tipo sanguíneo A, B, AB e O).
- Variáveis qualitativas ordinais: nesta variável é possível identificar diferentes categorias e graus de intensidade entre elas, permitindo uma ordenação das várias categorias. Ex: dor (nenhuma dor, dor até dor insuportável) (JACQUES, 2003, p.16).

3.3.2 Variável quantitativa

- São as variáveis que expressam quantidades, com dados de natureza numérica. São classificadas como:
- Variáveis quantitativas discretas: os dados são apresentados por números inteiros. Ex: número de nascidos vivos, número de abortos.
 - Variáveis quantitativas contínuas: os dados podem ser apresentados por qualquer valor dentro de um intervalo de variação possível. Ex: estatura igual a 1,56cm (JACQUES, 2003, p.16).

Neste trabalho, serão consideradas as variáveis qualitativas e quantitativas:

Quadro 1 – Variáveis Qualitativas

Variáveis Qualitativas – Nominais	Variáveis Qualitativas – Ordinais
Tipo de Gravidez	Escolaridade
Tipo de parto	Mês de gestação em que iniciou o pré-natal
Município de residência da mãe	
Município de ocorrência do Nascimento	
Situação conjugal	
Ocupação habitual	
Raça/cor da mãe	

Fonte: Brasil, Ministério da Saúde (2009).

Quadro 2 – Variáveis Quantitativas

Variáveis Quantitativas – discretas	Variáveis Quantitativas – contínuas
Número de consultas de pré-natal	Idade Materna
	Idade gestacional

Fonte: Brasil, Ministério da Saúde (2009).

As variáveis referentes à mãe estão explicitadas no Quadro 3 e correspondem ao município de residência, idade materna, situação conjugal, escolaridade, raça/cor e ocupação habitual.

Quadro 3 – Variáveis referentes à mãe

Município de residência	Considerando os 26 municípios da Região Sul de Saúde do ES
Idade Materna	Idade materna foi subdividida em 3 categorias: menor que 20 anos, 20 a 35 anos, maior que 35 anos.
Situação conjugal	Solteira, casada, viúva, separada judicialmente/divorciada, união estável, ignorada
Escolaridade	Nenhuma escolaridade, 1 a 3 anos, 4 a 7 anos, 8 a 11 anos, 12 ou mais, ignorada.
Raça/cor	Branca, preta, amarela, parda, indígena
Ocupação habitual	Do total das mães, o equivalente a 43.053 (100%) contidas no banco de dados, apenas 40.756 (94,70%) mães possuem os códigos referentes a ocupação habitual e sem o código identificadas como “sem informação” ou em “branco” 2.297 (5,30%). Foram identificados 542 diferentes tipos de ocupações a partir da decodificação dos códigos de acordo com a Classificação Brasileira de Ocupação

Fonte: elaborado pela autora em base em Espírito Santo (2020); Brasil (2009) e CBO (2002).

As ocupações foram organizadas após o agrupamento das categorias que apresentaram maior frequência (n) de mães, assim, foram selecionadas 28 ocupações, com um número superior a 100 mães. As demais ocupações, com menor número de mães, foram identificadas como “OUTRAS” conforme apresentado no Quadro 4:

Quadro 4 – Variável Ocupação habitual

Ocupações	Especificação da ocupação
Administradora	Administradoras, supervisora administrativa
Advogada	Advogadas, advogadas do direito civil, advogadas do direito público
Auxiliar Administrativo	Assistente administrativo, técnico de administração, auxiliar de judiciário, auxiliar de serviços de importação e exportação, auxiliar de escritório, auxiliar de pessoal
Costureira	Costureiras de reparação de roupas, costureiras na confecção de roupas, arrematadeira, alfaiate
Empregadas Doméstica	Empregada doméstica diarista, empregada doméstica faxineira, empregada doméstica nos serviços gerais, empregada doméstica arrumadora
Enfermeira	Enfermeiras, enfermeiras do trabalho, enfermeiras obstétricas
Gerente	Gerente comercial, gerente de vendas, gerente financeiro, gerente de lojas e supermercados, gerente de bancária
Professora	Professoras da educação infantil, do ensino fundamental I (1 a 4º série), do ensino fundamental II (5º e 8º série), de língua portuguesa, pedagoga, do ensino médio, de biologia, de contabilidade, de curso superior de enfermagem, entres outros
Recepcionista	Recepcionistas em geral, recepcionistas de consultório médico ou dentário, recepcionistas de seguro de saúde, recepcionistas de hotel
Secretaria	Secretaria, secretaria executiva
Trabalhadora agropecuária	Trabalhadora da agricultura, da pecuária, do cultivo do café, da cana-de-açúcar, da olericultura (legumes), de plantas ornamentais, de árvores frutíferas, de cacau.
Vendedora	Vendedora em comércio atacadista, varejista e em domiciliar
Cozinheira	Profissões que não apresentam variações em suas atividades
Dona de Casa	
Estudante	
Farmacêutica	
Fisioterapeuta	
Manicure	
Operador de Caixa	
Pedagoga	
Atendente de Farmácia	
Atendente de Lanchonete	
Babá	
Cabelereira	
Contadora	
Agente de Saúde Pública	
Representante Comercial	
Técnica de Enfermagem	
Outras	Todas as ocupações com frequência inferior a 100 mães

Fonte: Classificação Brasileira de Ocupação – CBO (2002).

As variáveis referentes à gestação estão apresentadas no Quadro 5 e são referentes ao número de consultas de pré-natal, mês em que iniciou o pré-natal, tipo de gravidez e idade gestacional.

Quadro 5 – Variáveis referentes à gestação

Número de consultas de pré-natal	Considerando um pré-natal adequado aquele com seis ou mais consultas de pré-natal, conforme preconizado pelo Ministério da Saúde
Mês de Gestação que iniciou pré-natal	A variável foi dividida nas seguintes categorias: 1 a 3 meses de gestação, 4 a 6 meses de gestação, 7 ou mais meses de gestação.
Tipo de gravidez	Gestação única, gestação dupla, gestação tripla ou mais, ignorada
Idade Gestacional	Considerando como prematuro todos os nascidos vivos com idade gestacional menor que 37 semanas e categorizando-os em: prematuro tardio (34 a 36 semanas), prematuro moderado (32 a 33 semanas), muito prematuro (28 a 31 semanas) e prematuro extremo (< 28 semanas).

Fonte: elaborado pela autora embasado em Brasil (2013a, 2009), OMS (2012) e SBP (2017).

A última variável é referente ao parto e apresenta duas subdivisões: quanto ao tipo de parto e o município de ocorrência do nascimento, como demonstrado no Quadro 6.

Quadro 6 – Variável referente ao parto

Tipo de parto	Vaginal, cesárea ou ignorada
Município de ocorrência do Nascimento	Considerando os 26 municípios da Região Sul de Saúde do ES

Fonte: elaborado pela autora embasado em Brasil (2009) e Espírito Santo (2020).

3.4 ANÁLISE DOS DADOS

Os dados foram organizados no *software* Microsoft Office Excel 2010 e analisados no programa *IBM SPSS Statistics (Statistical Package for the Social Sciences)* versão 27. Foi necessário decodificar os municípios, visto que foram lançados no sistema da SESA baseados nos códigos da Comissão Nacional de Classificação (CONCLA), criada em 1994 pelo IBGE para o monitoramento e padronização das classificações estatísticas nacionais. Quanto aos códigos de ocupações, estes foram decodificados de acordo com a Classificação Brasileira de Ocupações (CBO) na versão mais recente, de 2002, que descreve e ordena as ocupações baseando-se em características relacionadas à função, atividades, obrigações, conhecimentos, habilidades, atributos pessoais entre outras exigências para o exercício do cargo de ocupação (IBGE, 2021).

As variáveis qualitativas (categóricas) e quantitativas foram organizadas em frequência absoluta (n) e relativa (%). Foram analisadas as associações entre as

variáveis referentes à mãe (município de residência da mãe, idade materna, situação conjugal, escolaridade, raça/cor e ocupação habitual), à gestação (número de consultas de pré-natal, mês de gestação que iniciou o pré-natal, tipo de gravidez) e ao parto (tipo de parto e município de ocorrência do nascimento) com a idade gestacional. Foram desconsideradas para a análise da associação das variáveis as mães que não apresentavam a variável quantitativa idade gestacional. Porém, todo o quantitativo de dados identificados como “sem informação” e em “branco” foi analisado e apresentado como frequência absoluta (n) e relativa (%), devidamente representados nas tabelas, com o interesse de subsidiar informações para novos estudos sobre a completude de informações da DN.

Para a análise da associação entre as variáveis foi utilizado o teste qui-quadrado, considerando uma associação significativa quando valor-p for menor que 0,05, com análise de resíduo padronizado de $> 1,96$, indicando as categorias de maior contribuição para a associação.

3.5 ASPECTOS ÉTICOS

Este trabalho é parte do projeto de pesquisa integrado “DESFECHO FETAL: uma análise da via de parto e do número de consultas do pré-natal”, coordenado pela Prof^a. Dr^a. Janine Pereira da Silva, autorizado pela SESA (ANEXO B) e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da EMESCAM, sob parecer N^o 3.075.080 (ANEXO C), e segue o disposto na Resolução N^o 466/12 (BRASIL, 2013c).

O retorno social do conhecimento produzido e sistematizado neste estudo dar-se-á a partir de reuniões com gestores, profissionais da saúde e gestantes e suas famílias, a fim de orientar o (re)planejamento de intervenções para a efetivação das políticas públicas e melhoria dos serviços de saúde materno-infantil nesta Região.

4 CAPÍTULO I – UM PANORAMA SOBRE A PREMATURIDADE A NÍVEL MUNDIAL E NACIONAL

4.1 CONCEITO E PREVALÊNCIA DA PREMATURIDADE NO MUNDO E NO BRASIL

A prematuridade representa um dos mais complexos problemas de saúde pública no mundo, por suas etiologias múltiplas, desgaste financeiro para os setores de saúde e repercussões em termos de sobrevivência, adoecimento e morte dos que nascem prematuros (UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA, 2016). Neste sentido, embora a evolução da perinatologia venha permitindo que muitos destes recém-nascidos prematuros sobrevivam, é preciso evoluir ainda mais, com ações específicas para tratar as diversas causas envolvidas, e assim prevenir a prematuridade (KEELAN; NEWHAM, 2017).

É considerado prematuro ou pré-termo todo aquele nascido antes de completar as 37 semanas de gestação, e que deveria nascer entre 39 a 40 semanas gestacionais. Os recém-nascidos prematuros podem ser subcategorizados em pré-termo tardio (34 a 36 semanas), pré-termo moderado (32 a 33 semanas), muito pré-termo (28 a 31 semanas) e pré-termo extremo (<28 semanas) (OMS, 2012; ACOG, 2017; SBP, 2017).

O índice de nascimentos prematuros vem crescendo significativamente nos últimos anos. A estimativa mundial de prematuridade para 2010 foi de 11,1%, com 15 milhões de nascimentos prematuros, mais de um prematuro a cada dez nascidos vivos. Destes, cerca de 12,5 milhões (84,0%) foram de prematuros moderados a tardios, isto é, entre a 32^o (trigésima segunda) e 36^o (trigésima sexta) semanas de gestação (BLENCOWE *et al.*, 2012). Apresentando tendência crescente (OMS, 2018b).

Tanto nos países desenvolvidos quanto nos subdesenvolvidos notam-se taxas elevadas de prematuridade. Como exemplo, os Estados Unidos e Áustria possuem, respectivamente, porcentagens entre 12,0% e 10,9%. No entanto, a despeito destes números elevados, os países mais pobres ainda são os que apresentam índices mais elevados. É a situação da África Subsaariana, que lidera o ranking mundial da prematuridade, com 60,0% dos nascimentos prematuros no ano de 2010 em todo

mundo, juntamente com a Ásia, chegando a uma taxa mundial equivalente a 12,8% de prematuros nascidos vivos (BLENCOWE *et al.*, 2012).

Deste modo, são nos países menos desenvolvidos socioeconomicamente que se concentram as maiores taxas de prematuridade (BLENCOWE *et al.*, 2012). De acordo com a Organização Mundial da Saúde (2012), a média de prematuridade para países de baixa renda é de 11,8%, média baixa renda de 11,3%, média alta renda 9,4% e de 9,3% para os países de alta renda, revelando a associação entre prematuridade e as condições socioeconômicas de países e famílias. Vale ressaltar que, a alta prevalência de prematuridade em determinadas áreas é fruto de uma assistência inadequada à saúde (NASCIMENTO *et al.*, 2020).

O Brasil, com um IDH de 0,76, ocupa a 83ª (octogésima terceira) posição do ranking de países com melhores condições econômicas, de educação e de saúde (IBGE, 2019). Além disso, o Brasil compõe o grupo das dez nações com maiores percentuais de prematuridade (BLENCOWE *et al.*, 2012). No Brasil, nascem, aproximadamente, 340 milhões de bebês prematuros no ano, uma média de 931 bebês por dia (SOCIEDADE DE PEDIATRIA DE SÃO PAULO, 2017).

De acordo com a Pesquisa Nascer no Brasil, de 2011 a 2012 o país apresentou uma taxa de prematuridade de 11,5%, quase o dobro do percentual apresentado pelos países da Europa, predominando a prematuridade tardia, com 74,00% dos recém-nascidos vivos prematuros no Brasil (LEAL; GAMA, 2012; FIOCRUZ, 2016). As estimativas revelam o aumento da prematuridade no Brasil nas últimas décadas, passando de 5,5% em 2000 para 11,2% no ano de 2014 (OMS, 2018b; CHAWANPAIBOON *et al.*, 2019).

Os estados de Minas Gerais, Distrito Federal, São Paulo, Rio de Janeiro e Rio Grande do Sul apresentaram os maiores índices de prematuridade entre os anos de 2000 a 2011, fato associado a maior chance de sobreviver em regiões que oferecem melhor infraestrutura dos serviços e assistência de saúde. E ainda, podendo estar associado ao aumento de partos cesáreas e induções de parto antes do termo (MATIJASEVICH *et al.*, 2013).

Enquanto regionalmente, na região metropolitana do estado do Espírito Santo (ES), observou-se dados de prematuridade próximo ao percentual global, com uma taxa de 10,0% de nascimentos prematuros entre os anos de 2014 a 2018, associada a maior vulnerabilidade social de mães (RAMOS *et al.*, 2020).

De fato, houve um aumento da prematuridade em todo o território nacional após o ajuste do formulário da Declaração de Nascido Vivo (DN) em 2011. O aumento pode ser atribuído a uma maior medição da idade gestacional, quando então, esta passa a ser registrada como variável contínua e não mais por intervalo de semanas, como no formulário anterior. Assim, acredita-se que havia subestimação da prematuridade no Brasil até 2011. Contudo, ainda são identificadas declarações de nascidos vivos com idade gestacional ignorada ou calculada incorretamente (BRASIL, 2013b; MATIJASEVICH *et al.*, 2013).

É a declaração de nascido vivo que subsidia dados para o Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (SINASC), com informações de todos os nascimentos em hospitais públicos e privados do Brasil. O problema do SINASC está na incompletude e na falta de acurácia da idade gestacional encontrada nas regiões mais pobres e menos desenvolvidas do Brasil, podendo resultar na subestimação da prematuridade e falta de ações e políticas de saúde a estes grupos de risco (SZWARCOWALD *et al.*, 2019). Demais disso, as taxas de prematuridade ainda podem sofrer influência decorrente do método utilizado para a medição da idade gestacional.

Segundo a OMS, a ultrassonografia, no primeiro trimestre de gestação, seria o método mais seguro e confiável para a medição. Enquanto a Data da última Menstruação (DUM) e os dados clínicos do bebê, incluindo capurro e peso ao nascer, seriam métodos menos confiáveis. Mas são estes os métodos disponíveis para mães e nações de baixa renda (CHAWANPAIBOON *et al.*, 2019). A DUM é o método recomendado pela OMS, por ser de fácil aplicação e baixo custo (OMS, 1994).

No Brasil, a idade gestacional é preferencialmente calculada a partir da DUM, isto é, método de primeira escolha no país. Na falta de informação referente a DUM, a idade gestacional é calculada a partir de dados do exame físico (altura uterina e toque vaginal) ou ultrassonografia. Considerando que a ultrassonografia ainda é pouco utilizada no país, observa-se que, na DN, tal informação é apresentada como um

campo opcional em “outros métodos”. Quando indicada nos serviços públicos, apresenta limitações para o agendamento e quando agendada será realizada por diferentes profissionais de saúde e de forma não padronizada em relação ao tempo de gestação. Circunstâncias que dificultam a medição da idade gestacional e, conseqüentemente, dos dados de prematuridade no país (PEREIRA *et al.*, 2014).

4.2 FATORES MATERNOS ASSOCIADOS À PREMATURIDADE

Diversos são os fatores que direta ou indiretamente estão associados à prematuridade. Entre estes, os de origem genética, clínica, obstétrica, psicossocial (HACKBARTH *et al.*, 2015), socioeconômica, demográfica e ainda relacionados à assistência em saúde (PEREIRA, 2015).

A mutação genética com a presença de alterações na sequência de DNA dos genes envolvidos na produção do hormônio folículo-estimulante (rs12473815) e progesterona (rs1942836) parece de fato estar associada à prematuridade (HACKBARTH *et al.*, 2015). E, quanto maior o número de genes adversos da mãe, maior a probabilidade de filhos prematuros (OMS, 2012).

Além da predisposição genética, as condições maternas clínicas e obstétricas também estão descritas na ocorrência da prematuridade. De tal modo, que a existência de doenças cardiovasculares durante a gestação, como a hipertensão arterial sistêmica, aumenta em até 2,8 vezes o risco de prematuridade, placenta prévia e diabetes gestacional em até 5 vezes mais o risco. Enquanto ter tido filho anterior prematuro, resultado em 2,4 vezes mais chances de um próximo filho prematuro (PEREIRA, 2015).

Assim, filho prematuro e abortos em gestações passadas, gestação atual com ruptura prematura de membranas, placenta prévia, descolamento de placenta, atraso de crescimento uterino do feto, sangramento vaginal, poli ou oligodrâmnio, fetos múltiplos, anemias, infecções do trato geniturinário, diabetes, hipertensão arterial sistêmica e pré-eclâmpsia compõe os principais fatores maternos obstétricos e clínicos, respectivamente associados à prematuridade (PEREIRA, 2015; GONZAGA *et al.*, 2016; MONTERO *et al.*, 2019; OLIVEIRA *et al.*, 2019).

A hipertensão gestacional e suas complicações, como a pré-eclâmpsia, estão relacionadas a urgência do nascimento, prematuridade, retardo do crescimento uterino e mortes de mães e crianças na fase perinatal (MOURA *et al.*, 2011). Ainda se tratando das complicações clínicas na gestação, está o risco para desenvolver hipertensão arterial e diabetes tipo II nas condições a um maior nível de estresse. E que, em resposta ao estresse, ocorre o aumento da liberação de cortisol no organismo, causando um desequilíbrio e predisposição de tais doenças (PEREIRA *et al.*, 2018). E, na gestação, os níveis de cortisol estão ainda mais elevados (ABRÃO; LEAL; FALCAO, 2014).

Para indivíduos de raça/cor negra são esperados maiores níveis de pressão arterial por uma questão genética (MALTA; MOURA; BERNAL, 2015). E além do fator genético, os maus hábitos alimentares adotados pela população negra, com maior consumo de leite, carnes e o menor de frutas e legumes. Para estas, com maior risco de hipertensão, deve haver rigoroso controle dos valores pressóricos e acesso aos serviços de atenção especializada para gestação de alto risco (BRASIL, 2012).

Por sua vez, a infecção do trato urinário (ITU) é considerada como uma das doenças infecciosas mais comuns na gestação e principal causa de nascimento prematuro, ruptura prematura de membranas e sepse materna e neonatal (BRASIL, 2012). Tal fator de risco requer diagnóstico precoce através de uma simples triagem realizada através da coleta dos exames de urina, recomendados pelo Ministério da Saúde (MS) (VEIGA *et al.*, 2017).

Ainda entre as doenças infecciosas maternas que mais acometem os recém-nascidos, está a Sífilis, considerada esta como uma das Infecções Sexualmente Transmissíveis (ISTs) e causa de recém-nascidos prematuros e de baixo peso. A ocorrência da infecção e os seus efeitos sobre a saúde do recém-nascido estão relacionados às questões sociais, econômicas e de assistência à saúde. São as mulheres de raça/cor não branca, adolescentes, menos escolarizadas, com menor renda, acompanhamento de pré-natal inadequado, com tratamento inadequado ou insuficiente para Sífilis, com parceiro não incluso no tratamento as mais acometidas e

suscetíveis aos efeitos neonatais indesejáveis ao nascimento, como a prematuridade (PANDOVANI; OLIVEIRA; PELLOSO, 2018).

No Brasil, os elevados índices de sífilis congênita em recém-nascidos estão associados a má assistência pré-natal. Em Minas Gerais, no período de 2007-2013, das gestantes com sífilis, apenas 43% realizaram o mínimo de seis consultas e 50% iniciaram o pré-natal no primeiro trimestre. Destas, cerca de 62,4% receberam o diagnóstico da infecção somente no dia do parto ou da curetagem, 33% não receberam nenhum tipo de tratamento e para as demais houve o tratamento inadequado, e ainda, em 98% dos casos, não foi tratado o parceiro (LAFETÁ *et al.*, 2016).

Apesar do grave problema de saúde pública por sua alta incidência e impacto na saúde de mães e bebês, é possível prevenir a Sífilis através de ações educativas, diagnóstico e tratamento simples e de baixo custo, custeado pelo Sistema Único de Saúde e assegurado na rede de atenção primária à saúde (BRASIL, 2012). Contudo, continua sendo um dos principais problemas de saúde pública o alto índice da infecção no país por falta do diagnóstico precoce e acesso ao tratamento adequado (LAFETÁ *et al.*, 2016).

Sobre os maus hábitos de vida que podem influenciar diretamente na saúde de gestantes e antecipar o nascimento, destaca-se a falta de alimentação saudável e o ganho excessivo de peso, antes ou durante a gestação, com elevados índices de Massa Corporal, a falta da prática de atividade física, condições estas que podem elevar os valores de pressão arterial (TEIXEIRA *et al.*, 2018).

Além disso, a exposição ao álcool, a drogas ilícitas (maconha, crack, entre outras) e ao cigarro durante a gestação pode levar a ocorrência de parto prematuro (TEIXEIRA *et al.*, 2018). Na gestação, o hábito de fumar pode reduzir o fluxo sanguíneo placentário e a chegada de nutrientes e oxigênio até o feto, causando restrição de crescimento fetal (LEOPÉRCIO; GIGLIOTTI, 2004; MONTERO *et al.*, 2019). Portanto, assim como a hipertensão arterial, o uso do tabaco na gestação pode restringir o crescimento do feto (MOURA *et al.*, 2011). Por sua vez, a restrição do crescimento fetal pode resultar no nascimento prematuro (MONTERO *et al.*, 2019).

