*Revista Perquirere*, vol. 23, n. 1: 532-547, 2026
© Centro Universitário de Patos de Minas
https://revistas.unipam.edu.br/index.php/perquirere

# Perfil epidemiológico e determinantes da prematuridade em recém-nascidos analisados em um hospital público da cidade de Patos de Minas (MG)

*Epidemiological profile and determinants of prematurity in newborns analyzed in a public hospital in the city of Patos de Minas (MG)*

KARINY CRISTINA PIRES CORRÊA
Discente de Medicina (UNIPAM)
karinecpc@unipam.edu.br

MIKAELY VIEIRA MELO
Discente de Medicina (UNIPAM)
mikaelymelo@unipam.edu.br

BETHÂNIA CRISTHINE DE ARAÚJO
Professora orientadora (UNIPAM)
bethania@unipam.edu.br

ÍRIS ISABELA DA SILVA MEDEIROS GUIMARÃES
Professora coorientadora (UNIPAM)
irisismguimaraes@unipam.edu.br

---

**Resumo:** A prematuridade constitui importante problema de saúde pública, associada ao aumento da morbimortalidade neonatal e repercussões materno-fetais. Este estudo objetivou analisar o perfil epidemiológico de gestantes com parto prematuro atendidas em um hospital público de Patos de Minas (MG). É um estudo observacional, descritivo, transversal, de abordagem quantitativa, realizado com análise de 111 prontuários de partos prematuros ocorridos entre julho e dezembro de 2022. Os dados foram submetidos à estatística descritiva e ao teste do qui-quadrado, adotando-se nível de significância de 5% ($p<0,05$). Observou-se predominância de prematuridade tardia em gestantes de 20 a 34 anos e maior ocorrência de prematuridade precoce entre aquelas com número insuficiente de consultas pré-natais. Houve maior frequência de cesarianas, menores escores de Apgar e maior necessidade de suporte neonatal. As intercorrências mais prevalentes foram pré-eclâmpsia, diabetes gestacional e infecção urinária. Concluiu-se que a prematuridade apresenta caráter multifatorial, reforçando a importância do fortalecimento da assistência pré-natal.
**Palavras-chave:** prematuridade; trabalho de parto prematuro; gravidez de alto risco; cuidado pré-natal; epidemiologia.

**Abstract:** Prematurity constitutes a significant public health issue, associated with increased neonatal morbidity and mortality, as well as maternal–fetal repercussions. This study aimed to analyze the epidemiological profile of pregnant women with preterm birth treated at a public

hospital in Patos de Minas (MG). This is an observational, descriptive, cross-sectional study with a quantitative approach, conducted through the analysis of 111 medical records of preterm births occurring between July and December 2022. Data were subjected to descriptive statistics and the chi-square test, adopting a significance level of 5% ($p<0.05$). A predominance of late prematurity was observed among women aged 20 to 34 years, and a higher occurrence of early prematurity among those with an insufficient number of prenatal visits. There was a higher frequency of cesarean sections, lower Apgar scores, and greater need for neonatal support. The most prevalent complications were preeclampsia, gestational diabetes, and urinary tract infection. It was concluded that prematurity has a multifactorial nature, reinforcing the importance of strengthening prenatal care.
**Keywords:** prematurity; preterm labor; high-risk pregnancy; prenatal care; epidemiology.

## 1 INTRODUÇÃO

O parto prematuro é definido como aquele que ocorre com idade gestacional (IG) inferior a 37 semanas ou 259 dias, calculada a partir da data da última menstruação (DUM). De acordo com a literatura, a DUM deve ser contabilizada a partir do viés de memória da mãe e da realização da ultrassonografia com 12 semanas de gestação e, ambos os critérios, devem apresentar compatibilidade de datas entre si, dando maior exatidão do dado extraído (Martinelli *et al.,* 2021).

A prematuridade pode ser classificada segundo dois critérios: a evolução clínica e a IG ao nascer. Em relação ao primeiro critério ela pode ser espontânea, quando a causa é desconhecida ou envolve diferentes fatores; e, eletiva, quando as causas estão relacionadas com intercorrências maternas durante a gravidez. No que diz respeito ao segundo critério, a prematuridade pode ser precoce (parto ocorrer antes de 33 semanas e 6 dias) ou tardia (parto ocorrer entre 34 sem e 36 semanas e 6 dias), sendo, esta última, a mais comum. A prematuridade precoce, por sua vez, pode ser classificada em prematuridade extrema (parto entre 20 semanas a 27 semanas e 6 dias), subgrupo no qual há maior morbimortalidade (Zugaib, 2023).

Segundo os estudos de Alberton; Rosa; Iser (2023), o Brasil está no ranking dos dez países com maiores índices de partos prematuros no mundo, totalizando mais de 3 milhões de nascimentos pré-termos entre os anos de 2011 e 2019. Esses dados evidenciam uma elevada prevalência, sendo que do total de partos prematuros realizados, cerca de 28% e 39%, respectivamente, ocorreram nas regiões Nordeste e Sudeste do Brasil. Somado a isso, dados do Ministério da Saúde (Brasil, 2021) comprovam que, nos anos de 2019, 2020 e 2021, esse aumento se manteve notável em todo o país com prevalência de aproximadamente 12% dos nascidos vivos.

Com relação à etiologia dos partos prematuros, em metade dos casos relatados, não são conhecidas causas exatas, contudo existem alguns fatores de risco que podem predispor às mulheres em idade fértil ao parto em IG precoce, entre eles, pode-se mencionar, questões socioeconômicas, nutricionais, idade materna, tabagismo e drogadição. Somado a isso as complicações obstétricas e ginecológicas, como alterações hormonais, sangramentos vaginais, placenta prévia, malformações uterinas; os aspectos genéticos, iatrogênicos e clínico-cirúrgicos, como infecções, doenças maternas e procedimentos cirúrgicos realizados na gravidez também são considerados fatores de

risco. Esses fatores podem se manifestar de forma individual, isolada ou podem estar associados (Zugaib, 2023).

