Perfil materno e desfechos neonatais de prematuros abaixo de 32 semanas em uma UTI Neonatal no interior do Rio Grande do Sul: um estudo transversal descritivo

Maria Elijara Sales Snovarski [1]
https://orcid.org/0000-0003-2596-1732

Nathália Quaiatto Félix [2]
https://orcid.org/0000-0002-2077-8077

Janine Koepp [3]
https://orcid.org/0000-0003-4873-7696

Andréia Rosane de Moura Valim [4]
https://orcid.org/0000-0001-9611-3103

[1-4] Universidade de Santa Cruz do Sul. Av. Independência, 2293. Universitário. Santa Cruz do Sul, RS, Brasil. CEP: 96.815-900. E-mail: s.mariaelirs@gmail.com

Resumo

Objetivos: analisar o perfil sociodemográfico, obstétrico e características clínicas das mães e desfechos neonatais de prematuros, menores de 32 semanas, em uma unidade de terapia intensiva neonatal.

Métodos: tratou-se de um estudo transversal descritivo, de caráter quantitativo, realizado entre 2024 e 2025 em uma Unidade de Tratamento Neonatal no interior do Rio Grande do Sul/Brasil. O artigo utilizou o checklist Strengthening the Reporting of Observational Studies in Epidemiology (STROBE).

Resultados: foram entrevistadas 28 mães, sendo que 4 delas tiveram gemelares, totalizando 32 recém-nascidos prematuros. Sobre o perfil materno, foi identificado que as mães eram: 46,4% adultas, 57,1% possuíam ensino médio; 89,3% viviam com companheiro; 35,7% relataram renda familiar inferior a dois salários mínimos. Sobre a cor da pele, 50,0% eram brancas, 32,1% pardas e 17,9% pretas. Quanto às intercorrências gestacionais, 71,4% das mães foram hospitalizadas antes do parto. Sobre os desfechos pós-UTI Neonatal: 34,4% foram direto para suas casas; 56,3% foram transferidos para outras unidades intra-hospitalares e 9,3% foram a óbito ainda na UTI Neonatal.

Conclusões: esta pesquisa permitiu aprofundar o conhecimento sobre o perfil e as necessidades das mães, contribuindo para o planejamento de ações públicas mais assertivas, voltadas ao cuidado materno-infantil e à melhoria nos desfechos neonatais.

Palavras-chave *Fatores sociodemográficos, Mães, Recém-nascido prematuro, Saúde pública*

Este é um artigo publicado em acesso aberto (*Open Access*) sob a licença *Creative Commons Attribution*, que permite uso, distribuição e reprodução em qualquer meio, sem restrições, desde que o trabalho original seja corretamente citado.

https://doi.org/10.1590/1806-9304202600000139

Introdução

O nascimento prematuro é definido pela Organização Mundial da Saúde[1] como aquele que ocorre antes das 37 semanas completas de gestação, e pode ser dividido em: prematuros extremos (menores de 28 semanas), muito prematuros (28-31 semanas) ou moderados (32-36 semanas). Estima-se que 13,4 milhões de bebês nasceram prematuros em 2020 no mundo.[1,2] Atualmente, os nascimentos prematuros são a principal causa de óbito entre crianças menores de 5 anos.[3] Os bebês nascidos prematuramente exigem atenção permanente e especializada para garantir a melhor sobrevivência e desenvolvimento saudável.[4]

No Brasil, entre 2012 e 2022, observou-se uma alteração significativa na prevalência de nascimentos prematuros, acompanhada de variações entre as macrorregiões. Tais variações refletem, em grande parte, desigualdades no acesso a serviços de saúde, bem como fatores socioeconômicos, ambientais e práticas obstétricas distintas.[5] A tendência nacional do aumento dos partos prematuros, caracterizado por desigualdades regionais e sociais, indica que essas disparidades podem aumentar até o ano de 2030.[6]

O parto prematuro é reconhecido como uma síndrome multifatorial, sua etiologia inclui infecções, inflamação, insuficiência uteroplacentária, distensão uterina excessiva, estresse e processos imunológicos.[7,8] Diversos fatores podem influenciar o parto prematuro, incluindo fatores genéticos, sociodemográficos, ambientais e, principalmente, aqueles relacionados à gestação.[4,9]

Nesse contexto, compreender a prematuridade e seus determinantes é fundamental para qualificar ações de promoção à saúde e prevenção de agravos. Salienta-se que esse fenômeno está profundamente relacionado às condições maternas e às particularidades de cada gestação. Assim, o objetivo do estudo foi analisar o perfil sociodemográfico e obstétrico das mães, as características e desfechos dos recém-nascidos prematuros extremos e muito prematuros em uma unidade de terapia intensiva neonatal referência no interior do Rio Grande do Sul (RS).