Especificamente sobre os efeitos deletérios do tabaco estão a ruptura prematura de membrana, o descolamento da placenta, a placenta prévia e o óbito fetal, fatores que igualmente são descritos como causa de nascimento de recém-nascidos vivos antes das 37 semanas de gestação. Assim, reduzir os índices de tabagismo poderá contribuir para menores taxas de prematuridade (MONTERO *et al.*, 2019). Lembrando que, o tabaco é a segunda droga mais utilizada no Brasil e a média de início é a partir dos 16 anos, tanto para meninos quanto para meninas (INCA, 2021).

A utilização abusiva de bebidas alcoólicas contribui para os elevados índices de prematuridade (HACKBARTH *et al.*, 2015), a medida em que pode desencadear transtornos psicóticos nas gestantes (NERY, 2014), potencializar o sentimento de rejeição do feto e, ainda, comprometer a capacidade materna de entender a importância dos cuidados com a saúde durante a gestação (OLIVEIRA *et al.*, 2019).

No que tange as condições socioeconômicas, mães sem nenhuma escolaridade possuem 3,8 vezes maior risco para prematuridade e, se pertencentes as classes sociais C, D e E, 2,3 vezes mais do que as classes A e B, se comparadas (PEREIRA, 2015). Assim, mulheres com maior vulnerabilidade socioeconômica, de classes sociais menos favorecidas, mais pobres, pouco escolarizadas, raça/cor preta, adolescentes (<20 anos) ou com idade avançada (igual ou >35 anos) possuem maior risco de parto prematuro (SADOVSKY *et al.*, 2018).

Nascimento *et al.* (2020) consideram como fatores para o aumento do índice de recém-nascidos vivos com considerável limitação para desenvolvimento, fatores como menor gravidez não planejada, ausência de apoio familiar, baixo rendimento econômico, pouca escolaridade aliada a menor procura pelos serviços de saúde e falta de planejamento familiar.

É ainda de especial relevo ter em consideração que as desvantagens sociais, econômicas e emocionais podem desencadear transtornos depressivos durante a gestação. Isto é, mulheres que passaram por intercorrências em gestações passadas ou atual, que vivem uma gravidez não planejada e indesejada, conflitos conjugais e familiares, falta de apoio destes, sendo que, mães solteiras e com dificuldades

financeiras terão maior risco para desenvolver a doença depressiva durante a gestação (ARRAIS; ARAUJO; SCHIAVO, 2018).

A depressão é considerada um fator de risco para a prematuridade (MACHADO; MARMITT; CESAR, 2016). Vale lembrar que, muitas destas condições estão presentes na vida de adolescentes pertencentes a classes sociais menos privilegiadas (DINIZ; KOLLER, 2012) e que por meio de um acompanhamento pré-natal adequado tais condições poderão ser tratadas ou amenizadas (OLIVEIRA *et al.*, 2019).

Considerando agora questões raciais, a mulher negra possui maior risco para a prematuridade (GONZAGA *et al.*, 2016). Isso porque chegam a ter até 1,51 vezes mais risco para o parto prematuro que as mulheres brancas (OLIVEIRA *et al.*, 2018). Há uma associação entre raça/cor e saúde, que vai além dos fatores biológicos. Do ponto de vista social, presente nas desigualdades sociais, nas desigualdades em saúde e na exposição a riscos de doenças e morte. Os negros⁴ estão em desvantagem socioeconômica em relação aos brancos, sendo estes menos oportunizados à educação, trabalho e a uma assistência à saúde de qualidade (FIGUEIRÓ; RIBEIRO, 2017).

No Brasil, os negros apresentam os piores índices educacionais. De acordo com dados do IBGE, em 2018, dos brasileiros maiores de 25 anos sem escolaridade, 9,1% foram de negros e 4,3% de brancos, com ensino fundamental incompleto (37,2% de negros e 28,4% de brancos), ensino médio incompleto (5,2% negros e 3,7% brancos) e com uma diferença ainda maior para o ensino superior completo (10,1% de negros e 24% de brancos) (IBGE, 2018).

O cenário segue idêntico com relação ao desemprego no país, com uma taxa de 14,1% de negros desempregados, em comparação com 9,5% de desempregados brancos. São dos negros os maiores percentuais de trabalhos informais, com 47,3% de negros em desfavor a 34,6% de brancos. As desvantagens persistem ao analisar-se os dados de ocupação de cargos gerenciais, com percentual bem abaixo do encontrado para raça/cor branca, com 68,6% de brancos e apenas 29,9% de negros ocupando cargos mais qualificados no Brasil (IBGE, 2018).

⁴ Negros: grupo de indivíduos que se autodeclararam pretas e pardas (BRASIL, 2010).

Tendo em vista as desigualdades pelas quais a população negra sofre, como maior exposição a trabalhos menos remunerados e com maior esforço físico, menor acesso à educação de qualidade, fatores que influenciam nos hábitos alimentares ruins, com menor consumo de frutas e legumes e maior quantidade de alimentos gordurosos, panorama cultural e reflexo das desigualdades econômicas do Brasil, que refletem no crescimento de partos prematuros, uma vez que, os maus hábitos alimentares e a predisposição genética justificam o maior risco para a hipertensão arterial (MALTA; MOURA; BERNAL, 2015). E a hipertensão na gestação é citada como uma das principais causas de parto prematuro (GONZAGA *et al.*, 2016).

E para este subgrupo de mulheres negras ainda é percebido uma maior exposição à violência doméstica, com maior risco de antecipação do parto. O estresse vivido por essas mulheres vítimas de violência pode resultar em elevação dos níveis de pressão arterial, ruptura de membrana, alteração de líquido, e ainda, acabar desestimulando a mulher a alimentar-se, repousar e procurar os serviços de saúde. A dependência financeira torna as mulheres submissas a seus parceiros e limitadas para o enfrentamento da violência (SENA *et al.*, 2012).

Deste modo, a violência contra mulheres deverá ser compreendida como um sério problema de saúde pública, resultante das desigualdades sociais e econômicas em todo o mundo, inclusive no país, a ser investigada, tratada e prevenida através da assistência pré-natal, por profissionais de saúde e de ações e políticas públicas (SENA *et al.*, 2012). Para identificar a existência de violência à mulher basta um pré-natal adequado (LEITE *et al.*, 2019). Contudo, em regiões mais pobres do Brasil, as mulheres negras tendem a receber assistência pré-natal de baixa qualidade nas redes públicas de saúde (DOMINGUES *et al.*, 2015). E ainda, são atribuídos, as mulheres negras, os maiores índices de pré-natais com menor número de consultas e início tardio, contrário ao que o Ministério da Saúde preconiza (BRASIL, 2017a).

No ano de 2009, o Ministério da Saúde implantou a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (PNSIPN), com o intuito de reduzir as disparidades em saúde ocasionadas pelo racismo e desigualdades socioeconômicas e culturais, a fim de garantir uma assistência integral e de qualidade aos negros. Mas, para a efetivação da política, é preciso o envolvimento dos gestores, comunidades e profissionais assistenciais dos setores públicos de saúde, com ações e o reconhecimento das

condições de risco de aspecto biológico, socioeconômico, cultural e emocional da população negra no Brasil (BRASIL, 2017a).

Por sua vez, a gravidez na adolescência está associada à prematuridade (MONTERO *et al.*, 2019) e a maior vulnerabilidade social e econômica. Nestas prevalece a condição conjugal solteira, a falta de apoio do parceiro pai do bebê, a dependência financeira de familiares, os comportamentos de risco, como o uso do álcool e a recusa dos cuidados com a gestação, o início tardio e o número insuficiente de consultas de pré-natal (SANTOS *et al.*, 2018). A gravidez na adolescência deve ser compreendida como resultado do início precoce da vida sexual, do não uso dos métodos contraceptivos, do uso de álcool e drogas e de conflitos familiares associados a maior vulnerabilidade social e econômica (DINIZ; KOLLER, 2012).

Bulhões *et al.* (2017) revelam uma elevada prevalência de nascimentos prematuros de mães adolescentes e solteiras em um município da Bahia em 2017. Do total de nascimentos prematuros, cerca de 37% foram de mães adolescentes e destas, 97% eram solteiras. Segundo Gravena *et al.* (2013), mães adolescentes possuem 1,2 vezes mais chances de terem conceitos prematuros.

As adolescentes menos escolarizadas são menos oportunizadas a empregos qualificados e de maior remuneração, devido à falta de profissionalização e o abandono dos estudos (SANTOS *et al.*, 2014). A gravidez na adolescência é um motivo para o afastamento e o abandono da escola, resultando na baixa escolaridade destas (GRAVENA *et al.*, 2013). Para estas, o profissional de saúde deverá orientar a continuidade dos estudos, a fim de alcançarem melhores condições de vida para si próprias e seus filhos, e ainda orientar para uma vida sexual saudável e segura (SANTOS *et al.*, 2014).

As privações socioeconômicas, a imaturidade ginecológica (PICANÇO *et al.*, 2015) e ainda psicológica de adolescentes, como a não aceitação da gestação e dos cuidados, constituem os riscos para o parto prematuro na adolescência. Neste caso, deverá ser garantido à adolescente o acompanhamento psicológico (BRASIL, 2012).

As adolescentes tendem a iniciar tardiamente o pré-natal, isto é, após as primeiras doze semanas de gestação, faltam mais as consultas e realizam menos que quatro

consultas de pré-natal durante toda gestação, número muito abaixo do preconizado pelo Ministério da Saúde (GRAVENA *et al.*, 2013). Enquanto o Ministério da Saúde recomenda o ideal de no mínimo seis (6) consultas durante toda a gestação e o início precoce das consultas, logo no 1º trimestre de gestação (BRASIL, 2013a).

Nesse sentido, é de extrema e fundamental importância o acolhimento, o apoio e o incentivo dos familiares e profissionais de saúde para uma gravidez saudável e uma experiência agradável da gestação e do parto, livre de julgamento, preconceitos e danos à saúde, tanto da mãe quanto do bebê (MATOS *et al.*, 2019).

Assim como a menor idade materna na adolescência, a maior idade também poderá resultar no nascimento de recém-nascidos prematuros, de baixo peso ao nascer e com menores índices de APGAR. Sendo assim, são considerados fatores de risco para a prematuridade mães adolescentes (10 a 19 anos) e com idade avançada (igual ou >35 anos). E para os extremos da idade materna é necessário que haja orientação sobre as possíveis complicações e maior atenção à saúde, de modo a evitar ou minimizar os resultados perinatais não desejados (GRAVENA *et al.*, 2013). A privação dos cuidados pode resultar no nascimento prematuro, no baixo peso ao nascer ou até mesmo na morte materna e neonatal (BRASIL, 2020a).

A gestação tardia requer cuidados, devido ao maior risco de complicações, como diabetes e hipertensão gestacional, menor perfusão da placenta por envelhecimento uterino, placenta prévia, ruptura prematura de membranas e gestação múltipla, ambas relacionadas ao envelhecimento na idade avançada (ALVES *et al.*, 2017). A mulher acima dos 35 anos tende a ser menos fértil e ao engravidar possui maiores chances de conceptos sindrômicos (SBRA, 2019).

Atualmente, as mulheres tendem a retardar a maternidade, buscando, primeiramente, sua formação profissional e inserção no mercado de trabalho (FIORIN; OLIVEIRA; DIAS, 2014). Na busca de engravidar, muitas destas mulheres acima de 40 anos estão recorrendo aos tratamentos de infertilidade. O Brasil é o país da América Latina que mais realiza tratamentos de Fertilização In Vitro (FIV), inseminação artificial e transferência de embriões (SBRA, 2019).

O fato é que a maior busca e acesso de mulheres aos tratamentos de infertilidade têm aumentado o número de gestações múltiplas (MONTELEONE, 2017) e, conseqüentemente, o parto prematuro (OLIVEIRA *et al.*, 2019). O Ministério da Saúde, ao reconhecer que a gestação múltipla consiste em fator de risco para o parto prematuro, recomenda a corticoterapia para o amadurecimento pulmonar entre a 24^o (vigésima quarta) e 34^o (trigésima quarta) semana gestacional e um maior número de consultas de pré-natal, visando reduzir os danos à saúde do bebê nas gestações múltiplas (BRASIL, 2012).

Em relação a via de parto, a cesárea é descrita como um dos fatores de risco para o nascimento antes das 37 semanas de gestação (GUIMARÃES *et al.*, 2017). As mulheres acima de 35 anos de idade realizam mais partos cesáreas por complicações clínicas maternas e fetais esperadas para a maior idade (GRAVENA *et al.*, 2013). Dentre algumas complicações está a hipertensão gestacional e a pré-eclâmpsia como causas de restrição de crescimento uterino e de morte de mães e bebês no período perinatal. À vista disso, a interrupção da gestação por cesárea ocorre quase sempre na intenção de preservar a vida da mãe e do feto (MOURA *et al.*, 2011). Neste caso, reduzindo a morbimortalidade de mães e bebês durante o período perinatal (BRASIL, 2015b).

Para as gestantes com potenciais problemas, deverá ser disponibilizada uma assistência de qualidade, com o propósito de diagnosticar e tratar precocemente os distúrbios existentes, a fim de manter a gestação até o final (BRASIL, 2012).

Durante o intervalo de 2011 a 2012, no Brasil, cerca de 59% dos partos prematuros ocorreram a partir do trabalho de parto espontâneo com ou sem ruptura das membranas. Já o restante, o equivalente a 41% dos nascimentos prematuros foi por intervenção médica com indução, ou cesárea, antes do início do trabalho de parto espontâneo. O estudo revela que a maioria dos nascimentos prematuros corresponde a prematuridade tardia (34 a 36 semanas), com parto cesáreo programado, e que o parto por indução ou cesárea, antes do termo sem motivos médicos ou por cálculo incorreto da idade gestacional, tem contribuído para o aumento das taxas de prematuridade no país (FIOCRUZ, 2016).

O Brasil apresenta os maiores índices de partos cesáreas em todo o mundo, com 56% do total dos partos, percentual este muito acima da taxa mundial, que é de 15%. A maior ocorrência é da rede privada de assistência à saúde, evidenciando possíveis disparidades de condutas obstétricas e falta de boas práticas médicas entre os setores públicos e privados de saúde no país (LEAL; GAMA, 2012; FIOCRUZ, 2014).

No ano de 2015, o Espírito Santo (ES) apresentou uma média de 63% de partos cesáreas, enquanto a região Sul do ES registrou percentual de 70% de cesáreas, bem acima da média nacional e estadual. O estado do ES está entre os quatro estados com maior número de partos cesáreas (ESPÍRITO SANTO, 2016).

Assim como em outros procedimentos cirúrgicos, no parto cesárea há sempre um maior risco para infecção, sequelas ou até mesmo morte. E este risco aumenta proporcionalmente de acordo com a infraestrutura e a capacidade dos profissionais para a cirurgia e a assistência nos casos de intercorrências durante e após o procedimento (OMS, 2015b).

E devido à grande ocorrência de partos cesárea, anteparto sem motivos médicos em hospitais particulares, vêm sendo cobrado o registro da indicação do parto cesárea se antes das 37 semanas de gestação no prontuário da gestante. Tal política visa diminuir os partos prematuros (LEONE, 2015).

Já os partos vaginais são mais frequentes no setor público de saúde. Contudo, são associados a dor e a violência obstétrica. Muitas brasileiras têm recorrido aos serviços particulares de saúde e programado o parto por cirurgia, meio encontrado por estas para fugir do sofrimento do parto vaginal, porém, muitos são desnecessários (LEAL; GAMA, 2014).

O receio de sentir a dor do parto vaginal, a falta de conhecimento dos métodos farmacológicos e não-farmacológicos para alívio da dor, o saber da experiência negativa sobre o parto vaginal de alguém conhecido, a preocupação com o sofrimento do bebê ao nascer e da cesárea de urgência acaba desmotivando para o parto vaginal. Vale ressaltar que, a vontade da mulher deverá ser respeitada, sendo dado a ela a autonomia para a escolha. Contudo, é de responsabilidade dos profissionais de saúde

orientar sobre a melhor via de parto, os riscos e complicações relacionados ao parto (BRASIL, 2015a).

Ter plano de saúde e acesso ao pré-natal na rede particular de saúde diminui a probabilidade de nascimentos prematuros. O pré-natal realizado em serviços mistos (público e privado) ou somente públicos aumentaria o risco em até 2,2 e 1,8 vezes, respectivamente. Quanto ao tipo de parto, mesmo sendo considerado o parto cesáreo um fator de risco para o nascimento prematuro, quando este é realizado em hospital privado, pode haver redução em até 60% das chances de prematuridade (PEREIRA, 2015).

No Brasil, a qualidade do pré-natal parece estar associada aos fatores sociais, demográficos e econômicos das mães. As gestantes com maior idade e renda, mais escolarizadas e residentes nas regiões desenvolvidas do país têm uma melhor assistência pré-natal. Entre o período de 2012 a 2013 observa-se que apenas 15% das gestantes receberam assistência adequada no país, no que se refere às condutas preconizadas pelo Ministério da Saúde, como o início precoce e números suficientes de consultas, exame físico, exames laboratoriais e de imagem, bem como orientações sobre a gestação (TOMASI *et al.*, 2017).

Enquanto as mais jovens, negras, que deram à luz a outros filhos, solteiras, sem renda, menos escolarizadas, pertencentes a classes sociais inferiores e residentes nas regiões pouco desenvolvidas, como no Norte e Nordeste do país, recebem uma assistência pré-natal inadequada. E, para o período de 2011 a 2012, somente 21,6% das mulheres brasileiras receberam assistência pré-natal adequada no Brasil (DOMINGUES *et al.*, 2015).

O pré-natal adequado permite a realização de no mínimo seis (6) consultas durante toda a gestação, acontecendo mensalmente até a 28ª semana de gestação, quinzenalmente da 28ª a 36ª semana e semanalmente entre a 36ª a 41ª semana, com o início precoce das consultas logo no 1º trimestre de gestação, a realização dos exames clínico-obstétricos, laboratoriais e de imagem, orientações para hábitos saudáveis de vida, preenchimento e entrega do cartão à gestante, são as condutas preconizadas pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2013a).

A Organização Mundial de Saúde (OMS) criou estratégias simples e de baixo custo, porém eficazes para evitar a prematuridade, tais como orientação para uma dieta saudável, o não uso do tabaco, do álcool e de drogas ilícitas, métodos contraceptivos e planejamento familiar. Além das ações para diagnóstico e tratamento de infecções, ultrassonografia para avaliar precisamente a idade gestacional e ainda identificar fetos múltiplos (OMS, 2018c).

O quantitativo insuficiente de consultas de pré-natal, o início tardio do pré-natal e a não realização dos exames são características de um pré-natal inadequado e que predispõe o nascimento prematuro (MELO; OLIVEIRA; MATHIAS, 2015). Assim, o menor número de consultas, o início tardio, a negligência na realização de exames (urina, sorologias, sangue e ultrassonografia) e das informações e orientações em saúde às gestantes, bem como as desvantagens socioeconômicas de mães aumentam os riscos de prematuridade (OLIVEIRA *et al.*, 2019). Vale ressaltar que, geralmente, as gestações mais curtas impossibilitam a realização do número adequado de consultas (PEREIRA, 2015).

Deste modo, cumprir o período gestacional com o mínimo de seis (6) consultas pode evitar o nascimento prematuro (MACHADO; MARMITT; CESAR, 2016). Porém, mais importante que o número de consultas na prevenção da prematuridade, é a qualidade destas, com o seguimento das condutas preconizadas pelo Ministério da Saúde. E ainda, para prevenir a prematuridade não basta garantir os cuidados de saúde, mas também melhorar as condições em que mulheres e suas famílias vivem e se reproduzem (GONZAGA *et al.*, 2016).

O Brasil alcançou 95% da cobertura de pré-natal, isto significa atingir quase todas as mulheres gestantes, independente da raça/cor ou classe social dentro do território nacional. Entretanto, no ano de 2012, apenas 75,8% das mulheres brasileiras iniciaram devidamente o pré-natal no primeiro trimestre e somente 73% realizaram o mínimo de seis consultas. Muitas ainda peregrinam entre um hospital e outro em busca de assistência ao parto e ao recém-nascido (VIELLAS *et al.*, 2014).

Portanto, o desafio gira em torno de garantir a qualidade da assistência pré-natal adequada, conforme preconizado pelo Ministério da Saúde. E ainda, evitar a peregrinação de mães entre um hospital e outro em busca de cuidados para a sua saúde e a do bebê (VIELLAS *et al.*, 2014). A busca por hospitais com suporte intensivo para o bebê evidencia a desorganização e as fragilidades da rede de assistência materno-infantil em determinadas áreas do país (LANSKY *et al.*, 2014).

Deste modo, compõe o grupo de mães de maior risco para prematuridade toda aquela com extremos da idade (GRAVENA *et al.*, 2013), negras, sem trabalho remunerado, com renda familiar mensal menor que um salário mínimo, menos que 8 anos de escolaridade, as que não realizam os cuidados de pré-natal e as submetidas ao parto cesáreo (GONZAGA *et al.*, 2016). E ainda, as vítimas de violência doméstica (SENA *et al.*, 2012), etilistas, tabagistas e usuárias de drogas ilícitas, que não praticam atividades físicas, vivem vida sedentária e se alimentam inadequadamente (TEIXEIRA *et al.*, 2018).

4.3 IMPACTOS DA PREMATURIDADE PARA A SAÚDE PÚBLICA, ESTADO, FAMÍLIA E CRIANÇA

Dentre as repercussões clínicas, sociais e econômicas da prematuridade estão os elevados índices de mortalidade neonatal e morbimortalidade de crianças, que perpetuam até a fase adulta (OMS, 2012), o *Nears Miss Neonatal* (MAIA *et al.*, 2020), maior demanda dos serviços de saúde, maior complexidade da assistência e tempo de internação hospitalar e, conseqüentemente, elevados gastos na assistência (MWAMAKAMBA; ZUCCHI, 2014). Assim, a prematuridade poderá impactar na vida da criança do nascimento até a fase adulta, da família, nos serviços de saúde e na sociedade de um modo geral (SOUZA; CECATTI, 2020).

Anualmente o Brasil investe cerca de 8 bilhões de reais na assistência a prematuros internados em Unidades de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN), gerando uma sobrecarga financeira aos sistemas de saúde públicos e privados. Os custos financeiros da prematuridade são elevados, em termos de cuidados intensivos, pela maior complexidade e maior período de internação (BRASIL, 2019). Os recém-nascidos prematuros chegam a apresentar duas vezes mais chances de internação na UTIN do que os não prematuros (QUARESMA *et al.*, 2018).

Muitos demandam cuidados intensivos e especializados por tempo prolongado, com necessidade de equipamentos, medicamentos e procedimentos específicos (ZELKOWITZ, 2017; OPAS/OMS, 2018). E, quanto menor o peso, maior o tempo de internação, complexidade dos cuidados e gastos. Para um bebê prematuro, com peso menor que 1.000kg, assistido em uma Unidade intensiva, estima-se um custo financeiro de R\$ 8.930.00 (MWAMAKAMBA; ZUCCHI, 2014).