A prematuridade é descrita por Maia *et al.,* (2022) como um grave problema de saúde pública devido ao fato de estar intimamente relacionada com a alta morbidade e mortalidade neonatal e infantil. Ademais, os autores citam algumas das principais complicações em neonatos com menos de 37 semanas de vida, como a predisposição para o desenvolvimento da Síndrome da Angústia Respiratória (SAR), baixo peso ao nascer, hemorragia intracraniana, enterocolite necrosante e evolução para a morte.

As informações expostas tornam evidente que a prematuridade representa um problema de saúde pública, pois ocasiona aspectos graves tanto para a mãe quanto para o neonato. Nesse sentido, o presente estudo dedicou-se a identificar o perfil epidemiológico de mulheres que tiveram partos prematuros e as principais causas dessa prematuridade, analisando os prontuários médicos, dos partos ocorridos de julho a dezembro de 2022, em um Hospital Público na cidade de Patos de Minas (MG). Diante do exposto, justifica-se o desenvolvimento deste trabalho por sua contribuição à disseminação de conhecimento acerca dos fatores de risco associados à ocorrência de prematuridade, destacando a importância de um pré-natal de qualidade e assistência adequada.

## 2 REVISÃO DE LITERATURA

### 2.1 ASPECTOS EPIDEMIOLÓGICOS

Um dos aspectos que devem ser analisados acerca das principais causas de partos prematuros são os fatores epidemiológicos (Zugaib, 2023); entre eles, é relevante abordar a associação do baixo nível socioeconômico com um maior risco de evolução para partos prematuros, menor nível de escolaridade, reduzido acesso à informação, bem como dificuldade no acesso ao acompanhamento pré-natal (Gabbe *et al.,* 2015). As desigualdades sociais e econômicas são bastante evidentes quando as diferentes regiões do Brasil são comparadas, sendo notável uma maior prevalência de assistência pré-natal adequada na rede pública nas regiões Sudeste, Centro-Oeste e Sul e uma menor prevalência nas regiões Norte e Nordeste (Cruz *et al.,* 2023).

Além disso, outro ponto importante a respeito da epidemiologia do parto prematuro se refere à nutrição inadequada, pois a carência de certos micronutrientes, como o ferro, as vitaminas C, D e E, o ácido fólico e o zinco, pode desencadear um reduzido crescimento fetal, além da associação com o baixo peso pré-gestacional materno, todos contribuindo para a ocorrência da prematuridade (Zugaib, 2023; Gabbe *et al.,* 2015).

A respeito da idade materna, gestantes adolescentes, com reduzida idade ginecológica, especialmente as com idade entre 12 e 16 anos, a gravidez com menos de 2 anos da menarca, somada à própria idade cronológica, possuem uma maior tendência a partos com IG inferior a 37 semanas e piores prognósticos neonatais, ocasionando risco para a saúde materna, problemas relacionados ao baixo peso materno e pré-eclâmpsia (Assis *et al.,* 2021). Por outro lado, estudos demonstram que a prematuridade está associada à idade materna avançada, principalmente acima dos 45 anos, devido à

crescente procura por técnicas de reprodução assistida no Brasil, o que pode aumentar as chances de gestações gemelares, as quais representam fatores de risco para o parto pré-termo (Martinelli *et al.*, 2021).

Por fim, destaca-se que os hábitos de vida da gestante como uso e abuso de álcool, tabaco e drogas ilícitas podem levar ao baixo peso do recém-nascido, fator que pode estar diretamente associado à prematuridade (Silva *et al.*, 2011).

## 2.2 PRINCIPAIS CAUSAS DE PREMATURIDADE

Apesar das diversas tecnologias já existentes no que diz respeito à obstetrícia, o número de partos prematuros ainda é extremamente elevado, principalmente em países subdesenvolvidos ou países que estão em progressão, como é o caso do Brasil (Silveira *et al*., 2010). De acordo com Dias *et al.,* (2022), a prematuridade apresenta etiologia multifatorial, estando associada a fatores clínicos e obstétricos.

Mulheres com histórico obstétrico desfavorável, incluindo cesariana prévia, apresentam maior frequência de prematuridade recorrente, sobretudo quando relacionada a intervenções obstétricas. O histórico de prematuridade constitui importante fator de risco para recorrência de parto pré-termo, com aumento estimado entre 1,5 e 2 vezes em gestações subsequentes. Da mesma forma, antecedentes de interrupção gestacional no primeiro ou segundo trimestre, especialmente por dilatação mecânica ou curetagem, também estão associados à maior ocorrência de prematuridade (Gabbe *et al*., 2015).

A literatura também destaca o papel das alterações genéticas na ocorrência da prematuridade, especialmente aquelas relacionadas a polimorfismos capazes de desencadear respostas inflamatórias que contribuem para o parto pré-termo (Zugaib, 2023). Nesse contexto, Cunningham (2021) ressalta a participação de citocinas inflamatórias, como o fator de necrose tumoral alfa (TNF-$\alpha$) e as interleucinas, uma vez que níveis reduzidos dessas substâncias favorecem a manutenção da gestação. Entretanto, a presença de polimorfismos nos genes que codificam essas citocinas pode desencadear respostas inflamatórias associadas ao trabalho de parto prematuro. Além disso, alterações específicas no gene que codifica o receptor do hormônio folículo-estimulante (FSHR) e no gene do receptor de progesterona (PGR) têm sido associadas à maior suscetibilidade à prematuridade, em decorrência de alterações na formação de proteínas e na funcionalidade de receptores essenciais ao processo reprodutivo (Hackbarth *et al*., 2015).

Com relação aos aspectos clínicos cirúrgicos, pode-se inferir que infecções atuam de forma preponderante para desencadear nascimentos prematuros; desse modo, infecções do trato genital e sistêmicas podem ser direcionadas para o líquido amniótico, placenta e outras estruturas, desencadeando, assim, mudanças histológicas e funcionais que levam à prematuridade (Gabbe *et al*., 2015). As infecções bacterianas em gestantes são aspectos que requerem extrema atenção, sendo necessário realizar exame de cultura de urina no primeiro e último trimestre da gestação (Dória; Spautz, 2011).