Métodos

Tratou-se de um estudo transversal descritivo de caráter quantitativo, realizado entre 2024 e 2025 em uma Unidade de Tratamento Intensivo Neonatal (UTI Neo) referência no interior do Rio Grande do Sul. O presente artigo foi elaborado de acordo com as diretrizes da EQUATOR Network, sendo realizado o *checklist Strengthening the Reporting of Observational Studies in Epidemiology* (STROBE).[10]

O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética da Universidade de Santa Cruz do Sul em 02 de julho de 2024, sob parecer nº 6.926.482 (CAAE:80182424.1.0000.5343), e pela Gerência de Ensino e Pesquisa do hospital de referência em 18 de outubro de 2024, sob parecer nº 23541.046583/2024-89.

A instituição hospitalar selecionada é a maior referência da região centro-oeste do Rio Grande do Sul, sendo referência regional para 45 municípios em atendimentos especializados. Inicialmente realizou-se uma busca nos registros institucionais e no sistema de informação do hospital para identificar o número de nascimentos, partos e internações na UTI Neo.

A amostra foi por conveniência, não probabilística, baseada na média anual do número de internações de recém-nascidos prematuros entre os anos de 2020 a 2023. Na construção do projeto de pesquisa, foi feito um levantamento no qual foram analisadas todas as idades gestacionais dos bebês que internaram entre 2020 e 2023 na Unidade de Internação Neonatal do Hospital Universitário de Santa Maria/Universidade Federal de Santa Maria (HUSM/UFSM).

Foi realizada uma estratificação entre o número de recém-nascidos a termo, prematuros tardios, muito prematuros e extremamente prematuros. Com esses dados, foi feita a média anual que serviu de referência para a amostra. Os critérios de inclusão foram mães de prematuros com idade gestacional menor que 32 semanas internados na UTI Neo, que aceitassem participar da pesquisa e assinassem o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

Participaram deste estudo 28 mães, das quais quatro tiveram partos gemelares, totalizando 32 crianças prematuras. Os critérios de exclusão foram a recusa em participar da pesquisa ou o óbito do bebê antes da abordagem do estudo, o que resultou na exclusão de duas potenciais participantes.

Os dados foram coletados por meio de entrevistas individuais, em ambiente reservado, com perguntas especialmente desenvolvidas para este estudo. Foi realizado um estudo piloto para a validação do questionário. Para o controle de viés nas coletas, foi utilizado um instrumento padronizado com perguntas objetivas, garantindo a neutralidade para as respostas.

As variáveis sociodemográficas analisadas incluíram: idade, cor da pele, nível de escolaridade (ensino fundamental, ensino médio e ensino superior), ocupação, renda familiar e situação conjugal. As variáveis obstétricas foram: perda gestacional prévia, prematuridade prévia, pré-natal, realização de pré-natal pelo Sistema Único de Saúde (SUS) e início do pré-natal, número de consultas, internação hospitalar prévia e agravos durante a gestação.

As informações neonatais foram obtidas no Aplicativo de Gestão para Hospitais Universitários e envolveram: códigos da Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde (CID-10),

sexo do bebê, idade gestacional, peso ao nascer, Apgar no primeiro e quinto minuto (menor e maior ou igual a sete), diagnóstico médico no momento da internação, tempo de internação e desfecho.

Para a análise dos dados, utilizou-se o *software Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS), versão 23.0. As variáveis categóricas foram apresentadas por meio de frequências absolutas e relativas, enquanto as variáveis numéricas foram descritas por medidas de tendência central e dispersão. Considerando o caráter descritivo do estudo e o tamanho amostral reduzido, os dados foram apresentados de forma descritiva, estratificados conforme os grupos de interesse, sem a realização de testes estatísticos inferenciais.

Resultados

O estudo incluiu 28 puérperas e 32 recém-nascidos prematuros (sendo 4 gemelares). Sobre o perfil materno, foi identificado que as mães eram: 46,4% adultas, 57,1% possuíam ensino médio; 89,3% viviam com companheiro; 35,7% relataram renda familiar inferior a dois salários mínimos, conforme a Tabela 1. Além disso, 50,0% delas estavam inseridas no mercado de trabalho.