Além disso, a ansiedade dos pais a respeito da saúde do bebê e a insegurança para os cuidados pós-alta hospitalar devem ser tratadas ou minimizadas através do acolhimento dos profissionais de saúde que assistem o bebê na UTIN, permitindo-os tocar e cuidar, bem como receber orientações sobre os cuidados e aleitamento materno (SOCIEDADE DE PEDIATRIA DE SÃO PAULO, 2017).

Dentre os prematuros que sobrevivem, muitos enfrentaram limitações para ouvir e comunicar-se (CALDAS *et al.*, 2014). O maior tempo de internação, a terapia medicamentosa, o suporte ventilatório invasivo, a maior ocorrência de icterícia neonatal e o baixo peso ao nascer estão associadas as condições crônicas, como o *deficit* auditivo e de linguagem nos prematuros (NASCIMENTO *et al.*, 2020).

Além disso, para estes são esperadas intercorrências pulmonares, cardíacas, neurológicas, hematológicas e infecciosas (LEMOS *et al.*, 2010; ARRUE, 2013). A internação na UTIN e o baixo peso ao nascer, esperado para os que nascem prematuros, aumentam a probabilidade de morte e sequelas irreversíveis (SOCIEDADE DE PEDIATRIA DE SÃO PAULO, 2017).

Os prematuros estão entre os recém-nascidos que mais morrem e apresentam incapacidades físicas e mentais por toda a vida (OPAS/OMS, 2018). Segundo Mendes (2011), toda condição crônica de saúde tende a diminuir a qualidade de vida do indivíduo, aumentar as chances de morte e os gastos financeiros das famílias, sociedade e Estado.

Os prematuros tendem a apresentar alterações comportamentais já nos primeiros anos de vida, como *deficit* de atenção, hiperatividade e transtorno autista

(ZELKOWITZ, 2017). Tal condição pode ser atribuída ao tempo prolongado de internação e a maior exposição ao estresse do ambiente, considerando o barulho e os estímulos dolorosos. Em média, o tempo de permanência na UTIN para um recém-nascido prematuro é de um mês, sendo submetidos a aproximadamente 96 procedimentos invasivos e dolorosos durante a internação (KLEIN *et al.*, 2015).

Atualmente, com os avanços tecnológicos e científicos na perinatologia, muitos dos que nascem prematuros conseguem sobreviver. Contudo, muitos dos que sobrevivem adoecem, principalmente os prematuros extremos, considerados principais componentes de morbidade infantil no Brasil (MIRANDA; CUNHA; GOMES, 2010). Os recém-nascidos com idade gestacional abaixo de 28 semanas chegam a apresentar até seis vezes mais risco de adoecer e morrer (SLEUTJES *et al.*, 2018). Neste caso, o grande desafio seria o de manter a sobrevivência com o mínimo de sequelas possíveis, a ponto de ser questionada a viabilidade de recém-nascidos extremamente prematuros (BEZERRA *et al.*, 2014).

A prematuridade gera sempre um desgaste emocional e econômico das famílias, condições estas que dificultam o desenvolvimento e a adaptação social da criança prematura. Portanto, é necessário que a criança seja acompanhada após alta, e a família receba o apoio necessário, a fim de garantir o cuidado em um ambiente favorável para o desenvolvimento destes (ZELKOWITZ, 2017).

No que diz respeito ao risco de morte, o *Nears Miss neonatal* indica fatores como menor idade gestacional, peso ao nascer e índice de APGAR (MAIA *et al.*, 2020), como também ocorrência de eventos adversos indesejáveis, associados aos cuidados em saúde, tais como erro de administração de medicação, lesões de pele, perda de dispositivos invasivos e infecções adquiridas durante a internação, que podem causar o óbito da criança. A capacitação dos profissionais de saúde para uma assistência segura e humanizada pode prevenir tais eventos indesejáveis (LANZILLOTTI, 2015). A mortalidade infantil é o indicador de saúde que representa o número de mortes de menores de um ano, e que melhor retrata a efetividade das políticas e ações voltadas à saúde da criança. Sendo subdividida em mortalidade neonatal (0 a 27 dias de vida) e pós-neonatal (28 a 364 dias de vida). A mortalidade neonatal ocorre em dois períodos: neonatal precoce (0 a 6 dias de vida) e neonatal tardio (7 a 27 dias de vida). Já a

mortalidade na infância inclui todas as crianças menores de cinco anos de vida (REDE INTERAGENCIAL DE INFORMAÇÃO PARA A SAÚDE, 2008; BITTENCOURT; DIAS; WAKIMOTO, 2014).

A prematuridade é a principal componente de morte neonatal e a segunda causa de morte em menores de cinco (5) anos em todo o mundo (OMS, 2012). No Brasil, é a primeira causa de morte de menores de cinco anos (FRANÇA *et al.*, 2017) e de morte neonatal (SLEUTJES *et al.*, 2018), correspondendo a uma (1) em cada três (3) mortes neonatais no ano de 2011-2012 no país (LANSKY *et al.*, 2014). Enquanto no estado do Espírito Santo (ES) é a segunda causa de mortes de menores de cinco anos de vida após as anomalias congênitas (FRANÇA *et al.*, 2017).

As mortes infantis concentram-se no período neonatal, ou seja, ainda no primeiro mês de vida, associada as complicações da prematuridade e a falta de cuidados neonatais (BLENCOWE *et al.*, 2012; UNICEF, 2019). O desenvolvimento fetal incompleto, o baixo peso ao nascer e o menor índice de APGAR presentes no nascimento prematuro podem ser considerados como preditivos de mortalidade neonatal (PEREIRA, 2015; SOUZA; DUIM; NAMP, 2019).

As elevadas taxas de mortalidade infantil estão associadas a má qualidade dos cuidados recebidos no pré-natal, parto e período neonatal (OMS, 2020). E ainda, dispor de materiais, equipamentos, médicos e enfermeiros capazes de realizar reanimação neonatal e cuidados intensivos de qualidade, poderá garantir a sobrevivência de recém-nascidos prematuros (BLENCOWE *et al.*, 2012).

A OMS orienta sobre a importância de capacitar enfermeiros para a assistência ao recém-nascido na sala de parto e UTIN, principalmente em locais de baixa e média renda, onde enfermeiros acabam sendo os principais protagonistas do nascimento. Ter enfermeiras treinadas para tais cuidados poderia ser uma alternativa eficaz e de baixo custo para os países de baixa renda, porém, nestes países, ainda faltam profissionais enfermeiros capacitados para atender estes pequenos (BLENCOWE *et al.*, 2012).

Já em relação a mortalidade de crianças menores de cinco anos, estão as condições socioeconômicas, ambientais, nutricionais e de controle das infecções como principais causas de morte. As estratégias e ações para controle da desnutrição, diarreia e maior cobertura de vacinas, desenvolvidas nos últimos anos, possibilitou uma queda significativa da mortalidade de crianças menores de cinco anos em muitos países (OMS, 2020).

Percebe-se uma queda significativa do número de mortes de crianças menores de cinco anos de vida em todo o mundo, de 12,5 milhões de mortes (1990) para 5,2 milhões (2019), em uma proporção de 93/1.000 Nascidos Vivos (NV) (1990) para 38/1.000 (2019) de mortes. Sobretudo, houve um aumento global da mortalidade neonatal entre os anos 1990 e 2019, de 40% para 47% , respectivamente. Em 2019, das 5,2 milhões de mortes de crianças em todo o mundo, cerca de 2,4 milhões (47%) ocorreram no primeiro mês de vida, 1,5 milhões (28%) no primeiro ano de vida e 1,3 milhões (25%) entre o primeiro e o quarto ano de vida. Vale ressaltar que, muitos morrem por complicações advindas da prematuridade (OMS, 2020).

É expressivo o número de mortes no primeiro mês de vida no mundo inteiro, sendo maior nos países menos desenvolvidos e de baixa renda, como na África Subsaariana e na Ásia (OMS, 2017). A África Subsaariana é a campeã do ranking de mortes, com 76 mortes a cada 1000 NV (OMS, 2020). E são esses os países com maiores índices de prematuridade no mundo (OMS, 2018a).

Cerca de 90% dos que nascem prematuros extremos (<28 semanas) nos países de baixa renda morrem precocemente nas primeiras 24 horas de vida, enquanto em países de maior renda, menos que 10% destes morreriam. Muitos dos prematuros que conseguem sobreviver nos países de maior nível econômico não sobreviveriam nos países pobres por falta de cuidados simples, de baixo custo em países de baixa renda, como a antibioticoterapia para as infecções, a corticoterapia para o amadurecimento pulmonar, o contato pele a pele para evitar hipotermia e o auxílio para aleitamento materno (OMS, 2018a).

Nos últimos anos, o Brasil vem apresentando uma queda significativa da mortalidade infantil, com uma redução de 91,9% das mortes, de 146,6/1000 NV em 1940 para

11,9/1000 NV no ano de 2019. Graças a melhores condições de vida da população e de ações por meio de políticas públicas sociais e de saúde. Percebe-se redução ainda maior para os menores de cinco anos de vida, de 212,1/1000 NV em 1940 para 52/1.000 NV em 1990, 17/1.000 NV em 2015 e de 14/1000 NV no ano de 2019. A maior queda ocorreu para as crianças de 1 a 4 anos, reduzindo em 97,3% as mortes (AGÊNCIA BRASIL, 2020; UNICEF, 2020). Contudo, observa-se uma menor taxa de natalidade no país, de 20,86% (2000) para 14,2% (2015) (IBGE, 2017, 2020).

No Brasil, no ano de 2015, cerca de 90% dos que morreram antes de completar cinco anos de vida eram menores de um ano de vida, 41% ainda na fase neonatal e por causas associadas à prematuridade. Muitos dos que nascem prematuros morrem precocemente antes de completar o sexto dia de vida, mortes estas que podem ser evitadas quando gestantes e recém-nascidos são devidamente assistidos (FRANÇA *et al.*, 2017). A maior ocorrência de mortes neonatais está associada a qualidade dos cuidados no pré-natal, parto e nascimento, período neonatal, as privações socioeconômicas de mães (NASCIMENTO *et al.*, 2012; LEAL, *et al.*, 2017) e as complicações advindas da prematuridade (LIU *et al.*, 2016).

Em 2015, a taxa de mortalidade infantil no Espírito Santo (ES) foi de 11,17%, sendo que destas, 5,69% foram de mortes neonatais precoces (0-6 dias de vida). Enquanto, na região Sul do ES, a taxa de mortalidade infantil girou em torno de 11,60%, com 5,52% das mortes nos primeiros seis dias de vida. As mortes estão associadas a baixa cobertura e a má qualidade do pré-natal, o início tardio do pré-natal, a falta de maternidades em algumas áreas e aos elevados índices de partos cesáreas no estado (ESPÍRITO SANTO, 2016).

Para a próxima década (2020-2030) são esperadas cerca de 48 milhões de mortes entre menores de cinco anos em todo o mundo, metade destas serão de recém-nascidos por causas evitáveis, caso os países não evoluam com cuidados perinatais básicos e de alta complexidade (UNICEF, 2020; OMS, 2020).

Muitos países almejam reduzir a mortalidade entre menores de cinco anos, a fim de alcançar os Objetivos de Desenvolvimento Sustentável até 2030. E assim, até o ano de 2019, cerca de 122 países já haviam atingido a meta de reduzir a mortalidade de menores de cinco anos, inclusive o Brasil. Porém, nem todos conseguiram atingir a

meta esperada, principalmente os de baixa renda, como os países da África Subsaariana (OPAS/OMS, 2018; IPEA, 2019; OMS, 2020).

Portanto, o desafio para muitos países será eliminar as mortes evitáveis de recém-nascidos, reduzir a mortalidade neonatal para ao menos 12/1.000 Nascidos Vivos (NV) e de menores de cinco anos para 25/1.000 NV até o ano de 2030 (OPAS/OMS, 2018).

Para o Brasil são esperados números ainda menores, uma vez que já foi atingida a meta mundial estabelecida pela ONU. Sendo assim, o Ministério da Saúde ampliou a meta de 5/1.000 NV de mortes neonatais e de 8/1.000 NV para crianças menores de cinco anos de vida até 2030 (IPEA, 2019; AGÊNCIA BRASIL, 2020).

Para isso, é necessário garantir a assistência pré-natal adequada e gratuita pelo Sistema Único de Saúde (SUS), identificar precocemente e controlar os fatores de risco para o nascimento prematuro, incentivar hábitos de vida saudável às mulheres (TEIXEIRA *et al.*, 2018), bem como ofertar o aconselhamento sexual e reprodutivo, a fim de evitar a gestação na adolescência, prevenir o nascimento prematuro, melhorar a assistência de prematuros na UTIN, investir na formação e qualificação de profissionais para a assistência e em programas e ações de saúde que visem a melhoria da atenção à saúde da criança no país (PIZZO *et al.*, 2014; IPEA, 2019).

Para que de fato isso seja possível, é preciso que gestores e demais profissionais que lidam diretamente com a assistência de mulheres e crianças planejem e reorganizem suas ações, dando ênfase a assistência pré-natal e ao parto (GUIMARÃES *et al.*, 2017). Vale ressaltar que, parte dos nascimentos prematuros poderão ser evitados por meio de uma assistência pré-natal adequada (MELO; OLIVEIRA; MATHIAS, 2015) e de políticas públicas capazes de reduzir as desigualdades sociodemográficas, econômicas, educacionais, étnico-raciais e de acesso aos serviços de saúde no país (SADOVSKY *et al.*, 2018).

4.4 POLÍTICAS PÚBLICAS NACIONAIS DE SAÚDE MATERNO-INFANTIL

4.4.1 Breve histórico das políticas e programas de saúde materno-infantil

Ao longo dos anos, as crianças vêm conquistando maior atenção no campo das políticas públicas no Brasil. Trata-se de um processo em construção, na busca pela integralidade da atenção e participação da família nos cuidados. Embora já existente, a política de saúde da criança não é cumprida em sua totalidade, apresentando limitações nos campos do cuidado, da organização dos serviços e implementação das ações em saúde voltadas à criança (ARAUJO *et al.*, 2014).

Em uma ordem cronológica, observa-se que desde a industrialização, com a inserção da mulher no mercado de trabalho, é que a criança passa a receber maior atenção de instituições privadas e autoridades públicas no Brasil. Neste momento, o foco era o de mantê-las saudáveis para que suas mães pudessem produzir no trabalho (ARAUJO *et al.*, 2014).

No ano de 1940, com a criação do Departamento Nacional da Criança (DNCr), comandado pelo Ministério da Saúde e da Educação, houve maior significância para a saúde materno-infantil no país, com cuidados voltados tanto para as mães quanto para os bebês, com ênfase na gestação e no aleitamento materno (NETO *et al.*, 2008), na epidemiologia e em programas de nutrição, imunização e educação em saúde, com capacitação dos profissionais de saúde, além de suporte técnico e financeiro aos estados e municípios. Até então, as crianças eram acolhidas e assistidas em casas de caridade (BRASIL, 2011a).

A partir de 1970, a saúde materno-infantil está entre as principais prioridades do governo, e então, são criados os programas de saúde materno-infantil e o Programa de Prevenção à Gravidez de Alto Risco (NETO *et al.*, 2008). O Programa Nacional de Saúde materno-infantil tinha como objetivo captar mais recursos financeiros para melhorar a infraestrutura dos serviços de saúde e a qualidade da assistência prestada as mulheres durante a gestação, parto, puerpério e à criança nos primeiros cinco anos de vida. Além de aumentar os índices de aleitamento materno, prevenir a desnutrição, promover atividades educativas, com orientação em saúde, e capacitar profissionais para a assistência de mães e crianças. Em 1976, o Programa Nacional de Saúde

materno-infantil é renomeado para Divisão Nacional de Saúde Materno-Infantil (DINSAMI) (BRASIL, 2011a).

A DINSAMI implantou, no ano de 1983, o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher e da Criança (PAISMC), dando origem, no ano seguinte, ao Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM) e ao Programa de Assistência Integral à criança (PAISC). O PAISC direcionava suas ações para o incentivo ao aleitamento materno, alimentação complementar, controle de doenças respiratórias agudas e diarreicas, imunização e o acompanhamento do crescimento e desenvolvimento de criança, a fim de reduzir os elevados índices de mortalidade infantil (BRASIL, 2011a).

A partir do Estatuto da Criança e do Adolescente, instituído pela Lei 8.069 no ano de 1990, é garantido a crianças e adolescentes a proteção integral à vida e à saúde. Sendo a família, a sociedade e o Estado os responsáveis por garantir tais direitos. A criança deverá ser prioridade absoluta das políticas públicas, com ações que permitam o seu crescimento e desenvolvimento saudável (BRASIL, 1990).

Outro marco importante para a história da saúde no Brasil, ainda na década de 90, foi a implantação do Sistema Único de Saúde (SUS), que apoiado pela Constituição Federal do Brasil de 1988, vem garantir o direito da universalidade, gratuidade e integralidade da atenção à saúde em todo o território nacional. E assim, com a chegada do SUS, o progresso econômico e a redução da pobreza no Brasil, foi possível alcançar melhores indicadores de saúde nos últimos anos. Porém, o desafio ainda consiste em superar a fragmentação do sistema de saúde, organizar a atenção primária de saúde e interligar os diferentes níveis de atenção à saúde (MENDES, 2011).

Um importante avanço alcançado nos anos 2000 foi a regulamentação, pela Portaria nº 693, de 5 de julho do referido ano, da atenção humanizada do recém-nascido de baixo peso – Método Canguru, um modelo de atenção humanizada, de baixo custo e benéfico para o desenvolvimento psicoafetivo de bebês prematuros. Um método que promove o cuidado ao bebê, participação familiar, aumento do aleitamento materno e fortalecimento do vínculo mãe-filho através do contato pele a pele ou posicionamento “canguru” (BRASIL, 2017b). Contudo, mesmo diante da existência desta política

humanizadora, muitos serviços de saúde insistem em oferecer cuidados fragmentados, mais voltados aos procedimentos técnicos e menos humanizados, ao contrário do modelo de atenção instituída pelo Ministério da Saúde ao prematuro, o de assistir de forma humanizada e integral o bebê e sua família (KLOSSOSWSK *et al.*, 2016).

Considerando que o referido programa não se revelou suficiente e tendo em vista a ainda prevalente necessidade de alcançar melhores condições de acesso, cobertura e qualidade do pré-natal, da assistência ao parto, puerpério e ao neonato e a redução da morbimortalidade de mães e recém-nascidos, foi criado, pelo Ministério da Saúde, o Programa de Humanização no Pré-natal e nascimento (PHPN) (BRASIL, 2000). Tais ações também são contempladas pela estratégia Rede Cegonha desde o ano de 2011 (BRASIL, 2011b). Ainda neste ano, a Política Nacional de Atenção Primária à Saúde (APS), com os Programas de Estratégia Saúde da Familiar (ESF) e de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), trouxe muitos ganhos para a saúde materno-infantil (BRASIL, 2011c).

A Política Nacional de Atenção à Saúde da Criança (PNAISC), instituída pela Portaria Nº 1.130 no ano de 2015, com maior ênfase na saúde da criança, vem orientar e qualificar as ações dos serviços de saúde no âmbito do SUS, voltadas à gestação, ao parto e ao recém-nascido, acompanhamento integral do crescimento e desenvolvimento da criança de 0 a 9 anos, em especial, na primeira infância até os 5 anos, priorizando os grupos de maior vulnerabilidade, os com condições crônicas, e deficiência. O primeiro eixo estratégico da PNAISC enfatiza o direito da assistência humanizada e qualificada, com maior acesso, cobertura, qualidade e humanização obstétrica e neonatal, integrando as ações de pré-natal e acompanhamento da criança na atenção básica com aquelas ações desenvolvidas nas maternidades, conformando-se uma rede articulada de atenção (BRASIL, 2015b, 2018b).

4.4.2 Redes de Atenção à Saúde

As Redes de Atenção à Saúde (RAS), criadas pelo Ministério da Saúde e regulamentadas a partir das Diretrizes estabelecidas na Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010, visa organizar a gestão e os serviços de assistência à saúde, e

assim alcançar a integralidade dos cuidados com a saúde no Sistema Único de Saúde (SUS) em todo território nacional (BRASIL, s/d). As RAS vêm de encontro com o art. 198 da Constituição Federal do Brasil de 1988, sob gerência das três esferas de governo (União, estados e municípios), dispondo de ações direcionadas, gratuitas e integrais em todos os municípios, regiões de saúde e estados do país, com foco na promoção e prevenção da saúde (BRASIL, 1988, s/p.).

As RAS estão vinculadas diretamente a atenção primária à saúde (APS) e sua organização ocorre a partir do cadastro de famílias, das informações a partir dos sistemas de informação em saúde e das ações articuladas entre os diferentes níveis de atenção à saúde. Vale ressaltar que, a rede permite a comunicação e o acesso aos demais níveis de complexidade da atenção à saúde, isto é, da atenção primária, secundária até a terciária, com ações de promoção, prevenção, reabilitação, curativas e paliativas (MENDES, 2011).

4.4.3 Rede de atenção materno-infantil

A Rede de atenção materno-infantil é composta pela Rede Cegonha de 2011, uma estratégia de cuidados instituída na Portaria nº 1.459, de 24 de junho de 2011 pelo Ministério da Saúde e custeada pelo SUS. A Rede Cegonha estabelece a linha de cuidado materno-infantil, objetivando humanizar, ampliar o acesso e melhorar a qualidade da assistência às mães durante o pré-natal, parto e puerpério e à criança no nascimento, período neonatal até os 2 anos de idade, e reduzir a mortalidade materna e infantil no país (BRASIL, 2011b; UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO, 2016).

O atendimento inicia pela atenção primária de saúde nas Unidades Básica de Saúde (UBS), através do acolhimento, da confirmação da gravidez, do cadastro no Sistema de Informação do Pré-natal (SISPRENATAL), da primeira consulta do pré-natal e coleta de exames simples, da entrega do cartão da gestante devidamente preenchido, da identificação do risco gestacional e vinculação à maternidade de referência (UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO, 2016; ESPÍRITO SANTO, 2016).

A identificação dos riscos viabiliza o encaminhamento para os serviços especializados de acordo com as necessidades de saúde. As gestantes podem ser classificadas como de baixo risco ou risco habitual, médio risco e de alto risco. São critérios para definir o grau de risco: a idade, peso, estatura, condições socioeconômicas, escolaridade, ocupação, uso de psicotrópicos, intervalo entre o último parto, filho anterior prematuro ou abortos, intercorrências e condições clínicas, obstétricas e fetais na gestação, gestação múltipla e ganho excessivo de peso (UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO, 2016; ESPÍRITO SANTO, 2016).

O trabalho busca oferecer a assistência nos diferentes níveis de complexidade dos cuidados de acordo com a classificação do risco gestacional. À Atenção primária de Saúde (APS) compete as atividades de busca ativa das gestantes, o acolhimento, o cadastramento da gestante, assistência pré-natal de baixo risco, a classificação do risco gestacional, a vinculação desta à maternidade e ambulatórios de referência, atividades educativas com informações que ajudam no processo da gestação, parto, puerpério e cuidados com RN, visita domiciliar a puérpera e ao recém-nascido na primeira semana após o nascimento, acompanhamento do crescimento e do desenvolvimento da criança até os 2 anos de idade, com preenchimento da caderneta, imunização e monitoramento das gestantes e crianças de risco (SANTA CATARINA, 2019).