Por fim, fatores iatrogênicos também contribuem para a prematuridade, incluindo erros na estimativa da idade gestacional e a realização de cesarianas eletivas, que podem resultar em interrupções gestacionais desnecessárias e aumento do risco de

morbimortalidade neonatal (Zugaib, 2023). Tais intervenções reforçam a importância da avaliação criteriosa do período gestacional e da indicação clínica adequada para procedimentos obstétricos, a fim de minimizar partos pré-termo evitáveis.

## 2.3 CONSEQUÊNCIAS DA PREMATURIDADE PARA A MÃE E PARA O RECÉM-NASCIDO (RN)

Um estudo realizado por Oliveira *et al.,* (2016) demonstrou que a prematuridade pode provocar, principalmente, redução do índice de Apgar e baixo peso ao nascer. Nesses casos, o índice de Apgar no 5 º minuto de vida variou de zero a três, sendo esses valores considerados baixos e indicativos de risco elevado de morbimortalidade, o que se deve à imaturidade fisiológica do RN. Outra consequência de alta prevalência em prematuros é a SAR, a qual pode evoluir para complicações como atelectasia alveolar difusa (Storino *et al*., 2020).

Por outro lado, a prematuridade pode acarretar também consequências maternas; um exemplo disso está relacionado com as vivências esperadas pela mãe em relação ao parto, o que pode ocasionar sentimento de culpa, frustração, medo, ansiedade e, principalmente, prejudicar o estabelecimento de vínculo afetivo com o filho (Baseggio *et al*., 2017; Martins *et al*., 2022). Além dos aspectos psicológicos, vale salientar que é comum a ocorrência de infecções uterinas e hemorragias pós-parto, somada às futuras complicações uterinas e maior probabilidade de desenvolver doenças crônicas ao longo da vida (Fontoura; Feitosa; Nobre, 2023).

## 2.4 VIA DE PARTO

O parto vaginal é geralmente a via de escolha para a maioria dos nascimentos, exceto quando há indicações médicas para cesariana, devido à menor incidência de complicações maternas e neonatais (Cunningham, 2021). No contexto dos partos prematuros, recomenda-se atenção especial, incluindo a restrição do uso de analgésicos ou sedativos, uma vez que essas substâncias podem comprometer a função respiratória do recém-nascido, aumentando o risco de complicações pós-natais (Zugaib, 2023).

Ainda assim, no que diz respeito à via de parto na prematuridade, não há um consenso sobre qual a melhor opção, entretanto há evidências de que o parto cesariano pode resultar em um Apgar mais elevado, o que por consequência reduz complicações cefálicas no RN (Mota *et al.,* 2018). Por outro lado, outros estudos mostram que a cesárea deve ser evitada em mulheres primíparas quando não há complicações aparentes para o bebê prematuro, pois pode levar a complicações da placenta em partos futuros (Assis *et al*., 2021).

## 3 METODOLOGIA

Trata-se de um estudo observacional, descritivo e transversal, com abordagem quantitativa, realizado em um hospital público localizado em Patos de Minas (MG). A população do estudo foi composta por 111 prontuários de mulheres que tiveram partos prematuros na instituição entre julho e dezembro de 2022. Inicialmente, foram estimados

147 prontuários elegíveis, mas apenas 119 estavam disponíveis para análise. Destes, três foram excluídos por idade gestacional superior ao critério definido para prematuridade, e cinco por apresentarem informações incompletas, resultando em uma amostra final de 111 prontuários.

Foram incluídos prontuários de partos prematuros espontâneos, disponíveis no arquivo hospitalar e com preenchimento completo das variáveis de interesse. Foram excluídos prontuários com dados inconsistentes ou decorrentes de prematuridade induzida. Após aplicados os critérios de inclusão, o estudo foi conduzido em conformidade com as diretrizes éticas da Resolução CNS nº 466/2012, com aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa (parecer nº 7.074.919) e dispensa do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

A coleta de dados foi realizada por meio de leitura sistemática dos prontuários, utilizando instrumento estruturado desenvolvido pelas pesquisadoras, contemplando variáveis maternas (idade, escolaridade, estado civil, profissão/ocupação, renda, intercorrências pós-parto, comorbidades, histórico obstétrico, gestações anteriores, uso de tabaco e álcool, consultas pré-natais, realização de fertilização *in vitro* (FIV), descolamento prematuro de placenta, pré-eclâmpsia, malformações fetais, infecções gestacionais, diabetes gestacional, ruptura prematura de membranas e via de parto) e neonatais (sexo, peso ao nascer, estatura, escore de Apgar e tipo de alojamento após o parto).

Os dados foram organizados em planilhas eletrônicas no Microsoft Excel® e posteriormente exportados para análise estatística no *software* Jamovi. Foram realizadas análises descritivas, com apresentação de frequências absolutas e relativas, e análises inferenciais por meio de tabelas de contingência e teste do Qui-quadrado, adotando nível de significância de 5% ($p < 0,05$), conforme recomendações de Davis (2020).

## 4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

O parto pré-termo constitui uma das principais causas de morbimortalidade neonatal em nível global (WHO, 2023). No contexto brasileiro, dados de análises epidemiológicas demonstram prevalência de prematuridade superior a 11%, com impacto significativo sobre internações neonatais e custos assistenciais (Alberton; Rosa; Iser, 2023).