Enquanto na atenção secundária é disponibilizado o acompanhamento à gestante e a criança nos serviços e ambulatórios especializados com equipe multidisciplinar. E na terciária os cuidados de maior complexidade nas unidades de terapia intensivas ou centros especializados para alto risco (SANTA CATARINA, 2019).

Vale ressaltar que, para aquelas gestações que vêm evoluindo bem, também será necessário o monitoramento contínuo dos fatores de risco, uma vez que, estas também estarão sujeitas às intercorrências no decorrer da gestação, com necessidade de encaminhamento para a assistência pré-natal de alto risco nos serviços especializados (UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO, 2016).

A Rede Cegonha resultou em maior cobertura e número de consultas de pré-natal, maior precisão nos diagnósticos de doenças na gestação e acesso aos serviços

especializados de mães e bebês. Porém, seguem elevados os índices de prematuros necessitando de internação na unidade de terapia intensiva (ANDRADE *et al.*, 2016).

4.4.4 Linha de cuidados materno e sua relação com a prevenção da prematuridade

A linha de cuidados materno-infantil contempla ações para antes, durante e após a gestação. Partindo da APS, com o planejamento familiar e a assistência pré-natal adequada, com início precoce e número ideal de consultas, realização dos exames preconizados pelo Ministério da Saúde já na primeira consulta com retorno dos resultados em tempo hábil, assistência às intercorrências, vinculação à maternidade onde acontecerá o parto, acesso a medicamentos, transporte adequado e seguro e orientações em saúde (BRASIL, 2011b; MENDES, 2011; UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO, 2016; SANTA CATARINA, 2019).

Conhecer as transformações do corpo e da mente durante o período gestacional, os cuidados com a gestação, os sinais que indicam o momento do nascimento e os cuidados com o recém-nascido permitem preparar as mulheres para a vivência da maternidade (SANTA CATARINA, 2019).

Já no parto, puerpério e período neonatal, a garantia de boas práticas dos cuidados, o apoio e o cuidado oferecido à mães e bebês na primeira semana após o nascimento em domicílio, a articulação de ações entre os serviços que assistem mães e crianças, o acesso a leitos de Unidade de Terapia Intensiva e unidades de alojamento conjunto, o transporte adequado e seguro, a existência de uma central para regulação de vaga obstétrica e neonatal e de sistemas de informação em saúde qualificados também integram a linha de cuidados materno-infantil (UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO, 2016; SANTA CATARINA, 2019).

Dentre os sistemas de Informação em saúde do Ministério da Saúde no Brasil, o Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM), de 1975, com obtenção de dados sobre mortalidade no país (BRASIL, s/d) e o Sistema de Informações Sobre Nascidos Vivos (SINASC), de 1990, ganham maior destaque por suas contribuições no

planejamento estratégico e monitoramento da política de atenção à saúde da criança (BRASIL, 2018b).

O SINASC, implantado no ano de 1990, dispõe de informações registradas na Declaração de Nascido Vivo referentes à gestação, ao parto e nascimento ocorrido nos hospitais públicos e privados do país. Assim, torna-se possível a identificação dos fatores de riscos para a saúde materno-infantil, como a mortalidade, prematuridade, baixo peso e APGAR ao nascer, número de consultas de pré-natal, entre outros (REDE INTERAGENCIAL DE INFORMAÇÃO PARA A SAÚDE, 2008).

Assim, a Rede Cegonha orienta a linha de cuidados materno-infantil no Brasil, da gestação ao parto, nascimento e período neonatal, garantindo a todas estas crianças o direito do nascimento seguro e acompanhamento para um crescimento e desenvolvimento saudável até os dois anos de vida. Mas esses resultados só serão alcançados se houver o envolvimento de gestores, profissionais de saúde e comunidade. É que apesar da existência da rede de cuidados, ainda há muita dificuldade para acesso e continuidade da assistência qualificada, assim como a medicamentos e materiais necessários à saúde destes no país (UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO, 2016).

E, além da organização da rede, é preciso a adesão das gestantes ao planejamento dos cuidados (consultas, exames e participações educativas). E para isso, é de extrema importância o acolhimento, o cuidado humanizado de profissionais da saúde e o apoio do acompanhante para que estas se sintam mais preparadas para a maternidade. O contato do profissional com a gestante durante as consultas de pré-natal permite avaliar as condições de risco, com intervenção oportuna, evitando os desfechos indesejáveis para a saúde de mães e bebês (UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO, 2016).

5 CAPÍTULO II – FATORES MATERNNOS ASSOCIADOS À PREMATURIDADE NA REGIÃO: CONTRIBUIÇÕES PARA AS POLÍTICAS DE SAÚDE

5.1 ANÁLISE DA REALIDADE NA REGIÃO SUL DE SAÚDE, ES, BRASIL

De 2014 a 2018 foram registrados 43.053 nascimentos na Região Sul do Espírito Santo-ES (Tabela 1). Os municípios de Cachoeiro de Itapemirim, com 52,00% (n= 22.370), Itapemirim, com 15,10% (n= 6.483), Guaçuí, com 6,80% (n= 2.915) e Castelo, com 5,40% (n= 2.346) apresentaram o maior percentual de nascimentos da Região. Os municípios de Alfredo Chaves, Apiacá, Bom Jesus do Norte, Dores do Rio Preto, Presidente Kennedy e Rio Novo do Sul não apresentaram nascimentos devido à falta de maternidade e ou serviços de saúde que realizam o parto. Nestes, as pacientes são referenciadas e encaminhadas para os municípios vizinhos.

Na região Sul de saúde alguns municípios possuem hospitais com maternidades para o atendimento a gestantes no parto. Entre estes, o Hospital Santa Casa de Misericórdia e Hospital Evangélico, localizados no município de Cachoeiro de Itapemirim, Hospital Menino Jesus no município de Itapemirim, Hospital Santa Casa de Misericórdia em Guaçuí, Hospital Santa Casa de Misericórdia Castelense e Hospital São José em São José do Calçado (ESPÍRITO SANTO, 2019).

Tabela 1- Município de ocorrência dos nascimentos de nascidos vivos na Região Sul de Saúde do Espírito Santo, ES, Brasil, 2014 a 2018 (n=43.053)

(continua)

Município de nascimento	Frequência (n)	Porcentagem (%)
Alegre	1993	4,6
Anchieta	1909	4,4
Atílio Vivacqua	2	0,0
Cachoeiro de Itapemirim	22370	52,0
Castelo	2346	5,4
Divino de São Lourenço	5	0,0
Guaçuí	2915	6,8
Ibitirama	5	0,0
Iconha	7	0,0
Irupi	2	0,0
Itapemirim	6483	15,1

(Conclusão)

Município de nascimento	Frequência (n)	Porcentagem (%)
Iúna	2125	4,9
Jerônimo Monteiro	17	0,0
Marataízes	2	0,0
Mimoso do Sul	927	2,2
Muniz Freire	607	1,4
Muqui	463	1,1
Piúma	2	0,0
São José do Calçado	810	1,9
Vargem Alta	63	0,1

Fonte: elaborada pela autora.

A maioria dos partos (99,70%) da Região Sul ocorreram nos hospitais e os demais (0,30%) em domicílio, outros estabelecimentos de saúde e outros não informados (Tabela 2).

Tabela 2- Local do nascimento dos nascidos vivos (n=43.053)

Local do nascimento	Frequência(n)	Porcentagem (%)
Hospital	42939	99,7
Outros estabelecimentos de saúde	35	0,1
Domicílio	33	0,1
Outros	44	0,1
Ignorado	2	0,0

Fonte: elaborada pela autora.

Nota-se que há uma parcela de mães (n= 1.251) vindas migrantes da região Central, Norte e Metropolitana de Saúde do ES e de estados vizinhos (Tabela 3). Contudo, sabe-se que o município de Cachoeiro de Itapemirim é o único polo de referência da Região Sul de saúde para a assistência a gestantes e recém-nascidos de alto risco. Desde o ano de 2004, o município conta com o Hospital Evangélico para o atendimento de gestantes locais e vindas de outros municípios vizinhos, e até mesmo de outras regiões e estados. O hospital conta com uma equipe multiprofissional e uma infraestrutura com maternidade, centro cirúrgico, sala de parto, unidade de alojamento conjunto, cuidados intermediários e intensivos para mães e bebês (HOSPITAL EVANGÉLICO, 2021).

Tabela 3- Outros Municípios e estados de residência das mães de nascidos vivos na Região Sul de Saúde do Espírito Santo, ES, Brasil, 2014 a 2018 (n=1.251)

Municípios das regiões: Central, Norte, Metropolitana (ES) e outros estados		
	Frequência (n)	Porcentagem (%)
Outros estados	145	0,337
Afonso Cláudio	13	0,030
Aracruz	1	0,002
Barra de São Francisco	1	0,002
Brejetuba	63	0,146
Cariacica	14	0,033
Colatina	1	0,002
Conceição do Castelo	131	0,304
Domingos Martins	25	0,058
Guarapari	424	0,985
Ibatiba	210	0,488
Itaguaçu	1	0,002
Linhares	1	0,002
Marechal Floriano	3	0,007
Nova Venécia	1	0,002
São Mateus	1	0,002
Serra	13	0,030
Venda Nova do Imigrante	148	0,344
Viana	3	0,007
Vila Velha	29	0,067
Vitória	23	0,053

Fonte: Elaborada pela autora.

Neste estudo não foi possível identificar quais os motivos da migração destas gestantes até a Região Sul de Saúde. Porém, na pesquisa Nascer no Brasil de 2011 e 2012, as mulheres peregrinaram em busca de maternidades com infraestrutura e atendimento médico adequado (LEAL; GAMA, 2012).

No estudo de Silva e Almeida (2015), as gestantes percorreram em média duas ou mais maternidades até conseguir a assistência para o parto e o bebê após o nascimento na cidade de Salvador. Tal condição foi atribuída a falhas no processo do cuidado às gestantes, como a falta de orientação dos profissionais de saúde responsáveis por realizar o pré-natal quanto aos sinais que indicam o momento correto para o nascimento. E saber reconhecer os sinais de início do trabalho de parto proporcionaria maior segurança e preparo da mãe para a vivência da maternidade (SANTA CATARINA, 2019).

Ainda, a não vinculação à maternidade de referência para o parto, impedindo que a gestante conheça o local de assistência e os profissionais que irão assistir o seu parto, a informalidade no processo de gestão dos leitos e o número reduzido de maternidades e unidades de cuidados intermediários e intensivos para mães e recém-nascidos são motivos para a peregrinação de mães no estudo de Silva e Almeida (2015).

O estudo de Viellas *et al.* (2014) confirma a peregrinação de gestantes entre regiões brasileiras em busca de assistência ao parto nos anos de 2011 a 2012. Destas, 58,70% não foram vinculadas e desconheciam a maternidade do parto, enquanto, 16,20% peregrinaram por mais de um serviço de saúde até serem admitidas para o parto. Neste estudo percebe-se que, além da oferta das consultas de pré-natal, é preciso que o profissional de saúde, ainda na Atenção Primária de Saúde (APS), viabilize o cuidado integral e a continuidade da assistência nos demais níveis de atenção à saúde.

Espera-se que a partir da primeira consulta de pré-natal, ainda na APS, seja estabelecido o vínculo com a maternidade onde acontecerá o atendimento em casos de intercorrências e o parto, e ainda, viabilizado o acesso a medicamentos, transporte adequado e as orientações em saúde (UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO, 2016).

A Lei nº 11.634, de 2007, concede o direito a toda gestante de conhecer e ser vinculada à maternidade de referência para o parto com antecedência. Enquanto, o Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento de 2000 e a estratégia de cuidados Rede Cegonha de 2011 buscam integrar e qualificar a assistência no pré-natal, parto e nascimento (BRASIL, 2000, 2011b; CNJ, s/d).

Assim, os estudos evidenciam a desorganização da rede de atenção à saúde materno-infantil no país, pelo não cumprimento das políticas de saúde e violação dos direitos já conquistados ao longo dos anos.

Além dos problemas assistenciais, as questões socioeconômicas de mães parecem estar associadas ao acesso à saúde. No estudo de Silva e Almeida (2015), gestantes

mais pobres, negras e menos escolarizadas peregrinam por serviços públicos de saúde em busca de assistência ao parto. Moraes *et al.* (2018) confirmam a peregrinação de mães em condições socioeconômicas desfavoráveis, e ainda incluem as adolescentes primíparas, inexperientes e inseguras por falta de informação, as gestantes de alto risco e em trabalho de parto prematuro com necessidade de atenção especializada no grupo das que mais peregrinam a procura de assistência ao parto.

Neste estudo, percebe-se que do total de nascidos vivos prematuros (n= 4.423) na Região Sul de Saúde do ES, o equivalente a 3.483 (78,74%) nasceram no município de Cachoeiro de Itapemirim (Tabela 4), vindo a confirmar a peregrinação de mães para maternidades de referência para alto risco. Vale ressaltar que, de acordo com o fluxograma da Rede de Assistência Materno-infantil do estado do ES, os partos de alto risco deverão ocorrer em Cachoeiro de Itapemirim, município este de referência para cuidados de maior complexidade de mães e bebês na Região Sul de Saúde do estado do ES.

Tabela 4- Município de ocorrência dos nascimentos de nascidos vivos prematuros na Região Sul de Saúde do Espírito Santo, ES, Brasil, 2014 a 2018 (n=4.423)

IG < 37 semanas		
Município de nascimento	Frequência (n)	Porcentagem (%)
Alegre	59	1,333
Anchieta	89	2,012
Cachoeiro de Itapemirim	3483	78,747
Castelo	121	2,735
Guaçuí	102	2,306
Itapemirim	213	4,815
Lúna	140	3,165
Jerônimo Monteiro	3	0,067
Marataízes	1	0,022
Mimoso do Sul	43	0,972
Muniz Freire	50	1,130
Muqui	49	1,107
São José do Calçado	68	1,537
Vargem Alta	2	0,045

Fonte: Elaborada pela autora.

De acordo com Lansky *et al.* (2014), o acesso limitado e a qualidade da assistência ao parto e a bebês prematuros nas Unidades de Cuidados Intensivos têm contribuído

para os elevados índices de mortalidade infantil, em especial, neonatal, em todo o país. Sendo então necessário fortalecer as políticas de saúde para mães e crianças e ainda, organizar, integralizar, regionalizar e qualificar a assistência perinatal a partir das boas práticas dos profissionais de saúde com base na ciência e nas políticas de saúde, e dos cuidados apropriados às gestantes e recém-nascidos em todos os níveis de atenção à saúde e em tempo hábil.

Em relação à idade materna, houve uma maior prevalência de mães entre 20 e 35 anos de idade (73,30%), seguido das adolescentes menores que 20 anos (16,50%) e maior que 35 anos (10,20%) na Região Sul (ES) de 2014 a 2018 (Tabela 5). Dados semelhantes foram encontrados em 2012 no estado do Paraná para as faixas etárias de mães entre 20 e 35 anos (74,40%) e acima de 35 anos (13,60%). Já o percentual de mães adolescentes no Paraná (12,00%) foi menor se comparado a Região Sul de Saúde do ES (16,50%) (PINTO *et al.*, 2016). Em 2017, na Bahia, 37% das mães eram adolescentes (BULHÕES *et al.*, 2017).

Vale considerar os níveis de renda, escolaridade e saúde desses estados. Segundo dados do IBGE, no ano de 2010, os estados do Paraná e do Espírito Santo apresentaram o Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) semelhantes, de 0,749 e 0,740, respectivamente. Enquanto na Bahia, um menor IDH, com 0,660 (IBGE, 2010). Tal informação leva a refletir sobre uma possível associação entre os piores indicadores de saúde, a exemplo, a prematuridade, e as desvantagens socioeconômicas e de acesso à assistência de qualidade na rede pública.

Há evidências de uma melhor assistência à saúde de mulheres com maior idade e renda em regiões com maior Índice de Desenvolvimento Humano, e para as que apresentam menor idade e renda em regiões pouco desenvolvidas uma assistência de baixa qualidade (TOMASI *et al.*, 2017). E ainda, de um maior percentual de mães adolescentes nas classes sociais de menor renda e escolaridade (SANTOS *et al.*, 2018). A gravidez na adolescência advém da maior vulnerabilidade socioeconômica, e ainda da prática sexual precoce, não uso dos métodos contraceptivos, uso abusivo de substâncias psicoativas e dos atritos familiares (DINIZ; KOLLER, 2012). Sendo necessário, para estas, a orientação para a vida sexual e reprodutiva, uso dos métodos contraceptivos e planejamento familiar, a partir de uma parceria e trabalho

em conjunto entre familiares, profissionais da saúde e da educação (PINTO *et al.*, 2016; HYDALL *et al.*, 2018).

Claramente percebe-se que mães adolescentes estão mais vulneráveis socioeconomicamente e emocionalmente quando comparadas as demais idades. A maioria são mães solteiras, sem renda, dependentes financeiramente da família, adeptas ao modismo do uso do álcool e negligentes nos cuidados com a saúde (SANTOS *et al.*, 2018). Para estas, ainda é confirmado o menor número de consultas, o início tardio do acompanhamento de pré-natal e a menor escolaridade (GRAVENA *et al.*, 2013). No estudo de Bulhões *et al.* (2017), 49,4% das mães adolescentes não tinham sequer o ensino fundamental completo.

Quanto à variável escolaridade de mães, no atual estudo percebe-se uma maior proporção de mães que estudaram entre 8 a 11 anos (60,50%), seguido por mães com 4 a 7 anos (19,70%), 12 ou mais anos (16,90%), 1 a 3 anos (1,90%), nenhum ano de escolaridade (0,30%), sem informação de escolaridade (0,60%) (Tabela 5).

O maior grau de instrução permite reconhecer a necessidade dos cuidados com a saúde, aumentando a adesão ao pré-natal e a procura por serviços que prestam uma assistência de qualidade (YESUF; CALDERON-MARGALIT, 2013). Corroborando como estudo de Rosa, Silveira e Costa (2014), que quanto menos escolarizadas, menor será a adesão ao pré-natal. Sendo necessário que os profissionais de saúde incentivem o apoio de familiares para continuidade dos estudos.

Vários autores discutem a escolaridade de mães adolescentes. Bulhões *et al.* (2017) afirmam que as adolescentes interrompem os estudos quando descobrem a gravidez. Pinto *et al.* (2016) afirmam que o abandono dos estudos tende a dificultar o acesso ao mercado de trabalho por falta de qualificação, justificando a menor renda. Santos *et al.* (2014) lembram que a vergonha, o receio dos julgamentos e o descontentamento com a gestação estão relacionados aos baixos índices de escolaridade de mães adolescentes.

No que se refere à situação conjugal materna neste trabalho, 47,20% das mães são casadas, 26,70% estão em união estável, 23,20% são solteiras, 1,30% divorciadas, 0,20% viúvas e 1,40% sem informação da situação conjugal (Tabela 5).

A condição de ser mãe solteira, separada ou viúva está associada aos maiores índices de mortalidade infantil no Brasil (MAIA; SOUZA; MENDES, 2020). A inserção e o apoio do pai e/ou parceiro em todo processo, desde o planejamento familiar, gestação e parto, traz benefícios para a saúde do binômio mãe-filho. À mãe é garantia de melhor assistência no parto, menor risco de violência obstétrica e negligência no cuidado, encorajamento para o parto normal, sensação de bem-estar, alívio da dor e satisfação no parto, menor risco para depressão pós-parto, maiores índices de aleitamento materno e fortalecimento do vínculo entre mãe-pai-filho (BRASIL, 2018c).

No tocante à raça/cor materna, neste estudo se autodeclararam como pardas e pretas 64,00% das mães, brancas 34,80%, amarelas 0,10%, indígenas 0,10% e sem informação de raça/cor 1,00% (Tabela 5). Serão considerados negros todos aqueles que se autodeclararem pretos e pardos (BRASIL, s/d).

No Brasil, os negros são menos oportunizados à educação, ao trabalho e a assistência de saúde qualificada (FIGUEIRÓ; RIBEIRO, 2017). Considerando os níveis de escolaridade dos indivíduos brasileiros maiores de 25 anos de idade no ano de 2018: 9,1% dos negros e 4,3% de brancos eram analfabetos, isto é, sem escolaridade; 37,20% dos negros e 28,40% de brancos com ensino fundamental incompleto e 24% dos brancos e 10,1% de negros com ensino superior. Quanto à empregabilidade: 14,10% dos negros e 9,50% de brancos eram desempregados; 47,3% dos negros e 34,6% de brancos estavam em trabalhos informais; 68,6% dos brancos e 29,9% de negros ocupavam cargos gerenciais (IBGE, 2018). A população negra está sujeita a trabalhos de baixa remuneração e que exigem maior esforço físico (MALTA; MOURA; BERNAL, 2015)

Percebe-se que a desvantagem de negros na educação tende a aumentar nos maiores níveis de escolaridade, que pode justificar o trabalho menos qualificado destes. Assim, é possível confirmar as disparidades entre educação e trabalho da população negra no Brasil.

Há relatos que, em regiões mais pobres do Brasil, as mulheres negras usuárias do SUS recebem uma assistência pré-natal de baixa qualidade (DOMINGUES *et al.*,

2015), realizam menos consultas e iniciam tardiamente o pré-natal (BRASIL, 2017a). As mulheres negras estão mais expostas à violência doméstica devido a piores condições socioeconômicas e, conseqüentemente, a dependência financeira, impedindo-as do enfrentamento da violência (SENA *et al.*, 2012). Nos estudos, tais condições foram associadas ao maior risco de parto prematuro.

E para negros ainda é atribuído a genética e os maus hábitos alimentares que predispõe o surgimento da hipertensão arterial (MALTA; MOURA; BERNAL, 2015). Vale ressaltar que, a hipertensão gestacional é considerada uma das principais causas de prematuridade (GONZAGA *et al.*, 2016). Neste sentido, é necessário que se reconheça os riscos à saúde da população negra no Brasil, considerando os aspectos biológico, socioeconômico, emocional e cultural.

Entre as principais ocupações materna, neste trabalho destacam-se: mães donas de casa (45,90%), trabalhadoras agropecuárias (8,90%), vendedoras (4,90%), estudantes (4,90%), empregadas domésticas (2,70%), professoras de nível superior (2,90%) e assistentes administrativos (2,90%). Seguidas das demais ocupações com menor número de mães: operadoras de caixa (1,20%), técnicas de enfermagem (1,10%), cabeleireira (1,00%), manicure (1,00%), secretária (1,00%), representante comercial (0,90%), atendente de farmácia (0,90%), administradoras (0,70%), costureiras (0,70%), enfermeiras (0,60%), recepcionistas (0,60%), advogadas (0,50%), cozinheiras (0,50%), pedagogas (0,50%), farmacêuticas (0,30%), fisioterapeutas (0,30%), gerentes (0,30%), contadoras (0,30%), agentes de saúde pública (0,30%), atendentes de lanchonete (0,30%), babás (0,20%), outras (8,40%) e sem informação da ocupação (5,30%) (Tabela 6).