Foram analisadas variáveis maternas e neonatais relacionadas ao perfil epidemiológico das gestantes com parto prematuro no período entre julho e dezembro de 2022, em um hospital público em Patos de Minas (MG). Entre as características maternas, incluíram-se idade (≤19, 20–34 e ≥35 anos), número de partos anteriores (0, 1–2 e ≥3), histórico prévio de prematuridade, realização de pré-natal e número de consultas realizadas (≥6, <6 ou não informado). Também foram investigadas intercorrências gestacionais, como pré-eclâmpsia, diabetes gestacional e infecção urinária, além da ocorrência de gestação gemelar. No que se refere aos recém-nascidos, consideraram-se a classificação da idade gestacional (prematuridade precoce ou tardia) e a via de parto (vaginal ou cesariana). Essas variáveis foram registradas em instrumento estruturado, permitindo análise descritiva das frequências absolutas e relativas, e estão indicadas na Tabela 1.

**Tabela 1:** Perfil das gestantes que tiveram parto prematuro entre julho e dezembro de 2022, em um hospital público de Patos de Minas (MG).

| Variável | Categoria | N | Percentual (%) |
|---|---|---|---|
| **Idade (anos)** | ≤19 | 22 | 19,8 |
| | 20–34 | 72 | 64,9 |
| | ≥35 | 17 | 15,3 |
| **Número de partos anteriores** | 0 | 44 | 39,6 |
| | 1–2 | 45 | 40,5 |
| | ≥3 | 22 | 19,8 |
| **Histórico de prematuridade** | Sim | 41 | 36,9 |
| | Não | 70 | 63,1 |
| **Realização de pré-natal** | Sim | 101 | 91,0 |
| | Não | 10 | 9,0 |
| **Número de consultas** | ≥6 | 79 | 71,2 |
| | <6 | 26 | 23,4 |
| | Não informado | 6 | 5,4 |
| **Pré-eclâmpsia** | Sim | 25 | 22,5 |
| | Não | 86 | 77,5 |
| **Diabetes gestacional** | Sim | 18 | 16,2 |
| | Não | 93 | 83,8 |
| **Infecção urinária** | Sim | 16 | 14,4 |
| | Não | 95 | 85,6 |
| **Gestação gemelar** | Sim | 6 | 5,4 |
| | Não | 105 | 94,6 |
| **Classificação da IG** | Prematuridade tardia | 75 | 67,6 |
| | Prematuridade precoce | 34 | 30,6 |
| | Não informado | 2 | 1,8 |
| **Via de parto** | Vaginal | 36 | 32,4 |
| | Cesárea | 75 | 67,6 |

Fonte: dados da pesquisa, 2026.

Ao considerar as características sociais, ginecológicas e obstétricas constatou-se predomínio de gestantes na faixa etária de 20-34 anos (64,9%), seguida por adolescentes ≤19 anos (19,8%) e gestantes com idade ≥35 anos (15,3%). Calculando a idade média das gestantes incluídas na pesquisa, o valor foi 26,8 anos, caracterizando predominantemente uma população adulta jovem.

A literatura associa, frequentemente, a prematuridade aos extremos da idade reprodutiva, especialmente em adolescentes e mulheres com 35 anos ou mais (Esposito *et al.*, 2022). Contudo, na amostra aqui estudada, não foi observada associação estatisticamente significativa entre idade materna e tipo de prematuridade. Esses achados se assemelham ao descrito por Figuerêdo *et al*., (2014), os quais reforçaram que, embora as extremidades da idade reprodutiva sejam tradicionalmente descritas como fatores de risco, variáveis clínicas e assistenciais relacionadas à qualidade do

acompanhamento pré-natal podem exercer influência mais determinante sobre o desfecho gestacional. Assim, a idade materna pode atuar como marcador de vulnerabilidade, mas não necessariamente como fator causal isolado.

No que se refere ao histórico obstétrico, observou-se distribuição relativamente homogênea entre primíparas e multíparas de baixa paridade. As gestantes com 1 a 2 partos anteriores representaram a maior proporção da amostra, correspondendo a 45 participantes (40,5%). Esse achado pode ser relacionado ao estudo de Koullali *et al.* (2020), que identificaram maior risco de parto pré-termo espontâneo entre nulíparas quando comparadas às mulheres na segunda gestação, utilizadas como grupo de referência.

Estudos epidemiológicos de grande escala demonstram que mulheres com antecedente de parto pré-termo apresentam taxa de recorrência aproximada de 30% na gestação subsequente (Phillips *et al.,* 2017). Apesar desse importante aspecto clínico, nos dados analisados do presente trabalho, essa associação não se mostra presente, uma vez que 63,1% (70 gestantes) não apresentavam histórico de parto prematuro prévio, evidenciando que diferentes fatores podem impactar a distribuição desse histórico de prematuridade. Medidas preventivas como o uso de progesterona vaginal ou a vigilância obstétrica intensificada, reduzem o risco de recorrência de prematuridade, podendo modificar a força da associação originalmente esperada (Romero *et al.,* 2025).

Entre as intercorrências na gestação, a pré-eclâmpsia esteve presente em 25 gestantes (22,5%), diabetes gestacional (DG) em 18 (16,2%) e infecções urinárias em 16 (14,4%). A pré-eclâmpsia afeta cerca de 2% a 8% das gestações e representa um dos principais fatores de parto prematuro, sobretudo em contextos de agravamento clínico (Vera- Ponce *et al.,* 2025). A prevalência de DG encontrada é superior à média global estimada em estudos do tipo meta-análise, que apontam taxas aproximadas de 7% a 10%, variando conforme critérios diagnósticos e características populacionais, conforme descrito por Saeedi *et al.,* (2019).

Em relação às infecções do trato urinário (ITU), os estudos conduzidos por Salari *et al*., (2023) estimaram que a prevalência global de ITU em gestantes é de aproximadamente 23,9%, variando entre 16,2% e 33,8% conforme os diferentes estudos incluídos. Embora os dados de prevalência de ITU do presente estudo estejam ligeiramente abaixo da média global, ela ainda evidencia que essa é uma intercorrência relevante durante a gestação, reforçando a necessidade de rastreio e tratamento precoce para prevenir complicações maternas e fetais.