As empregadas domésticas tendem a exercer funções de maior esforço físico, como as limpezas pesadas de cozinhas, banheiros e quintais. Enquanto vendedoras e professoras, em sua jornada de trabalho, permanecem por um tempo maior em posição ortostática, locais estressantes por ruídos e pessoas. Já para as áreas administrativas, há sempre um maior estresse na busca de atingir os objetivos e prazos estabelecidos (MINISTÉRIO DO TRABALHO E EMPREGO, 2010). Às donas de casa está a condição do trabalho não remunerado dedicado ao lar e a família, e

ainda, o maior risco para o adoecimento mental se pertencentes às classes pobres (SENICATO; LIMA; BARROS, 2016).

Em busca de melhores condições financeiras, muitas das mulheres se dividem entre o trabalho fora e do lar (SÁ; PIAZZA, 2017). Contudo, mesmo diante da sobrecarga de uma jornada dupla de trabalho, ainda é possível ter melhor qualidade de saúde do que as pertencentes a classes pobres que se dedicam apenas aos afazeres do lar (SENICATO; LIMA; BARROS, 2016).

As mães de prematuros tendem a abandonar o trabalho devido ao maior tempo que demandam para o cuidado com a gestação de risco, como o repouso na tentativa de prolongar a gestação, e para com o bebê prematuro que requer maior atenção, considerando o curto período de licença maternidade no Brasil (OLIVEIRA *et al.*, 2020).

Tabela 5- Descrição sociodemográfica das mães de nascidos vivos na Região Sul de Saúde do Espírito Santo, ES, Brasil, 2014 a 2018 (n= 43.053)

	IG						Total	% (n = 43053)
	< 37 semanas		≥ 37 semanas		Sem informação			
	N	%	N	%	N	%		
Escolaridade								
Nenhum	17	0,4	123	0,3	0	0,0	140	0,3
1 a 3 anos	100	2,3	712	1,9	9	2,4	821	1,9
4 a 7 anos	847	19,1	7548	19,7	90	23,9	8485	19,7
8 a 11 anos	2670	60,4	23193	60,6	193	51,3	2605	60,5
12 ou mais	752	17,0	6450	16,9	72	19,2	7274	16,9
Sem informação	37	0,8	228	0,6	12	3,2	277	0,6
Idade Materna								
< 20 anos	816	18,4	6228	16,3	61	16,2	7105	16,5
20 a 35 anos	3059	69,2	28213	73,7	284	75,5	3155	73,3
> 35 anos	548	12,4	3813	10,0	31	8,3	4392	10,2
Situação conjugal da mãe								
Solteira	1532	34,7	8364	21,9	93	24,7	9989	23,2
Casada	2011	45,5	18102	47,3	184	48,9	2029	47,2
Viúva	9	0,2	80	0,2	1	0,3	90	0,2
Divorciada	77	1,7	489	1,3	6	1,6	572	1,3
União estável	739	16,7	10679	27,9	84	22,4	1150	26,7
Sem informação	55	1,2	540	1,4	8	2,1	603	1,4
Raça/cor								
Branca	991	22,4	13846	36,2	161	42,8	1499	34,8
Preta	135	3,1	2094	5,5	20	5,3	2249	5,2
Amarela	1	0,0	41	0,1	0	0,0	42	0,1
Parda	3225	72,9	21914	57,3	174	46,3	2531	58,8
Indígena	8	0,2	17	0,0	0	0,0	25	0,1
Sem informação	63	1,4	342	0,9	21	5,6	426	1,0

Fonte: Elaborado pela autora.

Tabela 6 -Descrição sociodemográfica das mães de nascidos vivos na Região Sul de Saúde do Espírito Santo, ES, Brasil, 2014 a 2018 (n= 40.756)

Ocupação da mãe	Frequência	Porcentagem (n = 43053)	Porcentagem válida (n = 40756)
Dona de casa	19780	45,9	48,5
Trabalhadora Agropecuária	3812	8,9	9,4
Outras ocupações	3615	8,4	8,9
Estudante	2108	4,9	5,2
Vendedora	2107	4,9	5,2
Assistente administrativo	1251	2,9	3,1
Professoras de nível superior	1242	2,9	3,0
Empregada doméstica	1183	2,7	2,9
Operador de caixa	535	1,2	1,3
Técnica de enfermagem	472	1,1	1,2
Manicure	434	1,0	1,1
Secretária	429	1,0	1,1
Cabelereira	422	1,0	1,0
Representante comercial	402	0,9	1,0
Atendente de farmácia	380	0,9	0,9
Administradora	294	0,7	0,7
Costureira	293	0,7	0,7
Recepcionista	279	0,6	0,7
Enfermeira	260	0,6	0,6
Cozinheira	210	0,5	0,5
Pedagoga	210	0,5	0,5
Advogada	197	0,5	0,5
Gerente	141	0,3	0,3
Fisioterapeuta	135	0,3	0,3
Farmacêutica	126	0,3	0,3
Atendente de lanchonete	119	0,3	0,3
Contadora	108	0,3	0,3
Babá	107	0,2	0,3
Agente de Saúde Pública	105	0,2	0,3
Total válido	40756	94,7	100,0
Sem informação	2297	5,3	
Total	43053	100,0	

Fonte: elaborada pela autora.

Os tratamentos para infertilidade têm contribuído para o aumento de gestações múltiplas (MONTELEONE, 2017). No Brasil, muitas mulheres com idade acima de 40 anos recorrem à fertilização In Vitro, inseminação artificial e transferência de embriões para engravidar (SBRA, 2019). Neste estudo, 2,1% das mães apresentaram fetos múltiplos (Tabela 7).

Em relação à via de parto na Região Sul de Saúde (ES), 70,90% das mães foram submetidas a parto cesárea (Tabela 7). Valor este muito acima da média mundial de 15% (FIOCRUZ, 2014), nacional de 52,00% em 2012 (LEAL; GAMA, 2012) e de 63% dos partos por cesáreas no Espírito Santo (ES) no ano de 2015. O estudo ainda confirma o elevado percentual (70,00%) de cesáreas na região Sul (ES) em 2015. O estado do ES integra o grupo dos quatro estados que mais realizam partos cesáreas no Brasil (ESPÍRITO SANTO, 2016).

Os maiores percentuais de partos cesáreas podem estar relacionado as complicações maternas e fetais esperadas na maior idade materna (GRAVENA *et al.*, 2013). Neste caso, o parto cesárea é indicado na tentativa de preservar a vida da mãe e do feto (MOURA *et al.*, 2011).

Contudo, muitos partos cesáreas anteparto e sem motivos médicos continuam acontecendo na rede privada de saúde (LEONE, 2015). Ainda, o medo de sentir a dor do parto, a preocupação com o sofrimento do bebê ao nascer e o conforto de poder ter tempo para preparar-se para o parto faz com que muitas das gestantes procurem os serviços particulares de saúde para o agendamento do parto cesárea. Neste caso, deverá ser respeitada a decisão da mulher. Porém, cabe ao profissional de saúde orientá-la quanto a melhor via de parto e os riscos existentes (BRASIL, 2015a).

Neste estudo, 76,40% das mães realizaram seis ou mais consultas e 78,80% iniciaram o acompanhamento de pré-natal no primeiro trimestre (Tabela 7). Entre as mães com idade gestacional informada <37 semanas, 38,20% realizaram número menor que seis consultas, 17,70% iniciaram o pré-natal tardio, entre o 4^o (quarto) e o 6^o (sexto) mês de gestação, já 2,60% iniciaram o pré-natal no 7^o (sétimo) mês ou após este e, 20,30% iniciaram pré-natal após o primeiro trimestre (Tabela 9). Importante lembrar que o Ministério da Saúde recomenda que seja realizado o mínimo de seis consultas de pré-natal com início logo nos primeiros três meses de gestação, os exames laboratoriais, de imagem e as orientações em saúde (TOMASI *et al.*, 2017).

Tabela 7– Dados gestacionais das mães de nascidos vivos na Região Sul de Saúde do Espírito Santo, ES, Brasil, 2014 a 2018 (n= 43.053)

Variável	Frequência (n)	Porcentagem (%)
Tipo de gravidez		
Gestação única	42114	97,8
Gestação dupla	893	2,1
Gestação tripla ou mais	6	0,0
Sem informação	40	0,1
Tipo de parto		
Vaginal	12453	28,9
Cesáreo	30541	70,9
Sem informação	59	0,2
Número de consultas pré-natal		
Menos de 6	9968	23,2
6 ou mais	32908	76,4
Sem informação	177	0,4
Mês de início do pré-natal		
1 –3	33920	78,8
4 –6	6540	15,2
>= 7	947	2,2
Sem informação	1646	3,8

Idade gestacional (semanas)	Contagem	% (n = 42677)	% (IG < 37; n = 4423)
Menor que 28 semanas	205	0,5	4,6
28 a 31 semanas	399	0,9	9,0
32 a 33 semanas	610	1,4	13,8
34 a 36 semanas	3209	7,5	72,6
Maior que 37 semanas	38254	89,6	
Sem informação	376	0,8% (n=43053)	
Válidas	42677	99,0% (n=43053)	

Fonte: Elaborado pela autora.

Entre o período de 2014 a 2018, a prevalência de prematuridade na região Sul de saúde do ES foi de 10,30%, prevalecendo um maior percentual de prematuros tardios (34 a 36 semanas), o equivalente a 72,60% dos recém-nascidos prematuros (Tabela 8).

Em 2010, a taxa mundial de prematuridade foi de 10,60% (CHAWANPAIBOON *et al.*, 2019). No Brasil, a prevalência de prematuros foi de 11,30% (2011-2012) e assim como neste estudo, mais da metade (74,00%) foram de prematuros nascidos entre as 34 a 36 semanas de gestação. Muitos destes nascimentos são antecipados por atos iatrogênicos, com cesáreas eletivas antes do trabalho de parto espontâneo ou por cálculo indevido da idade gestacional (FIOCRUZ, 2016).

O Brasil mantém elevados índices de prematuridade nos últimos anos, com uma taxa de 11,20% em 2014 (OMS, 2018b) e de 11,00% de prematuros no ano de 2018 (BRASIL, 2018a).

Há uma tendência crescente da prematuridade em todo o mundo (CHAWANPAIBOON *et al.*, 2019). No Brasil, a taxa de prematuridade aumentou de 5,50% (2000) para 11,20% (2014) (OMS, 2018b). De fato, houve um aumento da prematuridade após o ajuste do campo da IG na DN a partir do ano de 2011 no Brasil (BRASIL, 2013b). Nas regiões mais desenvolvidas do país, o aumento da prematuridade foi associado a sobrevivência de prematuros por melhores condições de assistência à saúde, aos partos cesáreas e a indução do parto vaginal antes do termo (MATIJASEVICH *et al.*, 2013).

O estudo revela maiores índices de prematuridade para a região Sul do ES (10,30%) se comparado a Região Metropolitana do ES (10,00%) no período de 2014 a 2018 (RODRIGUES, 2020) e a média estadual de 9,70% no ano de 2018 (BRASIL, 2018a).

5.2 ANÁLISE DAS ASSOCIAÇÕES ENCONTRADAS NA REGIÃO SUL DE SAÚDE, ES, BRASIL

Na análise, as variáveis sociodemográficas de mães estiveram associadas à prematuridade, exceto a variável de escolaridade, em que a significância foi de $p > 0,05$ (Tabela 8), diferente do descrito em algumas literaturas, onde o menor grau de escolaridade materno contribuiu para a ocorrência do parto prematuro (PEREIRA, 2015; OLIVEIRA *et al.*, 2016; SADOVSKY *et al.*, 2018).

Tal condição pode estar relacionada a uma maior preocupação com a saúde de mães mais instruídas com melhores níveis educacionais na região Sul (ES). Segundo Ramos e Cuman (2009), quanto maior o nível educacional, maior será o acesso às informações em saúde e o entendimento da necessidade do cuidar de si mesma. Em 2010, o estado (ES) esteve entre os 7 estados com maior IDH, isto é, melhores níveis de educação, renda e saúde do Brasil.

Referente à escolaridade, foi encontrado resultado semelhante na cidade de Divinópolis (MG), neste estudo também foi excluído a associação entre escolaridade e prematuridade. Já a gravidez na adolescência, o menor número de consultas pré-natal e o parto cesárea foram descritos como as principais causas de prematuridade na cidade mineira (GUIMARÃES *et al.*, 2017). Tais condições talvez pudessem ser evitadas ou amenizadas através de ações de prevenção e promoção em saúde, prevenindo a gravidez na adolescência, o pré-natal e o parto inadequado.

A avaliação do resíduo do qui-quadrado permitiu a análise dos vários resultados que contribuíram para a associação entre as variáveis do estudo (Tabela 8). Assim, similar ao estudo de Sadosky *et al.* (2018), mães com idade <20 ou >35 anos, solteiras e negras apresentaram os maiores índices de prematuridade neste trabalho.

Ser mãe na adolescência aumenta 1,2 vezes a probabilidade de parto prematuro. Assim como também ser mãe tardiamente, isto causa um maior risco de antecipação do parto (GRAVENA *et al.*, 2013). Em consonância com o estudo, mães com idade menor que 20 anos e acima de 35 anos também apresentaram maior número de prematuros (SADOVSKY *et al.*, 2018).

Algumas condições muito frequentes na vida de mães adolescentes, como ser solteira, depender financeiramente, não ter o apoio do pai biológico/ou do parceiro e familiares, apresentar comportamentos de risco, tais como o uso do álcool e de outras drogas, recusar o feto e os cuidados com a gestação, faltar as consultas e ainda iniciar tardiamente o acompanhamento de pré-natal parece favorecer o nascimento prematuro (SANTOS *et al.*, 2018). Já na maior idade materna, a predisposição para o diabetes, a hipertensão gestacional e as intercorrências na gestação, como a ruptura de membranas, placenta prévia e gestação múltipla são citados como motivos de prematuridade (ALVES *et al.*, 2017).

A associação entre idade gestacional e tipo de gravidez foi significativa com $p < 0,05$. A gestação única está associada a $IG \geq 37$ semanas e dupla ou tripla a $IG < 37$ semanas, com resíduo $> 1,96$ (Tabela 9).

Os tratamentos para infertilidade têm proporcionado a maternidade na maior idade materna (OLIVEIRA *et al.*, 2016) e, conseqüentemente, a maior ocorrência de gestações com multiplicidade de fetos em mulheres com maior idade e submetidas ao tratamento (MONTELEONE, 2017; SBRA, 2019). Vale lembrar que, as mulheres têm postergado a maternidade na busca da profissionalização e do trabalho (FIORIN; OLIVEIRA; DIAS, 2014).

De fato, os extremos da idade materna influenciam a prevalência de recém-nascidos prematuros, seja direta ou indiretamente quando associados aos problemas de saúde esperados na maior idade e às condições sociodemográficas de mães (OLIVEIRA *et al.*, 2016).

Houve associação significativa ($p < 0,05$) entre idade gestacional e situação conjugal da mãe. A associação ocorreu entre ser mãe solteira ou divorciada com IG < 37 semanas e entre mãe casada e em união estável com IG ≥ 37 semanas (Tabela 8). Assim, mães solteiras e divorciadas possuem maior risco de terem filhos prematuros, enquanto as casadas e em união estável uma menor probabilidade. No estudo de Bulhões *et al.* (2017) houve grande prevalência de prematuros filhos de mães adolescentes solteiras. O apoio do parceiro parece contribuir para melhores condições de saúde da mãe e do bebê (BRASIL, 2018c).

As raças parda e indígena também foram associadas a IG < 37 semanas, enquanto as raças branca e preta a IG ≥ 37 semanas (resíduo $> 1,96$) na Região Sul de Saúde, ES, Brasil (Tabela 9). As mulheres negras possuem maior risco para prematuridade (GONZAGA *et al.*, 2016). Isso porque chegam a ter até 1,51 vezes mais risco para o parto prematuro que as mulheres brancas (OLIVEIRA *et al.*, 2018).

Vale ressaltar que, para este estudo, foram consideradas negras todas as mães de raça/cor preta e parda (BRASIL, 2010) e as desigualdades de renda, educação, trabalho e assistência à saúde na rede pública, o menor número de consultas e início tardio do pré-natal, o maior risco de intercorrências durante a gestação, como a hipertensão arterial e a maior exposição à situações de racismo e violência da população negra no Brasil como causas da ocorrência do nascimento de recém-

nascidos prematuros (SENA *et al.*, 2012; MALTA; MOURA; BERNAL, 2015; BRASIL, 2017a; FIGUEIRÓ; RIBEIRO, 2017; IBGE, 2018).

A falta de informação sobre as condições econômicas de mães na Declaração de Nascidos Vivos, fonte de dados deste estudo, impossibilitou a análise da associação entre renda e a idade gestacional. Porém, algumas literaturas revelam que mães pobres apresentam um maior risco para o parto prematuro (PEREIRA, 2015; SADOVSKY *et al.*, 2018). Outras que, mães negras e adolescentes tendem a apresentar menor renda e grau de escolaridade (FIGUEIRÓ; RIBEIRO, 2017), e ainda, piores cargos profissionais em termos de qualificação e remuneração no Brasil (SANTOS *et al.*, 2014).

É que, pertencer a classes sociais de baixa renda e escolaridade aumenta 2,3 vezes a probabilidade de parto prematuro (PEREIRA, 2015). Os maiores índices de prematuridade são observados em países e famílias de baixa renda (OMS, 2012; BLENCOWE *et al.*, 2012).

Em relação à ocupação, mais da metade (50,40%) dos partos prematuros na Região Sul (ES) foram de mães donas de casa (Tabela 9). No Piauí, 75,70% das mães de prematuros exerciam atividades não remuneradas (GONZAGA *et al.*, 2016). Há relatos de que mães donas de casa e com menor nível socioeconômico tendem a apresentar piores condições de saúde (SENICATO; LIMA; BARROS, 2016).

Tabela 8– Associação entre as características sociodemográficas de mães e prematuridade na Região Sul de Saúde, ES, Brasil, 2014 a 2018 (n=43.053)

(continua)

Escolaridade/Idade gestacional (p = 0,063)					
	< 37 semanas		≥ 37 semanas		Válidas: (n = 42.412)
	N	%	N	%	
Nenhum	17	0,4	123	0,3	
1 a 3 anos	100	2,3	712	1,9	
4 a 7 anos	847	19,1	7548	19,7	
8 a 11 anos	2670	60,4	23193	60,6	
12 anos ou mais	752	17,0	6450	16,9	
Sem informação					N = 641
Idade materna/prematuridade (p = 0,000)					
< 20 anos	816	18,4	2628	16,3	
20 a 35 anos	3059	69,2	28213	73,7	
>35 anos	548	12,4	3813	10,0	
Sem informação					N = 376
Situação conjugal/prematuridade (p= 0,000)					
					Válidas (n = 42.082)
Solteira	1532	34,7	8364	21,9	
Casada	2011	45,5	18102	47,3	
Viúva	9	0,2	80	0,2	
Divorciada	77	1,7	489	1,3	
União estável	739	16,7	10679	27,9	
Sem informação					N = 971
Raça/cor/ Prematuridade (p = 0,000)					
					Válidas (n = 42.272)
Branca	991	22,4	13846	36,2	
Preta	135	3,1	2094	5,5	
Amarela	1	0,0	41	0,1	
Parda	3225	72,9	21914	57,3	
Indígena	8	0,2	17	0,0	
Sem informação					N = 781
Ocupação da mãe/Prematuridade (p = 0,001)					
					Válidas: 40.430
Outras ocupações	347	8,1	3245	9,0	
Administradora	28	0,7	265	0,7	
Advogada	16	0,4	179	0,5	
Agente de Saúde Pública	9	0,2	96	0,3	
Assistente administrativo	116	2,7	1132	3,1	
Atendente de farmácia	26	0,6	353	1,0	
Atendente de lanchonete	11	0,3	107	0,3	
Babá	12	0,3	94	0,3	
Cabelereira	50	1,2	367	1,0	
Contadora	8	0,2	99	0,3	

Ocupação da mãe/Prematuridade (p = 0,001) Válidas: 40.430

	< 37 semanas		≥ 37 semanas	
	N	%	N	%
Costureira	32	0,8	258	0,7
Cozinheira	16	0,4	194	0,5
Dona de casa	2147	50,4	17442	48,2
Empregada doméstica	121	2,8	1057	2,9
Enfermeira	26	0,6	230	0,6
Estudante	240	5,6	1855	5,1
Farmacêutica	13	0,3	112	0,3
Fisioterapeuta	9	0,2	123	0,3
Gerente	15	0,4	125	0,3
Manicure	42	1,0	388	1,1
Operador de caixa	54	1,3	474	1,3
Pedagoga	24	0,6	181	0,5
Professoras de nível superior	148	3,5	1085	3,0
Recepcionista	19	0,4	258	0,7
Representante comercial	53	1,2	348	1,0
Secretária	45	1,1	384	1,1
Técnica de enfermagem	61	1,4	407	1,1
Trabalhadora Agropecuária	324	7,6	3467	9,6
Vendedora	247	5,8	1846	5,1
Sem informação				

N=2.623

Fonte: Elaborado pela autora.

A associação entre idade gestacional e tipo de parto foi significativa ($p < 0,05$), sendo associado o parto vaginal a menor idade gestacional < 37 semanas, enquanto o parto cesárea a maior idade ≥ 37 semanas, com resíduo $> 1,96$ (Tabela 9). Diferente do resultado encontrado na Região Metropolitana (ES) no mesmo período, onde a cesárea aparece como principal via de parto de recém-nascidos prematuros (RODRIGUES, 2020).

No Brasil, entre o período de 2011 a 2012, muitas das gestantes de baixo risco foram submetidas ao parto cesáreo com conceitos saudáveis na rede privada (FIOCRUZ, 2016). No Brasil, a maioria dos partos cesáreas ocorrem em instituições particulares de saúde (LEONE, 2015). Enquanto os partos vaginais são mais frequentes nos serviços públicos de saúde (LEAL; GAMA, 2014) e em mães de menor idade, renda, escolaridade, raça/cor parda e indígena, corroborando com achados do estudo. Para estas, parece haver um menor número de intervenções necessárias ao parto (GUIMARÃES *et al.*, 2021).

Houve ainda associação significativa ($p < 0,05$) entre a idade gestacional, número de consultas e mês de início do pré-natal. O número de consultas menor que seis (6) e o início tardio do pré-natal entre quatro (4) a seis (6) meses foram associados à idade gestacional <37 semanas. Enquanto, realizar seis (6) ou mais consultas e iniciar o acompanhamento pré-natal no primeiro trimestre (1 a 3 meses) tem associação com a maior idade gestacional ≥ 37 semanas, resíduo $> 1,96$ (Tabela 9).