Por fim, nas vias de parto verificou-se predomínio de cesarianas, realizadas em 75 casos (67,6%), enquanto o parto vaginal ocorreu em 36 gestantes (32,4%). Os achados do presente estudo se alinham com a literatura no que diz respeito ao fato de que, globalmente, grande parte dos partos pré-termo ocorre por indicação médica, especialmente em situações de pré-eclâmpsia, restrição de crescimento fetal ou sofrimento fetal agudo, condições que frequentemente culminam em cesarianas (Chawanpaiboon *et al.,* 2019; Bétran *et al.,* 2016).

A Tabela 2 evidencia as informações perinatais coletadas na pesquisa sobre os recém-nascidos. Na amostra composta por 111 prontuários, houve predominância de RN do sexo masculino (n = 60; 54,1%) em relação ao feminino (n = 51; 45,9%). Quanto ao peso para a idade gestacional, a maioria foi classificada como adequada para a idade

gestacional (AIG) (n = 82; 73,9%), seguida pelos pequenos para a idade gestacional (PIG) (n = 18; 16,2%) e pelos grandes para a idade gestacional (GIG) (n = 11; 9,9%). Quanto à vitalidade ao nascer, avaliada pelo índice de Apgar, observou-se que 95 (85,6%) dos recém-nascidos apresentaram boa vitalidade, enquanto 10 (9,0%) apresentaram asfixia moderada e 6 (5,4%) asfixia grave. No que se refere ao tipo de alojamento, 70 (63,1%) permaneceram em alojamento conjunto com a mãe, enquanto 41 (36,9%) necessitaram de internação em Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN).

**Tabela 2:** Perfil dos RN, segundo características perinatais.

| Variável | Categoria | N | % |
|---|---|---|---|
| **Sexo do recém-nascido** | Masculino | 60 | 54,1 |
| | Feminino | 51 | 45,9 |
| **Peso para IG (PIG/AIG/GIG)** | Pequeno para IG (PIG) | 18 | 16,2 |
| | Adequado para IG (AIG) | 82 | 73,9 |
| | Grande para IG (GIG) | 11 | 9,9 |
| **Vitalidade ao nascer (Apgar)** | Boa vitalidade | 95 | 85,6 |
| | Asfixia moderada | 10 | 9,0 |
| | Asfixia grave | 6 | 5,4 |
| **Tipo de alojamento** | Alojamento conjunto | 70 | 63,1 |
| | UTIN | 41 | 36,9 |

Fonte: dados da pesquisa, 2026.

Quanto à adequação do peso para idade gestacional, os recém-nascidos pequenos para a idade gestacional (PIG) apresentaram razão de chances (OR) de 2,097 para prematuridade precoce quando comparados aos adequados para idade gestacional (AIG), porém sem significância estatística (p = 0,421). De forma semelhante, os recém-nascidos grandes para idade gestacional (GIG) apresentaram OR de 3,623, também sem significância estatística (p = 0,102). Embora os valores das razões de chances indiquem tendência de maior ocorrência dessas classificações entre prematuros precoces, os intervalos de confiança amplos e a ausência de significância estatística sugerem imprecisão das estimativas, possivelmente decorrente do tamanho amostral reduzido.

Em relação ao Apgar, tanto os casos em que o escore se manteve entre 4 e 6, indicando maior probabilidade de asfixia moderada (OR = 1,873; p = 0,415), quanto aqueles com valores inferiores ou igual a 3, sugestivos de asfixia grave e necessidade de intervenção de emergência (OR = 2,399; p = 0,377), apresentaram maior chance de associação com prematuridade precoce quando comparados aos recém-nascidos com boa vitalidade neonatal (escore de 7 a 10). Entretanto, novamente, não houve significância estatística, e os intervalos de confiança foram amplos.

Ainda assim, observa-se coerência clínica, uma vez que menores idades gestacionais estão relacionadas à maior imaturidade pulmonar e maior risco de comprometimento respiratório ao nascimento (Lee; Subeh; Gould, 2010). Sabe-se que baixas pontuações de Apgar em recém-nascidos prematuros estão associadas à maior

morbimortalidade neonatal, reforçando o papel da imaturidade fisiológica na determinação de desfechos adversos.

No que se refere ao tipo de internação, recém-nascidos encaminhados para unidade neonatal apresentaram OR de 2,230 para prematuridade precoce em comparação àqueles mantidos em alojamento conjunto, embora sem significância estatística (p = 0,132). Esse achado sugere tendência de maior necessidade de suporte especializado entre prematuros precoces, dado o maior risco de instabilidade térmica, respiratória e metabólica nesses recém-nascidos conforme indicam Jantsch *et al.*, (2021).

A Tabela 3 apresenta a distribuição dos casos de prematuridade segundo a presença de pré-eclâmpsia. Observou-se que, entre os casos de prematuridade tardia, 24% (n = 18) das gestantes apresentaram pré-eclâmpsia, enquanto 76% ( n = 57) não apresentavam a condição. Entre os casos de prematuridade precoce, a pré-eclâmpsia esteve presente em 20,6% (n = 7) das gestantes e ausente em 79,4% (n = 27). Não houve associação estatisticamente significativa entre pré-eclâmpsia e o tipo de prematuridade (p = 0,688) nos prontuários analisados.

**Tabela 3:** Associação entre pré-eclâmpsia e tipo de prematuridade.

| Tipo de prematuridade | Pré-eclâmpsia-Sim (n) | Pré-eclâmpsia-Não (n) | Total (n) |
|---|---|---|---|
| Prematuridade tardia | 18 | 57 | 75 |
| Prematuridade precoce | 7 | 27 | 34 |
| Não informado | 0 | 2 | 2 |
| Total | 25 | 86 | 111 |

Fonte: dados da pesquisa, 2026.