Tabela 9– Associação entre as características gestacionais e prematuridade na Região Sul de Saúde, ES, Brasil, 2014 a 2018 (n=43.053)

Tipo de gravidez x Prematuridade (p = 0,000)					
	< 37 semanas		≥ 37 semanas		Válida (n=42.646)
	N	%	N	%	
Gestação única	3944	89,2	37809	98,8	
Gestação dupla	476	10,8	411	1,1	
Gestação tripla ou mais	3	0,1	3	0,0	
Sem informação					
					N=407
Tipo de parto x Prematuridade (p = 0,000)					
	Válidas (n=42.628)				
	N	%	N	%	
Vaginal	1410	31,9	10938	28,6	
Cesáreo	3007	68	27273	71,3	
Sem informação					
					N=425
Nº de consultas pré-natal x Prematuridade (p = 0,000)					
	Válidas (n=42.529)				
	N	%	N	%	
Menos de 6	1689	38,2	8196	21,4	
6 ou mais	2719	61,5	29925	78,2	
Sem informação					
Mês de início do pré-natal x Prematuridade (p = 0,000)					
	Válidas (n=41.082)				
	N	%	N	%	
1 – 3	3309	74,8	30351	79,4	
4 – 6	784	17,7	5703	14,9	
$> = 7$	113	2,6	822	2,1	
Sem informação					
					N = 1971

Fonte: Elaborado pela autora.

O pré-natal quando adequado poderá reduzir o número de partos prematuros (OMS, 2015a). Considera-se como pré-natal adequado todo aquele que permita o mínimo de seis (6) consultas durante toda a gestação, o início das consultas de pré-natal ainda no primeiro trimestre, a realização do exame físico, laboratoriais e de imagem, o acesso às informações em saúde, o preenchimento e entrega do cartão de pré-natal (BRASIL, 2013a).

Assim, o acompanhamento pré-natal inadequado predispõe o nascimento prematuro (MELO; OLIVEIRA; MATHIAS, 2015; OLIVEIRA *et al.*, 2019). Então, deve-se cumprir o calendário, onde o mínimo de consultas pode evitar o nascimento prematuro (MACHADO; MARMITT; CESAR, 2016). Porém, é importante lembrar que, gestações interrompidas precocemente impedem a realização do número adequado de consultas (PEREIRA, 2015). De acordo com Gonzaga *et al.* (2016), para evitar o nascimento prematuro não basta apenas realizar um maior número de consultas, pois é preciso também que haja o cumprimento das condutas preconizadas pelo Ministério da Saúde. E que mesmo assim, ainda é necessário melhorar as condições socioeconômicas de mães a fim de evitar a prematuridade no Brasil.

A discussão sobre a qualidade do pré-natal oferecido na rede pública de saúde vai além, pois parece haver uma influência dos fatores sociodemográficos e econômicos maternos. Segundo Tomasi *et al.* (2017), no Brasil, mães com maior idade, escolaridade, renda e residentes em regiões mais desenvolvidas teriam uma melhor assistência de pré-natal. Enquanto, para Domingues *et al.* (2015), mães mais jovens, múltiparas, negras, solteiras, menos escolarizadas, pertencentes as classes sociais mais pobres e residentes em regiões menos desenvolvidas, a exemplo no Norte e Nordeste do país, receberiam uma assistência pré-natal inadequada.

Considerando todos os critérios do Ministério da Saúde para uma assistência pré-natal adequada, no período analisado, de 2011 a 2012, somente 21,60% das gestantes brasileiras receberam acompanhamento adequado no Brasil (DOMINGUES *et al.*, 2015). Ainda no país, um cenário ainda pior foi encontrado entre os anos de 2012 a 2013, em que apenas 15,00% das mulheres receberam assistência pré-natal, conforme preconizado pelo Ministério da Saúde (TOMASI *et al.*, 2017).

Apesar da maior cobertura de pré-natal nos últimos anos no país (95,00%), em 2012 apenas 75,80% das gestantes iniciaram suas consultas de pré-natal no primeiro trimestre, 73,00% realizaram o mínimo de seis consultas e muitas ainda peregrinaram por hospitais e maternidades em busca de assistência ao parto e ao recém-nascido (VIELLAS *et al.*, 2014). Fato que evidencia a fragilidade e a desorganização da rede de assistência materno-infantil em algumas regiões do Brasil (LANSKY *et al.*, 2014).

Entre algumas limitações da pesquisa estão os possíveis vieses de medição pelo uso de um banco de dados secundário e a falta de informação sobre as condições de saúde e econômicas de mães na Declaração de Nascidos Vivos, fonte de dados deste estudo. Ainda, não poderia haver uma concretização de fato das causas de prematuridade, uma vez que, se trata de uma condição multifatorial, envolvendo condições clínicas, obstétricas, demográficas, socioeconômicas e culturais. Sendo necessário outros estudos, a fim de alcançar possíveis associações não abordadas nesta pesquisa.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os dados da presente pesquisa permitem inferir que os fatores demográficos, econômicos e políticos, agravados pelas desigualdades sociais e iniquidades em saúde podem ocasionar a prematuridade.

As condições demográficas de mães como: à menor faixa etária e a maior idade, raça/cor parda ou indígena, situação conjugal solteira ou divorciada e dona de casa, e ainda gestação múltipla e o parto vaginal sob a influência de piores condições socioeconômicas e de assistência à saúde são consideradas causas de prematuridade. Assim, também como o menor número e início tardio das consultas de pré-natal que determina a qualidade da assistência de saúde que resultam na maior prevalência de recém-nascidos vivos prematuros.

Em uma dimensão social-étnico-racial, pelas condições desfavoráveis de negros no Brasil, em termos de educação, renda, trabalho e de acesso a uma assistência à saúde de qualidade pelo SUS, e ainda pelas situações de racismo e violência é que se faz necessário uma maior atenção à saúde destes, a fim de evitar os desfechos perinatais indesejáveis, como a prematuridade.

Apesar da variável escolaridade não ter sido um fator de risco para esse desfecho, sabe-se que o menor nível de escolaridade leva à falta de informação em saúde e, conseqüentemente, a menor compreensão da importância dos cuidados com a gestação, e assim possa justificar sua relação com a prematuridade descrita por algumas literaturas brasileiras. Sugere-se então, uma maior exploração sobre a temática.

E sobre a maternidade tardia, há sempre a probabilidade de parto prematuro relacionado ao maior risco de doenças crônicas e complicações na gestação, conforme encontrado nas literaturas.

Por sua vez, o parto vaginal esteve presente na maioria dos nascimentos prematuros. Tal achado pode estar atrelado às condições sociodemográficas, econômicas e culturais existentes. Vale ressaltar que, para mães adolescentes há sempre um maior

risco de parto prematuro, por imaturidade ginecológica ou pela maior vulnerabilidade social, econômica e psicológica, e que, muitas das vezes, estas evoluem para o trabalho de parto prematuro espontâneo. Além do que, para mães adolescentes, solteiras, com baixa renda e escolaridade, raça/cor parda e indígena e usuárias do Sistema único de Saúde pode haver uma menor atenção ao parto e a privação de cuidados com a saúde, muitas das vezes necessários.

Portanto, é de extrema importância a oferta de uma assistência pré-natal gratuita, que garanta a integralidade e a qualidade do cuidado a todas as gestantes, de modo a diminuir as desigualdades sociais e econômicas existentes, permitindo tratar ou amenizar eventuais riscos para o parto prematuro. Para isso, o Ministério da Saúde disponibiliza protocolos que orientam para o acompanhamento de pré-natal adequado, com a realização de ao menos seis consultas durante todo período gestacional, o início precoce das consultas no primeiro trimestre, a realização dos exames necessários, o controle de doenças crônicas e infecciosas durante a gestação, a vinculação ao local do parto, a disponibilização do cartão da gestante devidamente preenchido e orientações pertinentes sobre hábitos saudáveis.

Contudo, percebe-se ainda, as disparidades da assistência à saúde em algumas regiões, como a falta de maternidades, unidades para suporte intensivo e intermediário, bem como de materiais, equipamentos e profissionais capacitados para assistência ao parto e ao nascimento. Na Região Sul de Saúde do ES, os 26 municípios contam com apenas um hospital de referência para atendimento às gestantes e recém-nascidos de alto risco, resultando na peregrinação de mães em busca de assistência para o parto e o neonato. Evidenciando assim, também, a necessidade de ampliação de unidades para cuidados intensivos e intermediários a mães e bebês da Região Sul do Espírito Santo e regiões vizinhas na rede pública de saúde.

O presente estudo evidenciou as consequências mais imediatas da prematuridade, ao revelar a associação com os piores indicadores de morbimortalidade infantil, e ainda o impacto social e financeiro para famílias de prematuros e o estado. E, entre algumas limitações da pesquisa, estão os possíveis vieses de medição pelo uso de um banco de dados secundário e a falta de informação sobre as condições de saúde

e econômica de mães na Declaração de Nascidos Vivos, fonte de dados deste estudo. Ainda, não poderia haver uma concretização de fato das causas de prematuridade, uma vez que, se trata de uma condição multifatorial, envolvendo condições clínicas, obstétricas, demográficas, sociais, econômicas, psicológicas e culturais. Sendo necessárias novas produções, a fim de alcançar possíveis associações não abordadas nesta pesquisa.

Diante do panorama descrito, recomenda-se a participação de gestores e profissionais de saúde para o (re)planejamento e a efetividade das políticas públicas e ações voltadas para atender as necessidades sociais e de saúde destes grupos de mães, e ainda, a organização dos serviços e dos processos da APS até os maiores níveis da assistência em termos de complexidade, valorizando assim, os cuidados com a mulher desde a preconcepção, gestação, parto e puerpério, e ainda ao neonato, baseando-se nas políticas materno-infantil já estabelecidas no país. Pressupõe-se que tais ações venham contribuir para a redução da prevalência de prematuridade e, conseqüentemente, obter melhores indicadores de saúde, rumo ao alcance dos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável até 2030.

REFERÊNCIAS

ABRÃO, A. L. P.; LEAL, S. C.; FALCAO, D. P. Salivary and serum cortisol levels, salivary alpha-amylase and unstimulated whole saliva flow rate in pregnant and non-pregnant. **Rev. Bras. Ginecol. Obstet.**, Rio de Janeiro, v. 36, n. 2, p. 72-78, 2014. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-72032014000200072&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 02 maio 2021.

AGÊNCIA BRASIL. **Mortalidade Infantil**. Rio de Janeiro, 2020. Disponível em: <https://agenciabrasil.ebc.com.br/geral/noticia/2020-11/ibge-esperanca-de-vida-do-brasileiro-aumentou-311-anos-desde-1940#:~:text=A%20expectativa%20de%20vida%20dos,at%C3%A9%20os%2076%2C6%20anos>. Acesso em: 06 maio 2021.

ALVES, N. C. C. *et al.* Complicações na gestação em mulheres com idade maior ou igual a 35 anos. **Rev Gaúcha Enferm**, v.38, n.4, 2017. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rgenf/v38n4/1983-1447-rgenf-38-04-e2017-0042.pdf>. Acesso em: 29 set. 2019.

AMERICAN ACADEMY OF PEDIATRICS; AMERICAN COLLEGE OF OBSTETRICIANS AND GYNECOLOGISTS. **Guidelines for Perinatal**. Care Eighth edition, 2017. Disponível em: <https://www.buckeyehealthplan.com/content/dam/centene/Buckeye/medicaid/pdfs/COG-Guidelines-for-Perinatal-Care.pdf>. Acesso em: 18 ago. 2020.

ANDRADE, S. M. A. S, *et al.* Impacto da implantação da Rede Cegonha nas hospitalizações em Unidade de Terapia Intensiva Neonatal. **Rev. Da Rede de Enfermagem do Nordeste**, v. 17, n. 3, 2016. Disponível em: <https://www.redalyc.org/jatsRepo/3240/324046243002/html/index.html>. Acesso em: 30 maio 2021.

ARAUJO, F. G. *et al.* Assistência de Pré-natal na percepção de mães de prematuros internados em Unidade Neonatal. **Rev. Enfermagem UFPE on-line**. Recife, v.8, n.8, p. 2667-75, Ago. 2014. Disponível em: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/9970>. Acesso em: 08 abr. 2020.

ARRUÉ, A. M. *et al.* Caracterização da morbimortalidade de recém-nascidos internados em Unidade de Terapia Intensiva Neonatal. **Rev Enferm UFSM**, v.1, n. 3, p. 86-02, Jan/Abr, 2013.

ARRAIS, A. R.; ARAUJO, T. C. C. F.; SCHIAVO, R. A. Fatores de Risco e Proteção Associados à Depressão Pós-Parto no Pré-Natal Psicológico. **Psicol. cienc. prof.**, Brasília, v. 38, n. 4, p. 711-729, out. 2018. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141498932018000500711&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 02 maio 2021.

BARROS, F. C. *et al.* The Distribution of Clinical Phenotypes of Preterm Birth Syndrome Implications for Prevention. **JAMA Pediatrics**. v. 3, n.169, p. 220-229, Jan. 2015.

BEZERRA, A. L. *et al.* Ética na decisão terapêutica em condições de prematuridade extrema. **Rev. Bioét.**, Brasília, v. 22, n. 3, p. 569-574, Dez. 2014. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983. Acesso em: 26 nov.2020.

BITTENCOURT, S.; DIAS, M.; WAKIMOTO, M. **Vigilância do Óbito Materno, Infantil e Fetal e Atuações em Comitês de Mortalidade**. Rio de Janeiro. Editora: Fiocruz, Março, 2014. Disponível em: http://ensp.fiocruz.br/vomif/assets/pdf/material/livro_texto.pdf. Acesso em: 14 fev. 2021.

BLENCOWE, H., *et al.* National, regional, and worldwide estimates of preterm birth rates in the year 2010 with time trends since 1990 for selected countries: a systematic analysis and implications. **Lancet**, v.379, n. 9832, p.2162-2172, Jun. 2012. Disponível em: https://core.ac.uk/reader/13114607?utm_source=linkout. Acesso em: 29 jan. 2021.

BRASIL. **Constituição da república federativa do Brasil de 1988**. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm. Acesso em: 30 maio 2021.

BRASIL. **Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990**. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8069.htm. Acesso em: 29 de nov. 2020.

BRASIL. **Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento**: Portaria nº569, 1º de junho de 2000. Brasília. Ministério da Saúde, 2000. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2000/prt0569_01_06_2000_rep.html. Acesso em: 08 abr. 2020.

BRASIL. DATASUS, **Departamento de Informática do SUS**. 2008. Disponível em: <http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=060702>. Acesso em: 11 maio 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria N° 116, 11 de fevereiro de 2009**. Ministério da Saúde, 2009. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/svs/2009/prt0116_11_02_2009_comp.html. Acesso em: 07 jun. 2021.

BRASIL. **Lei nº 12.288, de 20 de julho de 2010**. Brasília, 2010. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2010/lei/l12288.htm. Acesso em: 17 jun. 2021.

BRASIL. **Portaria nº 4.279/2010**. Brasília, s/d. Disponível em: https://conselho.saude.gov.br/ultimas_noticias/2011/img/07_jan_portaria4279_301210.pdf. Acesso em: 20 jul. 2021.

BRASIL. **Gestões e Gestores de Políticas Públicas de Atenção à saúde da Criança**: 70 anos de história. Brasília: Ministério da Saúde, 2011a. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/70_anos_historia_saude_crianca.pdf. Acesso em: 17 fev. 2021.

BRASIL. **Portaria N° 1.459, de 24 de junho de 2011**. Ministério da Saúde, 2011b. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1459_24_06_2011.html. Acesso em: 15 maio 2021.

BRASIL. **Portaria N° 2.488, de 21 de outubro de 2011**. Ministério da Saúde, 2011c. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2488_21_10_2011.html. Acesso em: 15 maio 2021.

BRASIL. **Gestação de Alto Risco**: Manual Técnico. 5 ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2012. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_tecnico_gestacao_alto_risco.pdf. Acesso em: 24 nov. 2020.

BRASIL. **Cadernos de Atenção Básica**: Atenção de ao Pré-natal de Baixo Risco. Brasília: Ministério da Saúde, n.32, p. 318, 2013a. Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/caderno_32.pdf. Acesso em: 08 set. 2020.

BRASIL. **Consolidação do Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos – 2011**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013b. Disponível em: http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/sinasc/Consolida_Sinasc_2011.pdf. Acesso em: 16 mar. 2020.

BRASIL. **Resolução n. 466, de 12 de dezembro de 2012**. Aprova as diretrizes e normas regulamentadoras Diário Oficial da União, Brasília: Ministério da Saúde, Seção 1, p. 59,13 de jun., 2013c.

BRASIL. **Diretrizes de Atenção à Gestante**: a operação Cesariana. Ministério da Saúde. Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologia no SUS. Abril, 2015a. Disponível em: http://conitec.gov.br/images/Consultas/Relatorios/2015/Relatorio_PCDDTCesariana_CP.pdf. Acesso em: 28 jan. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1.130, de 5 de agosto de 2015**. Brasil: Ministério da Saúde. 2015b. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2015/prt1130_05_08_2015.html. Acesso em: 30 de nov. 2020.

BRASIL. **Política Nacional de Saúde Integral da População Negra**: Uma política do SUS. Ministério da Saúde, Brasília, 3 ed., 2017a. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_saude_populacao_negra_3d.pdf. Acesso em: 20 fev. 2021.

BRASIL. **Atenção Humanizada ao Recém-nascido.** Método Canguru. Manual técnico. Ministério da Saúde, Brasília, 3 ed., 2017b. Disponível em: https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/atencao_humanizada_metodo_canguru_manual_3ed.pdf. Acesso em: 20 fev. 2021.

BRASIL. **Nascidos Vivos.** Datasus, 2018a. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/defthtm.exe?sinasc/cnv/nvuf.def>. Acesso em: 25 jul. 2021.

BRASIL. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança:** orientações para a implementação. Brasília: Ministério da saúde, 2018b. Disponível em: <https://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br/wpcontent/uploads/2018/07/Pol%C3%ADtica-Nacional-de-Aten%C3%A7%C3%A3o-Integral-%C3%A0-Sa%C3%BAde-da-Crian%C3%A7a-PNAISC-Vers%C3%A3o-Eletr%C3%B4nica.pdf>. Acesso em: 08 abr. 2020.

BRASIL. **Guia do pré-natal do Parceiro para Profissionais de Saúde.** Brasília: Ministério da Saúde, 2018c. Disponível em: https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia_pre_natal_profissionais_saude.pdf. Acesso em: 23 jul. 2021.

BRASIL. Secretária Executiva da Rede Nacional Primeira Infância. **O custo da prematuridade para a saúde pública ultrapassa R\$ 8 bilhões por ano no país,** 2019. Disponível em: <http://primeirainfancia.org.br/o-custo-da-prematuridade-para-a-saude-publica-ultrapassa-r-8-bilhoes-por-ano-no-pais/#:~:text=agosto%20de%202019,O%20custo%20da%20prematuridade%20para%20a%20sa%C3%BAde%20p%C3%ABlica%20ultrapassa%20R,bilh%C3%B5es%20por%20ano%20no%20pa%C3%ADs&text=O%20impacto%20do%20nascimento%20de,ela%20deixa%20para%20as%20fam%C3%ADlias>. Acesso em: 10 set. 2020.

BRASIL. **Juntos para os bebês nascidos muito cedo, cuidando do futuro:** 17/11-Dia Mundial da Prematuridade. Ministério da Saúde, 2020a. Disponível em: <http://biblious.saude.gov.br/index.php/artigos/14-noticias/261-juntos-para-os-bebes-nascidos-muito-cedo-cuidando-do-futuro-17-11-dia-mundial-da-prematuridade>. Acesso em: 29 dez. 2020.

BRASIL. **Quatro de sete indicadores do Previnê têm foco na saúde das mulheres.** Brasília: mar. 2020b. Disponível em: <https://aps.saude.gov.br/noticia/7557>. Acesso em: 08 set. 2020.

BRASIL. **Os Objetivos de Desenvolvimento Sustentável no Brasil.** Brasília, 2020c. Disponível em: <https://brasil.un.org/pt-br/sdgs/3>. Acesso em: 01 out. 2020.

BRASIL. **Indicadores de Mortalidade.** s/d. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/idb2000/fqc01.htm>. Acesso em: 10 ago. 2020.

BRASIL. **Portaria de Consolidação N° 3, de 28 de setembro de 2017.** Disponível em: https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prc0003_03_10_2017.html#ANEXO1. Acesso em: 30 maio 2021.

BULHÔES, T. R. B. *et al.* Prevalência de Recém-nascidos Pré-termo de mães adolescentes. **Rev. Mult. Psic.** v.11, n.39, 2017.

CALDAS, C. S. O. *et al.* Desempenho nas habilidades da linguagem em crianças nascidas prematuras e com baixo peso e fatores associados. **Audiol. Commun. Res.**, São Paulo, v. 19, n. 2, p. 158-166, June 2014. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2317-64312014000200158&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 29 nov. 2020.

CARRARO, G.; SILVA, J. A.; COSTA, S. R. Produção de conhecimento: interface entre Serviço Social e Saúde. In: CARVALHO, D. B. B. *et al* (orgs.) **Pesquisa em Serviço Social e temas contemporâneos**. São Paulo: Cortez, 2020.

CBO. Classificação Brasileira de Ocupações. **Relatório de título**. Ministério do Trabalho, 2002.

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, p. 37-46. Out. 2019. Disponível em: <https://www.thelancet.com/action/showPdf?pii=S2214-109X%2818%2930451-0>. Acesso em: 02 abr. 2020.

CNJ, CONSELHO NACIONAL DE JUSTIÇA. **CNJ Serviço**: conheça os direitos da gestante e lactante. s/d. Disponível em: <https://www.cnj.jus.br/cnj-servico-conheca-os-direitos-da-gestante-e-lactante/>. Acesso em 15 jul. 2021

DINIZ, E.; KOLLER, S. H. Fatores Associados à Gravidez em Adolescentes Brasileiros de Baixa Renda. **Paidéia**, v. 22, n. 53, p. 305-314, 2012. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/paideia/v22n53/02.pdf>. Acesso em: 02 maio 2021.

DOMINGUES, R. M. S. *et al.* Adequação da assistência pré-natal segundo as características maternas no Brasil. **Ver. Panam Salud Publica**. v.37, n.3, 2015. Disponível em: <https://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br/wp-content/uploads/2018/07/v37n3a03.pdf>. Acesso em: 01 maio 2021.

ESPÍRITO SANTO. Secretaria de Estado da Saúde. **Plano Diretor de Regionalização da Saúde**. Vitória (ES): SESA, 2011.

ESPÍRITO SANTO. SESA, Secretaria de Estado de Saúde do Espírito Santo. Plano Estadual de Saúde. **Diversidade étnico-racial do Espírito Santo**. Vitória, 2016. Disponível em: <https://saude.es.gov.br/Media/sesa/Planejamento/PES%20-%20PLANO%20ESTADUAL%20DE%20>. Acesso em: 07 jun. 2021.

ESPÍRITO SANTO. Secretaria de Estado da Saúde. **Plano Estadual de Saúde 2020-2023**. Vitória (ES): SESA, 2019. Disponível em: <https://saude.es.gov.br/Media/sesa/Planejamento/Plano%20Estadual%20de%20Sa%C3%BAde%20-%20PES%20-2020-2023.pdf>. Acesso em: 07 jun. 2021.

ESPÍRITO SANTO. Secretaria de Estado da Saúde. **Resolução nº153/2020**. Vitória (ES): SESA, 2020.

ESPÍRITO SANTO, Governo do Estado do Espírito Santo. **Economia diversificada**. Vitória (ES), s/d. Disponível em: <https://www.es.gov.br/economia-diversificada-2>. Acesso em: 16 jun. 2021.

ESPIRITO SANTO; SECRETÁRIA DA SAÚDE. **Protocolo de Vinculação da gestante**. Vitória, 2016. Disponível em: <https://saude.es.gov.br/Media/sesa/Protocolo/Protocolo%20Vinculacao%20da%20Gestante.pdf>. Acesso em: 25 maio 2021.

FIGUEIRÓ, A. V.; RIBEIRO, R. L. Vivência do preconceito racial e de classe na doença falciforme. **Saúde e Sociedade**. v. 1, n. 26, Jan-mar, 2017. Disponível em: <https://www.scielo.org/article/sausoc/2017.v26n1/88-99/>. Acesso em: 22 nov. 2020.

FIOCRUZ. **Nascer no Brasil: pesquisa revela número excessivo de cesarianas**. Maio, 2014. Disponível em: <https://portal.fiocruz.br/noticia/nascer-no-brasil-pesquisa-revela-numero-excessivo-de-cesarianas>. Acesso em: 17 fev. 2021.

FIOCRUZ. **Taxa de bebês prematuros no país é quase o dobro do que em países da Europa**. Brasil: Fiocruz, dez. 2016. Disponível em: <https://portal.fiocruz.br/noticia/taxa-de-bebes-prematuros-no-pais-e-quase-o-dobro-do-que-em-paises-da-europa>. Acesso em: 10 set. 2020.

FIORIN, P. C.; OLIVEIRA, C. T.; DIAS, A. C. G. Percepções de mulheres sobre a relação entre trabalho e maternidade. **Rev. bras. orientac. prof**, São Paulo, v. 15, n. 1, p. 25-35, jun. 2014. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S167933902014000100005&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 04 maio 2021.

FONTELLES, M. J. *et al.* **Metodologia da pesquisa científica**: diretrizes para a elaboração de um protocolo de pesquisa. 2009. Disponível em: https://files.cercomp.ufg.br/weby/up/150/o/Anexo_C8_NONAME.pdf. Acesso em: 07 jun. 2021.

FRANÇA, E. B. *et al.* Principais causas da mortalidade na infância no Brasil, em 1990 e 2015: estimativas do estudo de Carga Global de Doença. **Rev. Bras Epidemiol**, v.1 n.20, p. 46-60, mai. 2017. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/rbepid/v20s1/1980-5497-rbepid-20-s1-00046.pdf>. Acesso em: 01 ago. 2020.

GEORGE, F. **Sobre determinantes da saúde**. Lisboa, set. 2011. Disponível em: <https://www.dgs.pt/ficheiros-de-upload-2013/publicacoes-de-francisco-george-sobre-determinantes-da-saude-pdf.aspx>. Acesso em: 15 ago. 2020.

GOLDENBERG, R. L. *et al.* The preterm birth syndrome: issues to consider in creating a classification system. **American Journal of Obstetrics & Gynecology**. v. 2, n.206, p.113-118, fev. 2012. Disponível em: https://media.tghn.org/articles/The_preterm_birth_syndrome_issues_to_consider_in_creating_a_classification_system.pdf. Acesso em: 08 ago. 2020.

GONÇALVES, Z. R.; MONTEIRO, D. L. M. Complicações maternas em gestantes com idade avançada. **Femina**, v.40, n.5, Set/out. 2012. Disponível em: <http://files.bvs.br/upload/S/0100-7254/2012/v40n5/a3418.pdf>. Acesso em: 25 nov. 2020.

GONZAGA, R. L. *et al.* Atenção pré-natal e fatores de risco associados à prematuridade e baixo peso ao nascer em capital do nordeste brasileiro. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 6, p. 1965-1974, Jun.2016. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141381232016000601965&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 17 set. 2019.

GUIMARAES, E. A. A. *et al.* Prevalência e fatores associados à prematuridade em Divinópolis, Minas Gerais, 2008-2011: análise do Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos. **Epidemiol. Serv. Saúde**, Brasília, v. 26, n. 1, p. 91-98, mar. 2017. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2237-96222017000100091&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 02 maio 2021.

GUIMARÃES, N. M. *et al.* Partos no Sistema Único de Saúde (SUS) brasileiro: prevalência e perfil das parturientes. **Brazilian Journal of Development**, Curitiba, v. 7, n. 2. P. 11942-11958, fev, 2021.

GRAVENA, A. A. F. *et al.* Idade materna e fatores associados a resultados perinatais. **Acta paul. enferm.**, São Paulo, v. 26, n. 2, p. 130-135, 2013. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010321002013000200005&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 23 out. 2020.

HACKBARTH, B. B. *et al.* Suscetibilidade à prematuridade: investigação de fatores comportamentais, genéticos, médicos e sociodemográficos. **Rev. Bras. Ginecol. Obstet.**, Rio de Janeiro, v. 37, n. 8, p. 353-358, 2015. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/rbgo/v37n8/0100-7203-rbgo-37-08-00353.pdf>. Acesso em: 23 nov. 2020.

HOSPITAL EVANGÉLICO [Site Institucional]. **Cachoeiro de Itapemirim**, 2021. Disponível em: <http://www.heci.com.br/especialidades/maternidade/>. Acesso em: 18 fev. 2021.

HYDALL, A. R. S.; DUARTE, R. N.; COSTA, R. S. L. Partos prematuros em adolescentes em Rio Branco-Acre no ano de 2015. **DêCiência em Foco**, v. 1, n. 2, p. 34-44, 2018.

IBGE. **Índice de Desenvolvimento Humano**. Brasil, 2010. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/es/panorama>. Acesso em: 22 jul. 2021.

IBGE. **Censo demográfico**. v. 4, p. 4-9, 2017. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/es/panorama>. Acesso em: 02 set. 2020.

IBGE. **Senso dos Indicadores Sociais**. 2018. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/pesquisa/10091/82292>. Acesso em: 10 fev. 2021.

IBGE. **Índice de desenvolvimento Humano. Brasil.** 2019. Disponível em: <https://paises.ibge.gov.br/#/mapa/brasil>. Acesso em: 19 abr. 2021.

IBGE. **Projeção da População do Brasil.** Brasil, 2020. Disponível em: <https://brasilemsintese.ibge.gov.br/populacao/taxas-brutas-de-natalidade.html>. Acesso em: 04 out. 2020.

IBGE. **CONCLA:** Classificações Estatísticas e a Comissão Nacional de Classificação. Brasil, 2021. Disponível em: <https://concla.ibge.gov.br/concla.html>. Acesso em: 21 jun. 2021.

IJSN. Instituto Jones dos Santos Neves. **Perfil da Pobreza no Espírito Santo.** Vitória (ES), 2018. Disponível em: <http://www.ijsn.es.gov.br/component/attachments/download/6214>. Acesso em: 07 jun. 2021.

INCA, Instituto Nacional de Câncer. **Dados e números da prevalência do tabagismo.** Ministério da Saúde, 2021. Disponível em: <https://www.inca.gov.br/observatorio-da-politica-nacional-de-controle-do-tabaco/dados-e-numeros-prevalencia-tabagismo>. Acesso em: 03 maio 2021.

IPEA. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada. **Objetivos de Desenvolvimento Sustentável.** 2019. Disponível em: <https://www.ipea.gov.br/ods/ods3.html>. Acesso em: 28 nov. 2020.

JACQUES, S. M. C. **Bioestatística:** princípios e aplicações. Porto Alegre: Artmed, 2003.

KEELAN, J. A.; NEWNHAM, J. P. Recent advances in the prevention of pretermbirth. **F1000 Faculty Rev.**, v. 6, p. 1139, 2017. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5516782/pdf/f1000research-6-12290.pdf>. Acesso em: 29 jan. 2021.

KLEIN, V. C. et al. Neonatal characteristics and temperament predict behavior problems in children born preterm. **J. Hum. Growth Dev.**, São Paulo, v. 25, n. 3, p. 331-340, 2015. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010412822015000300013&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 04 maio 2021.

KLOSSOSWSKI, D. G. et al. Assistência integral ao recém-nascido prematuro: implicações das práticas e da política pública. **Rev. CEFAC**, São Paulo, v. 18, n. 1, p. 137-150, fev. 2016. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S151618462016000100137&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 29 nov. 2020.

LAFETA, K. R. G. et al. Sífilis materna e congênita, subnotificação e difícil controle. **Rev. bras. epidemiol.**, São Paulo, v. 19, n. 1, p. 63-74, Mar. 2016. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-790X2016000100063&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 03 fev. 2021.

LANSKY, S. et al. Pesquisa Nascer no Brasil: ortalidade neonatal e avaliação da assistência à gestante e ao recém-nascido. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 30, supl. 1, p. S192-S207, 2014. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102311X2014001300024&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 25 nov. 2020.

LANZILLOTTI, L. S. **Eventos adversos na unidade de terapia intensiva neonatal e sua interferência no óbito neonatal precoce**. Tese (Doutorado). FIOCRUZ; Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro, 2015. Disponível em: <http://www6.ensp.fiocruz.br/visa/files/lanzillottisd.pdf>. Acesso em: 09 maio 2021.

LEAL, M. C. GAMA, S. G. N. **Nascer no Brasil: Inquérito Nacional sobre parto e nascimento**. Fiocruz, 2012. Disponível em: <http://www.ensp.fiocruz.br/portal-ensp/informe/site/arquivos/anexos/nascerweb.pdf>. Acesso em: 30 jan. 2021.

LEAL, M, C.; GAMA, S. G. N. Nascer no Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 30, supl. 1, p. S5, 2014. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102311X2014001300001&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 30 jan. 2021.

LEAL, M. C. et al. Determinantes do óbito infantil no Vale do Jequitinhonha e nas regiões Norte e Nordeste do Brasil. **Revista Saúde Pública**. V. 52, p. 12, 2017. Disponível em: https://www.scielo.br/pdf/rsp/v51/pt_0034-8910-rsp-S1518-87872017051006391.pdf. Acesso em: 20 nov. 2020.

LEITE, et. al. Implicações para o Feto e Recém-Nascido da Violência Durante a Gestação: Revisão Sistemática. **J. res.: fundam. care**. Online, n. 11, p. 533-539, 2019.

LEONE, C.R. Determinantes de Prematuridade. **Bol. Inst. Saúde**, v.1, n.16, p.98-104, 2015. Disponível em: <https://docs.bvsalud.org/biblioref/2019/11/1026403/bis-v16n1-estrategias-para-alcancar-98-104.pdf>. Acesso em: 26 nov. 2020.

LEMOS, R.A., et. al. Estudo da prevalência de morbidades e complicações neonatais segundo o peso ao nascimento e a idade gestacional em lactentes de um serviço de follow-up. **Rev. APS**, Juiz de Fora, v. 13, n. 3, p. 277-290, jul./set. 2010.

LEOPERCIO, W.; GIGLIOTTI, A. Tabagismo e suas peculiaridades durante a gestação: uma revisão crítica. **J. bras. pneumol.**, São Paulo, v. 30, n. 2, p. 176-185, Apr. 2004. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S180637132004000200016&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 3maio2020.

LIU, L., et al. Global, regional, and national causes of under-5 mortality in 2000–15: anup dated systematic analysis with implications for the Sustainable Development Goals. **Lancet**, v.388, p.3027-35, 2016. Disponível em: <https://www.thelancet.com/action/showPdf?pii=S0140-6736%2816%2931593-8>. Acesso em:13 fev. 2021.

MAIA, et al. Near miss neonatal em unidade de terapia intensiva. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, v. 73, n. 6, 2020. Disponível em:

http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S003471672020000600157&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 10 set. 2020.

MAIA, L. S. T., SOUZA, WW. V., MENDES, A. C. G. Determinantes individuais e contextuais associados à mortalidade infantil nas capitais brasileiras: uma abordagem multinível. **Cad. Saúde Pública**, v.2, n. 36, 2020. Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/csp/a/5H3YpQRg9hyWsvKmDdmG9yG/?lang=pt>. Acesso em: 28 jul. 2021.

MALTA, D. C., MOURA, L. de, BERNAL, R. T. I. Diferenciais dos fatores de risco de Doenças crônicas não transmissíveis na perspectiva de raça/cor. **Rev. Ciência e Saúde Coletiva**, v. 3, n. 20, p. 713-725, 2015. Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/csc/a/7NTw4vts4sV5Z8PrWHT4ytk/?lang=pt&format=pdf>. Acesso em: 17 jun. 2021.

MACHADO, A. K. F.; MARMITT, L. P.; CESAR, J. A. Prematuridade tardia no extremo Sul do Brasil: um estudo de base populacional. **Rev. Bras. Saúde Mater. Infant.** v. 2, n. 16, abr/jun 2016. Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/rbsmi/a/6b7mZ39BwhbvTqczkhWxNSc/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 25 jul. 2021.

MATIJASEVICH, A. et al. Estimativas corrigidas da prevalência de nascimentos pré-termo no Brasil, 2000 a 2011. **Epidemiol. Serv. Saúde**, Brasília, v. 22, n. 4, p. 557-564, dez. 2013. Disponível em:

http://scielo.iec.gov.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S167949742013000400002&lng=pt&nrm=iso. Acessos em: 30 jan. 2021.

MATOS, G. C. Rede de apoio familiar à gravidez e ao parto na adolescência: uma abordagem moscovitiana. **J. Nurs. Health.** v.1, n.9, p.199106, 2019.

MELO, E. C.; OLIVEIRA, R. R.; MATHIAS, T. A. F. Factors associated with the quality of prenatal care: an approach to premature birth. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo, v. 49, n. 4, p. 0540-0549, ago. 2015. Disponível em:

http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S008062342015000400540&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 18 ago. 2020.

MWAMAKAMBA, L. W.; ZUCCHI P. Estimativa de custo de internações hospitalares para recém-nascidos prematuros de mães adolescentes em um hospital público brasileiro. **Einstein**, São Paulo, v. 12, n. 2, p. 223-229, junho, 2014. Disponível em:

http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-45082014000200223&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 17 set. 2019.

MENDES, E. V. **As Redes de Atenção à Saúde**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde. 2011.

MINISTÉRIO DO TRABALHO E EMPREGO. **Classificação brasileira de ocupações**. BRASÍLIA, 3. ed, 2010. Disponível em:

<https://wp.ufpel.edu.br/observatoriosocial/files/2014/09/CBO-Livro-1.pdf>. Acesso em: 07 jul. 2021.

MIRANDA, A.M.; CUNHA, D.I.B.; GOMES, S.M.F. A influência da tecnologia na sobrevivência do recém-nascido prematuro extremo de muito baixo peso: revisão integrativa. **Rev. Min. Enferm.** v. 3, n. 14, p. 435-442, jul-set, 2010. Disponível em: <https://cdn.publisher.gn1.link/reme.org.br/pdf/v14n3a19.pdf>. Acesso em: 26 nov. 2020.

MORAES, L. M. V. et al. Fatores associados à peregrinação para o parto em São Luís (Maranhão) e Ribeirão Preto (São Paulo), Brasil: uma contribuição da coorte BRISA. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 11, n. 34, 2018. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/DHJWcCxQ7X7j6wzJYZ4kD3z/?lang=pt&format=pdf>. Acesso em: 30 jun. 2021.

MOURA, M.D.R. Hipertensão Arterial na Gestação - importância do seguimento materno no desfecho neonatal. **Com. Ciências Saúde**, v. 1, n. 22, p. 113-120, 2011. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/artigos/hipertensao_arterial_gestacao.pdf. Acesso em: 22 nov. 2020.

MONTERO, A. A. et al. Riesgos maternos asociados a laprematuridad. **Multimed, Granma**, v. 23, n. 5, p. 1155-1173, oct. 2019. Disponível em: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S102848182019000501155&lng=es&nrm=iso. Acesso em: 2 maio 2021.

MONTELEONE, P. A. A. **Comparação entre uma transferência eletiva de dois embriões e duas transferências eletivas sequenciais de um embrião**: impactos na taxa de sucesso e de gestação múltipla. Tese (doutorado). Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. Programa de Obstetrícia e Ginecologia. Orientador: Paulo Cesar Serafini. São Paulo, 2017. Disponível em: <https://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/5/5139/tde-14122017-132701/publico/PedroAugustoAraujoMonteleone.pdf>. Acesso em: 03 maio 2021.

NASCIMENTO, R. M. et al. Determinantes da mortalidade neonatal: estudo caso-controle em Fortaleza, Ceará, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 28, n. 3, p. 559-572, mar., 2012. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102311X2012000300016&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 17 nov. 2020.

NASCIMENTO, G. B. et al. Indicadores de risco para a deficiência auditiva e aquisição da linguagem e sua relação com variáveis socioeconômicas, demográficas e obstétricas em bebês pré-termo e a termo. **CoDAS**, São Paulo, v. 32, n. 1, e20180278, 2020. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S231717822020000100315&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 27 abr. 2021.

NERY, B. L. S. **Efeitos do Álcool na gestação e seus impactos no neonato**: uma revisão integrativa. Brasília, 2014. Disponível em:

https://bdm.unb.br/bitstream/10483/9310/1/2014_BrunoLeonardoSoaresNery.pdf. Acesso em: 7 fev. 2021.

NETO, E. T. S. et al. Políticas de Saúde materna no Brasil: os nexos com indicadores de saúde materno-infantil. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 17, n. 2, p. 107-119, 2008. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sausoc/a/hHYL5zwfpBRd88Bcd6bzsTp/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 18 jun. 2021.

OLIVEIRA, L. L. et al. Fatores maternos e neonatais relacionados à prematuridade. **Rev. Esc. Enferm. USP**, São Paulo, v. 50, n. 3, p. 382-389, Jun. 2016. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342016000300382&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 10 dez. 2020.

OLIVEIRA, K. A. et al. Associação entre raça/cor da pele e parto prematuro: revisão sistemática com meta-análise. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v.52, 26, 2018. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102018000100503&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 03 maio 2021.

OLIVEIRA, A. A. et al. Fatores associados ao nascimento pré-termo: da regressão logística à modelagem com equações estruturais. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 35, n. 1, e00211917, 2019. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/CCFn5kvvbfQKd4hvqyJnnjK/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em 16 jul. 2021.

OLIVEIRA, L. H.; MOURA, R. P. Prematuridade e perda laboral de mulheres da região Metropolitana de Porto Alegre-RS. **ABOP**, Campinas (SP), 1. Ed., p. 83-88, 2020. Disponível em: https://abopbrasil.org.br/wp-content/uploads/2020/10/ABOP_2020_v3.pdf#page=83. Acesso em: 07 jul. 2021.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Guidelines for development, adaptation and evaluation**. Geneva, 1994. Disponível em: http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/39355/9241544643_eng.pdf;jsessionid=517EA76BDDE7907457301C2CBA56F50D?sequence=1. Acesso em: 21 abr. 2021.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Born Too Soon: The Global Action Report on Preterm Birth**. Eds CP Howson, MV Kinney, JE Lawn. Geneva, 2012. Disponível em: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44864/9789241503433_eng.pdf;jsessionid=EC0409FD426889A5E59E1FE4BC796375?sequence=1. Acesso em: 27 mar. 2020.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Como melhorar os desfechos clínicos nos partos prematuros**. 2015a. Disponível em: <http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/204270/WHO-RHR-15.22-por.pdf?sequence=14>. Acesso em: 28 jul. 2021.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **Declaração da OMS sobre Taxas de Cesáreas**, 2015b. Disponível em: http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/161442/WHO_RHR_15.02_por.pdf;jsessionid=517EA76BDDE7907457301C2CBA56F50D?sequence=1

ssionid=48F8218DB6D1DBF42E8E54F9B2DEFCCA?sequence=3. Acesso em: 26 maio 2021.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Estimates Developed by the UN Inter-agency Group for Child Mortality Estimation**, 2017. Disponível em:

https://crianca.mppr.mp.br/arquivos/File/publi/unicef_relatorios/child_mortality_report_unicef_2017.pdf. Acesso em: 21 ago. 2020.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Pretermbirth**. Geneva. Fev, 2018a.

Disponível em: <https://www.who.int/en/news-room/fact-sheets/detail/preterm-birth>. Acesso em: 24 nov. 2020.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Novas estimativas globais sobre nascimento prematuro publicadas**. 2018b. Disponível em:

<https://www.who.int/reproductivehealth/global-estimates-preterm-birth/en/>. Acesso em 28 jul. 2021.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Recomendações da OMS sobre o atendimento pré-natal para uma experiência gestacional positiva**. Maternal and ChildSurvivalProgram, 2018c. Disponível em: <https://www.mcsprogram.org/wp-content/uploads/2018/07/ANCOverviewBrieferA4PG.pdf>. Acesso em: 21 jul. 2021.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Estimates Developed by the UN Inter-agency Group for Child Mortality Estimation**, 2020. Disponível em:

<https://childmortality.org/wp-content/uploads/2020/09/UNICEF-2020-Child-Mortality-Report.pdf>. Acesso em: 19 nov. 2020.

OPAS. Organização Pan-americana da Saúde. **Quase 30 milhões de recém-nascidos prematuros e doentes necessitam de tratamento para sobreviver todos os anos**. Brasília, Dez. 2018. Disponível em:

<https://www.paho.org/pt/noticias/13-12-2018-quase-30-milhoes-recem-nascidos-prematuros-e-doentes-necessitam-tratamento-para>. Acesso em: 10 set. 2020.

OPAS. Organização Pan-americana da Saúde; OMS, Organização Mundial da Saúde; BIREME, Centro Latino-americano e do Caribe de Informações em Ciências da Saúde. **Tipos Metodológicos de Estudo**. 2018. Disponível em:

https://docs.bvsalud.org/oer/2018/07/842/aula-1-tipos-metodologicos-de-estudos_2.pdf. Acesso em: 07 jun. 2021.

PANDOVANI, C.; OLIVEIRA, R.R.; PELLOSO, S. M. Sífilis na gestação: associação das características maternas e perinatais em região do sul do Brasil. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, v. 26, p. 3019, 2018. Disponível em:

https://www.scielo.br/pdf/rlae/v26/pt_0104-1169-rlae-26-e3019.pdf. Acesso em: 22 nov. 2020.

PEREIRA, A. P. E. et al. Determinação da idade gestacional com base em informações do estudo Nascer no Brasil. **Cad Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 30, p. 59-70, 2014. Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/csp/a/mdQJwcQXhMYGCZMBrhDM7Zp/?lang=pt&format=pdf>. Acesso em: 20 jun. 2021.

PEREIRA, J. C. **Nascer em Belo Horizonte: desfechos neonatais desfavoráveis.** Orientador: Edna Maria Rezende. 2015. 150f. Dissertação (Mestrado) Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2015.

PEREIRA, A. F. A. et al. Relação entre cortisol e síndrome metabólica. **UNIFACS**, v. 17, 2018.

PICANÇO, M. R. A. *et al.* Gravidez na adolescência. **Residência Pediátrica**, v. 3, n. 5, p. 42-46, 2015. Disponível em: <https://cdn.publisher.gn1.link/residenciapediatrica.com.br/pdf/v5n3s1a09.pdf>. Acesso em: 20 jun. 2021.