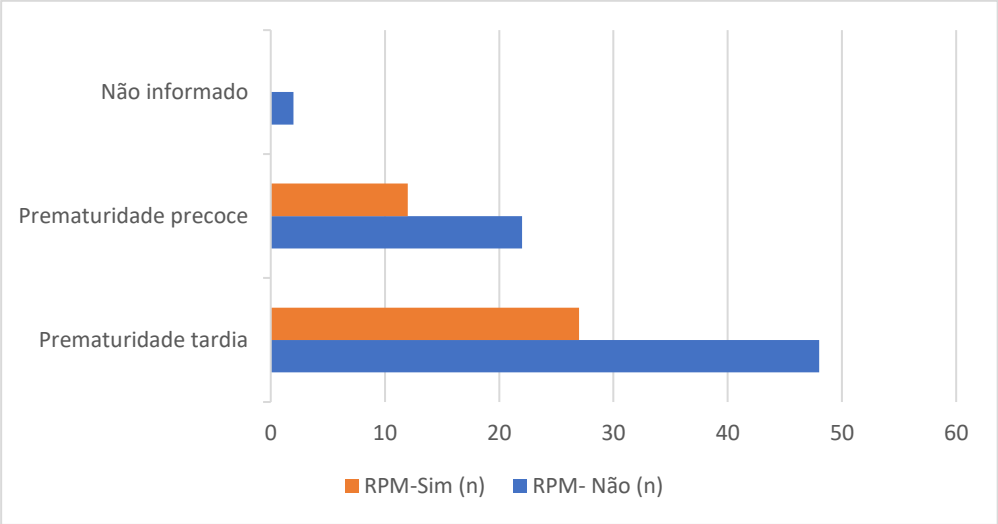
A pré-eclâmpsia está fortemente associada à prematuridade, decorrente da necessidade de interrupção precoce da gestação por risco materno ou fetal (Vera-Ponce *et al.*, 2025). No entanto, é importante considerar que a gravidade da doença pode influenciar diretamente o risco de interrupção precoce da gestação já que formas leves diagnosticadas tardiamente podem não resultar em prematuridade, diferentemente das formas precoces e graves (Brown *et al.*, 2018). Estudos mostram que a restrição de crescimento fetal, frequentemente associada à pré-eclâmpsia, é um preditor de piores prognósticos maternos e neonatais, reforçando a importância de monitoramento clínico regular durante a gestação para intervenção oportuna (Takahashi *et al.*, 2021).

Estudos de Roberts e Redman (1993) já indicavam que outros fatores maternos e fetais, incluindo infecções, restrição de crescimento fetal e comorbidades maternas, podem influenciar a ocorrência de prematuridade independentemente da presença de pré-eclâmpsia. Dessa forma, nossos resultados reforçam a complexidade da etiologia da prematuridade e a importância de uma avaliação clínica abrangente que considere múltiplos fatores de risco simultaneamente.

A ruptura prematura das membranas (RPM) é reconhecida como um dos principais fatores para o nascimento pré-termo em todo o mundo, estando associada a aproximadamente 40 % dos partos prematuros (Thomson, 2019). No presente estudo, a análise do Gráfico 1 mostra que a RPM esteve presente em 36 % dos casos de prematuridade tardia e em 35,3 % dos casos de prematuridade precoce, sem associação estatisticamente significativa entre RPM e o tipo de prematuridade (p = 0,575). Esses

dados corroboram o que foi elucidado pelo Colégio Britânico de Ginecologia e Obstetrícia/ RCOG (Thomson, 2019), que descreve a multiplicidade de caminhos etiológicos que levam ao parto prematuro.

**Gráfico 1:** Relação entre prematuridade e RPM.




Fonte: dados da pesquisa, 2026.

Além disso, estudos epidemiológicos recentes salientam que, embora a RPM aumente o risco de prematuridade em geral, a complexidade dos mecanismos fisiopatológicos envolvidos, incluindo fatores inflamatórios e infecciosos que fragilizam as membranas, não se traduzem em diferenças significativas entre subtipos de prematuridade em algumas populações (Jena *et al.*, 2022).

A relação entre prematuridade e idade materna, apresentada na Tabela 4, mostra que a maior parte das gestantes se encontra na faixa etária de 20 a 34 anos (64,9%; n = 72), seguida pelas adolescentes ≤19 anos (19,8%; n = 22) e pelas mulheres com 35 anos ou mais (15,3%; n = 17). Entre as adolescentes, observou-se proporção relativamente maior de prematuridade precoce (n = 10) quando comparada às demais faixas etárias. Entretanto, essa associação não apresentou significância estatística ($\chi^2 = 4,75$; $p = 0,314$).

**Tabela 4:** Relação entre prematuridade e idade materna.

| **Tipo de prematuridade** | **20-34 (%)** | **≥35 (%)** | **≤19 (%)** |
|---|---|---|---|
| Tardia | 44,14% | 12,61% | 10,81% |
| Precoce | 18,92% | 2,70% | 9,01% |
| Não informado | 1,80% | 0 | 0 |

Fonte: dados da pesquisa, 2026.

Os achados no recorte pesquisado diferem da literatura, que indica que tanto gestantes adolescentes quanto mulheres com idade materna avançada apresentam maior risco de parto prematuro, devido a fatores biológicos, sociais e de saúde materna (Tembo *et al.*, 2020). Alguns estudos sugerem que adolescentes podem apresentar maior risco de prematuridade precoce em decorrência de imaturidade uterina, menor acesso a cuidados pré-natais e maior prevalência de condições obstétricas adversas, enquanto

mulheres com ≥35 anos apresentam riscos relacionados a comorbidades crônicas e alterações vasculares que podem impactar o desenvolvimento fetal (Fuchs *et al.*, 2018).

A Tabela 5 mostra a associação entre prematuridade e número de consultas realizadas no pré-natal. Das gestantes avaliadas, cerca de 91% (n = 101) realizaram acompanhamento pré-natal, enquanto 9% (n = 10) não o realizaram, por motivos não elucidados. Entretanto, ressalta-se que a realização do pré-natal não implica necessariamente adequação da assistência, uma vez que nem todas as gestantes cumpriram o número mínimo recomendado de seis consultas. Quanto ao número de consultas de pré-natal, verificou-se que 71,2% (n = 79) das gestantes realizaram seis ou mais consultas, enquanto 23,4% (n = 26) realizaram menos de seis consultas. Entre aquelas com menos de seis consultas, observou-se maior proporção de prematuridade precoce (n = 10) em comparação às que realizaram acompanhamento adequado. Essa associação foi estatisticamente significativa (p = 0,002), indicando relação entre número insuficiente de consultas pré-natais e ocorrência de prematuridade precoce.

**Tabela 5:** Associação entre prematuridade e número de consultas realizadas no pré-natal.

| Tipos de prematuridade | ≥6 | <6 | Não informado | Total |
|---|---|---|---|---|
| Tardia | 60 | 14 | 1 | 75 |
| Precoce | 19 | 10 | 5 | 34 |
| Não informado | 0 | 2 | 0 | 2 |
| Total | 79 | 26 | 6 | 111 |

Fonte: dados da pesquisa, 2026.

Esses achados corroboram os da literatura, que evidenciam que a insuficiência do pré-natal está diretamente relacionada a desfechos obstétricos adversos, como parto prematuro, baixo peso ao nascer e complicações neonatais (WHO, 2023). A prematuridade precoce, em particular, é frequentemente associada à detecção tardia de condições maternas de risco, como hipertensão, infecções ou condições fetais, como restrição de crescimento fetal, que podem ser identificadas e manejadas precocemente em consultas regulares. A cobertura inadequada do pré-natal reflete barreiras socioeconômicas e estruturais, incluindo dificuldade de acesso a serviços de saúde, baixa escolaridade materna e falta de orientação sobre a importância das consultas (Albarqi, 2025).

## 5 CONCLUSÃO

O presente estudo possibilitou a construção do perfil epidemiológico das gestantes que apresentaram parto prematuro analisando os prontuários de um hospital público em Patos de Minas (MG), entre julho e dezembro do ano de 2022, evidenciando a complexidade e multifatorialidade desse importante problema de saúde pública. Observou-se predominância de mulheres na faixa etária de 20-34 anos, mesmo com a realização de pré-natal.

Apesar de algumas variáveis não terem apresentado associação estatisticamente significativa com o tipo de prematuridade, os achados demonstraram

tendências clínicas relevantes, especialmente no que se refere à necessidade de suporte neonatal especializado, maior proporção de cesarianas e piores indicadores de vitalidade entre prematuros mais precoces.

Os resultados reforçam que a prematuridade não deve ser compreendida a partir de um único fator causal, mas sim como desfecho de múltiplas interações entre aspectos biológicos, clínicos, obstétricos e assistenciais. Nesse contexto, destaca-se a importância da qualificação do acompanhamento pré-natal, com identificação precoce de condições de risco e intervenções oportunas, como estratégia fundamental para redução da prematuridade e de suas complicações.

Adicionalmente, reconhece-se como limitação do estudo o tamanho amostral relativamente reduzido, que pode ter limitado o poder estatístico das análises inferenciais. Ainda assim, a pesquisa contribui de maneira significativa para o conhecimento local acerca do perfil das gestantes com parto prematuro, fornecendo subsídios para o planejamento de ações em saúde direcionadas à prevenção, ao monitoramento de fatores de risco e à melhoria da assistência materna e neonatal.

## REFERÊNCIAS

ALBARQI, M. N. The impact of prenatal care on the prevention of neonatal outcomes: A systematic review and meta-Analysis of global health interventions. **Healthcare**, v. 13, n. 9, p. 1076-1095, maio de 2025.

ALBERTON, M.; ROSA, V. M.; ISER, B. P. M. Prevalence and temporal trend of prematurity in Brazil before and during the COVID-19 pandemic: a historical time series analysis, 2011-2021. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, Brasília, v. 32, n. 2, e2022603, maio de 2023.

ASSIS, T. de S. C. *et al*. Gravidez na adolescência no Brasil: fatores associados à idade materna. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 4, p. 1065-1074, out. de 2021.

BASEGGIO, D. B. *et al*. Vivências de mães e bebês prematuros durante a internação neonatal. **Trends in Psychology**, Ribeirão Preto, v. 25, n. 1, p. 153-167, mar. de 2017.

BÉTRAN, A. P. *et al.* The increasing trend in caesarean section rates: global, regional and national estimates 1990-2014. **PLOS One**, v. 11, n. 2, e0148343, fev. de 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde** – CNES, 2021.

BROWN, M. A. *et al.* Hypertensive disorders of pregnancy: ISSHP classification, diagnosis, and management recommendations. **Hypertension**, v. 72, n. 1, p. 24-43, jun. de 2018.

CHAWANPAIBOON, S. *et al.* Global, regional, and national estimates of levels of preterm birth in 2014: a systematic review and modelling analysis. **The Lancet Global Health**, v. 7, n. 1, p. 37– 46, jan. de 2019.

CRUZ, A. A. M. B. *et al*. Fatores de natureza social associados ao risco de prematuridade em município paulista. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 36, n. 1, p. 1-7, 2023.

CUNNINGHAM, F. G. **Obstetrícia de Williams**. 25. ed. Porto Alegre: AMGH, 2021.

DAVIS, C. **Statistical testing with jamovi and JASP**: open source software. Health: statistics without mathematics. VOR Press, 2020. 340 p.

DIAS, B. A. S. *et al.* Prematuridade recorrente: dados do estudo "Nascer no Brasil". **Revista de Saúde Pública**, v. 56, n. 7, 2022.

DÓRIA, M. T., SPAUTZ, C. C. Trabalho de parto prematuro: predição e prevenção. **Femina**, Curitiba, v. 39, n. 9, p. 443-449, set. de 2011.

ESPOSITO, G. *et al.* The role of maternal age on the risk of preterm birth among singletons and multiples: a retrospective cohort study in Lombardy, Northern Italy. **BMC Pregnancy and Childbirth**, Milão, v. 22, n. 1, p. 234-245, mar. de 2022.