PINTO, K. R. T. F. et al. Gravidez na adolescência: perfil das mães e de sua gestação. **Rev. Uningá**, v. 27, n. 2, p. 09-14, jul/set, 2016. Disponível em: <http://revista.uninga.br/index.php/uningareviews/article/view/1825/1427>. Acesso em: 2 jul. 2021.

PIZZO, L. G. P. et al. Mortalidade infantil na percepção de gestores e profissionais de saúde: determinantes do seu declínio e desafios atuais em município do sul do Brasil. **Saúde soc.**, São Paulo, v. 23, n. 3, p. 908-918, Sept. 2014. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010412902014000300908&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 2 maio 2021.

QUARESMA, M. E. et al. Factors associated with hospitalization during neonatal period. **J. Pediatr. (Rio J.)**, Porto Alegre, v. 94, n. 4, p. 390-398, Aug. 2018. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0021-75572018000400390&lng=en&nrm=iso. Acesso em 02 maio 2021.

RAIMUNDO, J. Z.; ECHEIMBERG, J. O.; LEONE, C. Tópicos de Metodologia de Pesquisa: estudos de corte transversal. **Journal of Human Growth and Development**, v. 3, n. 28, p. 356-360, 2018. Disponível em: <https://www.revistas.usp.br/jhgd/article/view/152198/149017>. Acesso em: 07 jun. 2021.

RAMOS, D.R., et. al. **Perfil de prematuridade na região Metropolitana de Espírito Santo: contribuições para as políticas de saúde.** Ciências Sociais Aplicadas: Organizações, Inovações e Sustentabilidade. Editora: Atena, 2020.

RAMOS, H. A. C.; CUMAN, R. K. N. Fatores de Risco para prematuridade: pesquisa documental. ES. **Anna Nery Rev. Enferm**, v. 2, n. 13, p. 297-304, abri/jun, 2009. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ean/a/rYLmLFg393yYQmYLztrZ9PL/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 18 jul. 2021.

REDE INTERAGENCIAL DE INFORMAÇÃO PARA A SAÚDE; ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. **Indicadores básicos para a saúde no Brasil conceitos e aplicações.** 2. ed. p. 349, 2008. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/tabdata/livroidb/2ed/indicadores.pdf>. Acesso em: 18 ago. 2020.

ROCHA, P. R.; DAVID, H. M. S. L. Determinação ou Determinantes? Uma discussão com base na teoria da produção social de saúde. **Rev. Esc. Enferm. USP**, v.1, n.49, p. 129-135, 2015.

RODRIGUES, L. R. **Influência dos determinantes sociais nas condições de nascimento na Região Metropolitana de Saúde do Espírito Santo**. Vitória (ES), 2020.

ROSA, C. Q., SILVEIRA, D. S., COSTA, J. S. D. Fatores associados à não realização de pré-natal em município de grande porte. **Rev. Saúde Pública**, v. 6, n. 48, dez 2014. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rsp/a/8ck76857qYSznT35jfCp7Qy/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 27 jun. 2021.

SÁ, I. A. B.; PIAZZA, V. C. **As mulheres e o mercado de trabalho**: Um estudo de caso sobre a importância do empreendedorismo de mulher. Centro Universitário: São Lucas, 2017. Disponível em: <http://repositorio.saolucas.edu.br:8080/xmlui/bitstream/handle/123456789/3620/Isadora%20Alta%20Batista%20de%20S%C3%A1,%20Vanessa%20da%20Costa%20Piazza%20%20As%20mulheres%20e%20o%20mercado%20de%20trabalho%20um%20estudo%20de%20caso%20sobre%20a%20import%C3%A2ncia%20do%20empreendedorismo%20da%20mulher%20.pdf?sequence=1>. Acesso em: 07 jul. 2021.

SADOVSKY, A. D. I. et al. Iniquidades socioeconômicas em nascimentos prematuros em quatro estudos brasileiros de coortes de nascimento. **J. Pediatr. (RioJ.)**, Porto Alegre, v. 94, n. 1, p. 15-22, Feb. 2018. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S002175572018000100015&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 30 jan. 2021.

SANTA CATARINA. **Linha de Cuidado Materno Infantil**. Florianópolis, 2019. Disponível em: <https://www.saude.sc.gov.br/index.php/informacoes-gerais-documentos/redes-de-atencao-a-saude-2/rede-aten-a-saude-materna-e-infantil-rede-cegonha/16093-linha-de-cuidado-materno-infantil/file>. Acesso em: 26 maio 2021.

SANTOS, N. L. A. C. *et al.* Gravidez na adolescência: análise de fatores de risco para baixo peso, prematuridade e cesariana. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 3, p. 719-726, Mar. 2014. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141381232014000300719&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 17 set. 2019.

SANTOS, J. P. F. **Explorando o conceito de Nears Miss em Saúde Perinatal: Nears Miss Neonatal**. Campinas, 2015. Disponível em: http://repositorio.unicamp.br/jspui/bitstream/REPOSIP/312756/1/Santos_JulianaPaulaFerrazdos_M.pdf. Acesso em: 17 fev. 2021.

SANTOS, L. A. V. et al. História gestacional e características da assistência pré-natal de puérperas adolescentes e adultas em uma maternidade do interior de Minas Gerais, Brasil. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 2, p. 617-625, fev. 2018. Disponível em:

http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141381232018000200617&ng=pt&nrm=iso Acesso em: 03 maio 2021.

SBRA. Sociedade Brasileira de Reprodução Assistida. **Brasil líder ranking da América Latina em reprodução Assistida**. Dezembro, 2019. Disponível em: <https://sbra.com.br/noticias/brasil-lidera-ranking-da-america-latina-em-reproducao-assistida-aponta-levantamento/>. Acesso em: 07 fev.2021.

SENA, C.D. et. al. Ocorrência de Violência Doméstica em Mulheres que tiveram parto prematuro. **Revista Baiana de Enfermagem**, Salvador, v. 26, n. 2, p. 488-497, maio/ago, 2012.

SENICATO, C.; LIMA, M. G.; BARROS, M. B. A. Ser trabalhadora remunerada ou dona de casa associa-se à qualidade de vida relacionado à saúde. **Cad. Saúde Pública**, v. 8, n. 32, agosto, 2016. Disponível em: <https://www.scielosp.org/article/csp/2016.v32n8/e00085415/pt/>. Acesso em: 07 jul. 2021.

SILVA, A. L. S., ALMEIDA, L. C. G. Vivência de mulheres frente à peregrinação para o parto. **Rev. Eletrôn. Atualiza em Saúde**, Salvador, v.2, n.2, jul/dez, 2015. Disponível em: <http://atualizarevista.com.br/wp-content/uploads/2015/07/Viv%C3%A0ncia-de-mulheres-frente-%C3%A0-peregrina%C3%A7%C3%A3o-para-o-parto-v.2-n.2.pdf>. Acesso em: 27 jun. 2021.

SLEUTJES, Fernanda Cristina Manzini et al. Fatores de risco de óbito neonatal em região do interior paulista, Brasil. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 8, p. 2713-2720, Aug. 2018. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141381232018000802713&ng=en&nrm=iso. Acesso em: 02 maio 2021.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA. **Prevenção da prematuridade** – uma intervenção da gestão e da assistência. Documento Científico Departamento Científico de Neonatologia, n.2, nov. 2017. Disponível em: https://www.sbp.com.br/fileadmin/user_upload/20399bDocCient__Prevencao_da_prematuridade.pdf. Acesso em: 20 abr. 2020.

SOUZA, S.; DUIM, E.; NAMPO, F. K. Determinants of Neonatal Mortality in the largest international border of Brasil: a case-control study. **BMC Public Health**, V.19, p. 1304, 2019.

SOUZA, R. T.; CECATTI, J. G. A Comprehensive Integrative Review of the Factors Associated with Spontaneous Preterm Birth, Its Prevention and Prediction, Including Metabolomic Markers. **Rev. Bras. Ginecol. Obstet.**, Rio de Janeiro, v. 42, n. 1, p. 51-60, jan. 2020. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010072032020000100051&ng=en&nrm=iso. Acesso em: 09 maio 2021.

SPSP. Sociedade de Pediatria de São Paulo. **17 de novembro: dia da prematuridade**, 2017. Disponível em: <https://www.spsp.org.br/2017/11/13/dia-mundial-da-prematuridade/>. Acesso em: 10 fev. 2021.

SZWARCWALD, C. L. et al. Avaliação das informações do Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (SINASC). Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 35, n. 10, e00214918, 2019. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102311X2019001205009&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 21 maio 2021.

TEIXEIRA, G. A. et al. Perfil de mães e o desfecho do nascimento prematuro ou a termo. **Cogitare enferm.**, Curitiba, v. 23, n. 1, e51409, 2018. Disponível em <http://www.revenf.bvs.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-85362018000100308&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 02 maio 2021.

TOMASI *et al.* Qualidade da atenção pré-natal na rede básica de saúde do Brasil: indicadores e desigualdades sociais. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 33, n. 3, 2017. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v33n3/1678-4464-csp-33-03-e00195815.pdf>. Acesso em: 21 ago. 2020.

UNICEF. Fundo das Nações Unidas para a Infância. **Levels and Trends in Child Mortality**. Grupo Interinstitucional das Nações Unidas para Estimativa da Mortalidade Infantil (UN IGME). Set, 2020. Disponível em: <https://data.unicef.org/resources/levels-and-trends-in-child-mortality/#>. Acesso em: 26 nov. 2020.

UNICEF. Fundo das Nações Unidas para a Infância. **Mortalidade materna e na infância**. Disponível em: <https://www.unicef.org/brazil/comunicados-de-imprensa/mortalidade-materna-e-na-infancia-mulheres-e-criancas-estao-sobrevivendo-cada-vez-mais>. Acesso em: 07 ago. 2021.

UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO. **Rede de Atenção à Saúde: a Rede Cegonha**. São Luis, ed. EDUFMA, 2016.

UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA. **Prematuridade**. Ebserh, novembro de 2016. Disponível em: <http://www2.ebserh.gov.br/documents/215335/4407336/Protocolo+Prematuridade.pdf/c17c2f08-ee68-4855-aadc-1aa41b4adcf0>. Acesso em: 24 maio 2021.

UNIVERSIDADE DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO. **Tipos de estudos epidemiológicos**. UERJ, Rio de Janeiro, setembro, 2019. Disponível em: <http://www.capcs.uerj.br/tipos-de-estudos-epidemiologicos/>. Acesso em: 07 jun. 2021.

VANIN, L. K. et al. Fatores de risco materno-fetais associados à prematuridade tardia. **Rev. Paul Pediatr**, v. 38, 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rpp/a/cDpY6xg3RsHkgj65S7jBxXd/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 27 jun. 2021.

VEIGA, S. P. et al. Incidência de infecções do trato urinário em gestantes e correlação com o tempo de duração da gestação. **Acta Biomedica Brasiliensia**. V. 8, n. 1, Julho, 2017.


VIELLAS, E.F, et.al. Prenatal care in Brazil. **Cad. Saúde Pública**. Rio de Janeiro, V. 30, p. 1-15, 2014. p.:1-15, 2014. Disponível em: https://www.scielo.br/pdf/csp/v30s1/en_0102-311X-csp-30-s1-0085.pdf. Acesso em: 23 nov. 2020.

YESUF, E. A., CALDERON-MARGALIT, R. Disparities in the use of antenatal care service in Ethiopia over a period of fifteen years. **BMC Pregnancy Childbirth**, v. 13, p. 131, junho 2013. Disponível em: <https://bmcpregnancychildbirth.biomedcentral.com/track/pdf/10.1186/1471-2393-13-131.pdf>. Acesso em: 05 jul. 2021.

ZELKOWITZ, P. **Prematuridade e seu impacto sobre o desenvolvimento psicossocial e emocional da criança**. 2 ed. McGillUniversity, 2017. Disponível em: <http://www.encyclopedia-crianca.com/sites/default/files/textes-experts/pt-pt/2568/prematuridade-e-seu-impacto-sobre-o-desenvolvimento-psicossocial-e-emocional-da-crianca.pdf>. Acesso em: 17 ago. 2020.

ANEXOS

ANEXO A – DECLARAÇÃO DE NASCIDO VIVO (DN)

 República Federativa do Brasil Ministério da Saúde 1ª VIA - SECRETARIA DE SAÚDE		Declaração de Nascido Vivo		
I	1 Nome do Recém-nascido			
	2 Data do nascimento			3 Sexo
	4 Peso ao nascer			5 Índice de Apgar
II	7 Local da ocorrência			8 Estabelecimento
	9 Endereço da ocorrência, se fora do estab. ou da resid. da Mãe (rua, praça, avenida, etc)			10 CEP
	11 Bairro/Distrito			12 Município de ocorrência
III	14 Nome da Mãe			15 Cartão SUS
	16 Escolaridade (última série concluída)			17 Ocupação habitual
	18 Data nascimento da Mãe			19 Idade (anos)
IV	26 Nome do Pai			29 Idade do Pai
	30 Histórico gestacional			
	31 Data da Última Menstruação (DUM)			32 Nº de semanas de gestação, se DUM ignorada
V	33 Número de consultas de pré-natal			34 Mês de gestação em que iniciou o pré-natal
	35 Tipo de gravidez			36 Apresentação
	37 O Trabalho de parto foi induzido?			38 Tipo de parto
VI	41 Descrever todas as anomalias congênitas observadas			
	42 Data do preenchimento			43 Nome do responsável pelo preenchimento
	44 Função			
VII	45 Tipo documento			46 Nº do documento
	47 Órgão emissor			
	48 Cartório			49 Registro
VIII	51 Município			52 UF
	50 Data			

ATENÇÃO: ESTE DOCUMENTO NÃO SUBSTITUI A CERTIDÃO DE NASCIMENTO

O Registro de Nascimento é obrigatório por lei.
Para registrar esta criança, o pai ou responsável deverá levar este documento ao cartório de registro civil.

ANEXO B - TERMO DE ANUÊNCIA PRÉVIA PARA A REALIZAÇÃO DE PESQUISA NO ÂMBITO DA SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DO ESPÍRITO SANTO



TERMO DE ANUÊNCIA PRÉVIA PARA A REALIZAÇÃO DE PESQUISA NO ÂMBITO DA SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DO ESPÍRITO SANTO

À SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DO ESPÍRITO SANTO

Encaminhamos em anexo o Protocolo de Pesquisa intitulada "Desfecho fetal: uma análise da via de parto e do número de consultas do pré-natal", que tem por objetivo: "Estabelecer se há correlação do número de consultas de pré-natal e da via de parto com a saúde perinatal e analisar o perfil sociodemográfico das gestantes atendidas nos últimos cinco anos no estado do Espírito Santo, Brasil".

Para a realização da Pesquisa, vimos solicitar de V.S. autorização para acesso às dependências do setor de banco de dados e obtenção dos dados necessários ao trabalho proposto.

Encaminhamos ainda, em anexo, o Requerimento de Pesquisa, os Termos de Confidencialidade e de Responsabilidade relativos às informações a serem obtidas, além de nos comprometermos em fornecer uma cópia do trabalho concluído, em mídia eletrônica.

Na expectativa de sua análise e manifestação, nos colocamos à disposição para outros esclarecimentos pertinentes ao nosso pedido.

Respeitosamente,

Assinatura PP Perim Data 12/11/2018

Nome e carimbo do pesquisador responsável pela pesquisa PAULA CAMPOS PERIM
Assinatura Flavio Takemi Kataoka Data 12/11/2018
Diretor
EMESCAM

Nome e carimbo da chefia imediata, gestora da instituição de origem do pesquisador

ESPAÇO RESERVADO À COMISSÃO PARA ANÁLISE DE PESQUISA NO ÂMBITO DA SESA - NÚCLEO ESPECIAL DE DESENVOLVIMENTO DE RECURSOS HUMANOS (NUEDRH), APÓS RECEBIMENTO DA DOCUMENTAÇÃO.

A Unidade Campo da Pesquisa para Análise e manifestação
Assinatura Ingrid F. Barreto Data 07/11/18
Ingrid Frederico Barreto
SESA - NUEDRH - NUEFS
Matrícula nº 412.494

Nome e carimbo do técnico do NUEDRH



EMESCAM

Tradição e Conhecimento em Saúde

ESPAÇO RESERVADO AO PARECER DO GESTOR DA UNIDADE CAMPO DA PESQUISA

Após recebimento e análise da documentação referida acima, segue o nosso Parecer:



AUTORIZADO



NÃO AUTORIZADO

Considerações:

Área técnica ciente e de acordo.

Assinatura

Gilsa A. Pimenta Rodrigues



Gerente de Vigilância em Saúde
SESA/GEVS
Nº Func.: 1.527.207

Gilsa A. Pimenta Rodrigues

Data

28/11/2018

Nome e carimbo do gestor da Unidade campo da pesquisa na SESA

ANEXO C - PARECER CONSUBSTANCIADO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

ESCOLA SUPERIOR DE
CIÊNCIAS DA SANTA CASA DE
MISERICÓRDIA DE VITÓRIA -



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: DESFECHO FETAL: UMA ANÁLISE DA VIA DE PARTO E DO NÚMERO DE CONSULTAS DO PRÉ-NATAL

Pesquisador: JANINE PEREIRA DA SILVA

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 03975318.3.0000.5065

Instituição Proponente: Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória -

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 3.075.080

Apresentação do Projeto:

Estudo observacional, analítico, retrospectivo e transversal, com base na coleta de dados disponibilizados pela Secretaria de Estado da Saúde do Espírito Santo (SESA), ES, Brasil, obtidos a partir da DN de todos os nascidos vivos do estado, incluindo hospitais públicos ou privados, nos últimos cinco anos. Os autores pretendem investigar o desfecho neonatal em função das condições de pré-natal e via de parto, em todos os nascidos vivos dos últimos 5 anos no ES exceto aqueles em que os dados eletrônicos estiverem incompletos. Serão utilizados dados disponibilizados no Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS) onde há registros de 273.802 partos no ES, entre o período de 2012 a 2016 (últimos cinco anos registrados no DATASUS), sendo este o número estimado da amostra para o estudo. A pesquisa servirá de tema para dissertação de mestrado.

Objetivo da Pesquisa:


Objetivo Primário:

Avaliar a associação entre a via de parto e o número de consultas do pré-natal e desfechos perinatais desfavoráveis em recém-nascidos no Espírito Santo, ES, Brasil.

Objetivo Secundário:

- a) Descrever o perfil sociodemográfico e clínico de mães e recém-nascidos no ES.
- b) Analisar a associação entre variáveis sociodemográficas e clínicas e desfechos perinatais

Endereço: EMESCAM, Av.N.S.da Penha 2190 - Centro de Pesquisa
Bairro: Bairro Santa Luiza **CEP:** 29.045-402
UF: ES **Município:** VITORIA
Telefone: (27)3334-3588 **Fax:** (27)3334-3588 **E-mail:** comite.etica@emescam.br

ESCOLA SUPERIOR DE
CIÊNCIAS DA SANTA CASA DE
MISERICÓRDIA DE VITÓRIA - 

Continuação do Papear: 3.075.000

desfavoráveis em recém-nascidos no ES.

c) Avaliar a associação entre a via de parto e o número de consultas do pré-natal e desfechos perinatais desfavoráveis em recém-nascidos no ES.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos: A pesquisa implica em risco mínimo que será atenuado pela manutenção do sigilo e da privacidade dos participantes da pesquisa, além da guarda adequada dos dados obtidos, os quais serão utilizados exclusivamente para fins científicos, atendendo, impreterivelmente, ao disposto na Resolução 466/2012 (BRASIL, 2012).

Benefícios: Não são previstos benefícios individuais relacionados ao presente estudo. Contudo, em termos coletivos, e em uma perspectiva futura, pode repercutir na melhora da assistência pré-natal e ao parto, além de um impacto importante dos resultados no planejamento da saúde materno infantil no estado ES.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Pesquisa exequível do ponto de vista metodológico, de interesse para a comunidade científica e de grande relevância no âmbito das políticas públicas.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

TCLE: solicitada dispensa


Justificativa: Os autores solicitam dispensa do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) devido ao desenho do estudo, ao tamanho estimado da amostra ($n=273.802$) e, principalmente, pela impossibilidade de contato com os participantes da pesquisa. Ratifica-se, ainda, a garantia de manutenção do sigilo e da privacidade dos participantes da pesquisa, além da guarda adequada dos dados obtidos, os quais serão utilizados exclusivamente para fins científicos

FOLHA DE ROSTO assinada por Dr. Flávio Takemi Kataoca

CARTA DE ANUÊNCIA assinada por Ingrid Frederico Barreto – SESA – ES

Endereço: EMESCAM, Av.N.S.da Penha 2190 - Centro de Pesquisa
Bairro: Bairro Santa Luiza CEP: 29.045-402
UF: ES Município: VITORIA
Telefone: (27)3334-3588 Fax: (27)3334-3588 E-mail: comite.etica@emescam.br

**ESCOLA SUPERIOR DE
CIÊNCIAS DA SANTA CASA DE
MISERICÓRDIA DE VITÓRIA -**



Continuação do Parecer: 3.075.000

Recomendações:

não há

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

vide recomendações

Considerações Finais a critério do CEP:

Projeto aprovado por decisão do CEP. Conforme a norma operacional 001/2013:

- riscos ao participante da pesquisa deverão ser comunicados ao CEP por meio de notificação via Plataforma Brasil;
- ao final de cada semestre e ao término do projeto deverá ser enviado relatório ao CEP por meio de notificação via Plataforma Brasil;
- mudanças metodológicas durante o desenvolvimento do projeto deverão ser comunicadas ao CEP por meio de emenda via Plataforma Brasil.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB INFORMACOES_BASICAS_DO_P ROJETO_1262678.pdf	03/12/2018 20:46:28		Aceito
Folha de Rosto	folharostopauliuaracometa.pdf	03/12/2018 20:32:22	JANINE PEREIRA DA SILVA	Aceito
Outros	cartaanuenciapauliuaara.pdf	29/11/2018 16:01:58	JANINE PEREIRA DA SILVA	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	projetodetalhadopauliuaara.pdf	29/11/2018 16:01:06	JANINE PEREIRA DA SILVA	Aceito


Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Endereço: EMESCAM, Av. N. S. da Penha 2190 - Centro de Pesquisa
 Bairro: Bairro Santa Luzia CEP: 29.045-402
 UF: ES Município: VITÓRIA
 Telefone: (27)3334-3588 Fax: (27)3334-3588 E-mail: comite.etica@emescam.br

ESCOLA SUPERIOR DE
CIÊNCIAS DA SANTA CASA DE
MISERICÓRDIA DE VITÓRIA - 

Continuação do Parecer: 3.075.000

VITÓRIA, 12 de Dezembro de 2018

Assinado por:
PATRICIA DE OLIVEIRA FRANCA
(Coordenador(a))

Endereço: EMESCAM, Av. N. S. da Penha 2190 - Centro de Pesquisas
Bairro: Bairro Santa Luiza CEP: 29.045-402
UF: ES Município: VITÓRIA
Telefone: (27)3334-3588 Fax: (27)3334-3588 E-mail: comite.etica@emescam.br