FIGUERÊDO, E. D. *et al.* Maternal age and adverse perinatal outcomes in a birth cohort (BRISA) from a Northeastern Brazilian city. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, v. 36, n. 12, p. 562-568, dez. de 2014.

FONTOURA, J. P., FEITOSA, T. E. C., NOBRE, C. K. Análise dos fatores de risco e complicações associadas ao parto prematuro: revisão de literatura. **Revista FT**, v. 27, ed. 127, out. de 2023.

FUCHS F. *et al*. Effect of Maternal Age on the Risk of Preterm Birth: A Large Cohort Study. **PLOS, ONE**, v. 73, n. 6, 340-342, jun. de 2018.

GABBE, S. G. *et al*. **Obstetrícia**. 6. ed. Rio de Janeiro: Elsevier Editora Ltda., 2015.

HACKBARTH, B. B. *et al*. Suscetibilidade à prematuridade: investigação de fatores comportamentais, genéticos, médicos e sociodemográficos. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, v. 37, n. 8, p. 353-358, 2015.

JANTSCH L, B. *et al.* Fatores associados à necessidade de terapia intensiva neonatal em prematuros tardios. **Revista Renome**, v. 10, n. 1, p. 76-84, set. de 2021.

JENA, B. H. *et al.* Incidence of preterm premature rupture of membranes and its association with inter-pregnancy interval: a prospective cohort study. **Scientific Reports**, v. 12, n. 5714, abr. 2022.

KOULLALI, B. *et al.* The association between parity and spontaneous preterm birth: a population based study. **BMC Pregnancy Childbirth**, v. 20, n. 233, abr. de 2020.

LEE, H. C.; SUBEH, M.; GOULD, J. B. Low Apgar score and mortality in extremely preterm neonates born in the United States. **Acta Paediatr**, v. 99, n. 12, p. 1785-1789, dez. de 2010.

MARTINELLI, K. G. *et al.* Prematuridade no Brasil entre 2012 e 2019: dados do Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos. **Revista Brasileira de Estudos de População**, Espírito Santo, v. 38, n. 1 p. 1-15, e0173, 2021.

MAIA A. A. A. *et al.* Fatores de risco da prematuridade: uma revisão narrativa. **Revista Eletrônica Acervo Saúde**, v. 15, n. 2, e9711, fev. de 2022.

MARTINS, M. C. *et al.* Percepções de mães nutrizes ao vivenciarem a prematuridade na unidade de terapia intensiva neonatal. **Cogitare Enfermagem**, Brasília, v. 27, n. 1, e80125, 2022.

MOTA, T. G. C. S. *et al.* Influência da vida de parto sobre os resultados perinatais de mulheres que tiveram parto prematuro. **Revista de Medicina da UFC**, v. 58, n.1, p. 37-44, mar. de 2018.

OLIVEIRA, L. L. *et al.* Maternal and neonatal factors related to prematurity. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 50, n. 3, p. 382–389, mai.-jun. de 2016.

PHILLIPS, C. *et al.* Risk of recurrent spontaneous preterm birth: a systematic review and meta-analysis. **BMJ Open,** v. 7, n. 6, e015402, jun. de 2017.

ROBERTS, J. M., REDMAN, C.W. Pre-eclampsia: more than pregnancy-induced hypertension. **Lancet**, v. 341, n. 8858, P. 1447-1451, jun. de 1993.

ROMERO, R. *et al.* Vaginal progesterone reduces the risk of preterm birth and adverse perinatal outcomes in singleton gestations with a midtrimester sonographic short cervix (≤25 mm): an updated individual patient data meta-analysis. **American Journal of Obstetrics & Gynecology**, v. 233, n. 1, p. 1-5, jul. de 2025.

SAEEDI P. *et al*. Global and regional diabetes prevalence estimates for 2019 and projections for 2030 and 2045: results from the International Diabetes Federation Diabetes Atlas, **Diabetes Research and Clinical Practice**, v. 157, 107843, 2019.

SALARI, N. *et al*. Prevalência global de infecção urinária em gestantes: uma revisão sistemática e meta-análise. **Saúde Pública**, v. 224, n. 1, p. 58-65, nov. de 2023.

SILVA, I. *et al.* Associação entre abuso de álcool durante a gestação e o peso ao nascer. **Revista de Saúde Pública**, v. 45, n. 5, p. 864-869, out. de 2011.

SILVEIRA, M. F. *et al.* Determinants of preterm birth: Pelotas, Rio Grande do Sul. **Caderno de Saúde Pública**, v. 26, n. 1, p. 185-194, jan. de 2010.

STORINO A. F. L. *et al.* Uso profilático de surfactante pulmonar em prematuros para prevenção da síndrome do desconforto respiratório. **Brazilian Journal of Health Review**, v. 3, n. 4, p. 10972-10984, jan. de 2020.

TAKAHASHI, M., *et al.* Fetal growth restriction as the initial finding of preeclampsia is a clinical predictor of maternal and neonatal prognoses: a single-center retrospective study.**BMC Pregnancy Childbirth**, v. 21, n. 678, out. de 2021.

TEMBO, T. *et al.* The association of maternal age with adverse neonatal outcomes in Lusaka, Zambia: a prospective cohort study. **BMC Pregnancy Childbirth**, v. 20, n. 684, nov. de 2020.

THOMSON, A. J. Care of Women Presenting with Suspected Preterm Prelabour Rupture of Membranes from 24+0 Weeks of Gestation. **BJOG: an International Journal of Obstetrics and Gynecology**, v. 126, p. 152–166, 2019.

VERA-PONCE, V.J. *et al.* Global prevalence of preeclampsia, eclampsia, and HELLP syndrome: a systematic review and meta-analysis. **Frontiers in Reproductive Health**, v. 7, n.1, nov. de 2025.

WHO. WORLD HEALTH ORGANIZATION Statement on caesarean section rates. Geneva: WHO, 2023.

ZUGAIB, M. **Zugaib obstetrícia**. 5. ed. Barueri: Manole, 2023.