Quanto à autodeclaração materna em relação à cor da pele, metade da amostra (50,0%) era composta por mulheres brancas, seguida por 32,1% de pardas e 17,9% de pretas. Todas as mães realizaram pré-natal, 89,3% iniciaram no primeiro trimestre e 96% realizaram o acompanhamento pelo SUS. Sobre o número de consultas, 17,9% das pacientes realizaram de 1 a 4 consultas; as outras 82,1% fizeram 5 ou mais. Essas informações estão detalhadas na Tabela 1.

Sobre as intercorrências gestacionais e a necessidade de internação pré-parto, 71,4% das mães precisaram ser hospitalizadas, com os seguintes diagnósticos: pré-eclâmpsia, infecção intra-amniótica, ruptura prematura de membranas, trombose, pielonefrite, dilatação precoce, perda de tampão, restrição de crescimento e diminuição de líquidos. Uma das mães precisou ser internada pré-parto na UTI Adulto devido a complicações cardiovasculares. No conjunto das condições avaliadas, 42,9% das gestantes apresentaram pré-eclâmpsia e 17,9% desenvolveram diabetes mellitus gestacional.

A infecção do trato urinário esteve presente em 39,3% das participantes, enquanto 35,7% tiveram algum episódio de intercorrência hemorrágica. Registrou-se ainda obesidade em 21,4% das gestantes e alterações no colo uterino em 32,1%. Com relação a doenças infectocontagiosas, não houve casos positivos de sorologia para sífilis nem Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV).

A Tabela 2 apresenta as características perinatais e os desfechos neonatais dos recém-nascidos prematuros incluídos no estudo, em que se observou que 68,8% nasceram de parto cesáreo; 50,0% do sexo feminino e 50,0% do sexo masculino; 59,4% eram muito prematuros (28 a 31 semanas de gestação); 43,8% de muito baixo peso (1.000 -1.499g); 34,4% de extremo baixo peso

Tabela 1

Características descritivas das mães e histórico obstétrico/pré-natal.

Características		N	%
Cor da pele			
Branca		14	50,0
Parda		9	32,1
Preta		5	17,9
Idade materna			
15 – 19 anos (Adolescentes)		4	14,3
20 – 34 anos (Adultas)		13	46,4
35 anos ou mais (Tardias)		11	39,3
Escolaridade materna			
Ensino fundamental		9	32,1
Ensino médio		16	57,1
Ensino superior		3	10,7
Situação conjugal			
Vive com companheiro		25	89,3
Não Vive com companheiro		3	10,7
Renda familiar relacionada a salário mínimo e classe social			
≤ 1	E	5	17,9
1,1 a 1,9	D	10	35,7
2 a 4,9	C	9	32,1
5 a ≥ 10	B	3	10,7
Não sabe		1	3,6
Perda gestacional prévia			
Sim		8	28,6
Não		20	71,4
Prematuridade prévia			
Sim		7	25,0
Não		21	75,0
Realizou pré-natal			
Sim		28	100,0
Não		0	
Realização de pré-natal pelo SUS			
Sim		27	96,4
Não		1	3,6
Início do pré-natal			
Primeiro trimestre		25	89,3
Segundo trimestre		3	10,7
Número de consultas no pré-natal			
De 1 a 4 consultas		5	17,9
5 ou mais		23	82,1
Vinculação ao AGAR			
Vinculadas ao AGAR		13	46,4
Não Vinculadas ao AGAR		15	53,6

AGAR= Ambulatório de Gestação de Alto Risco.

O somatório total poderá não somar 100% em virtude dos arredondamentos.

(menores de 1.000g) e 21,8% baixo peso; bem como 59,4% tiveram Apgar no 1º minuto igual ou maior que 7; 90,6% apresentaram Apgar no 5º minuto igual ou maior que 7.

Sobre os desfechos pós-UTI Neonatal: 34,4% foram para seus domicílios; 56,3% foram transferidos para outras unidades intra-hospitalares (37,5% para Unidade de Internação da Criança e do Adolescente e 18,8% para Unidade de Tratamento Intensivo Pediátrica), 9,3% foram a óbito durante a internação na UTI Neonatal. Em relação aos óbitos: 1 foi precoce (6 dias de vida), 1 tardio (20 dias de vida) e 1 pós-neonatal (58 dias de vida).

Os principais códigos da Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde (CID-10) registrados nas Autorizações das Internações Hospitalares foram: P07.0 - Peso extremamente baixo ao nascer (peso de nascimento inferior a 1.000g), P07.2 - Imaturidade extrema (recém-nascidos com menos de 28 semanas completas de gestação) e P07.3 - Outros recém-nascidos pré-termo (Idade Gestacional (IG) entre 28 e 36 semanas e 6 dias).

Tabela 2

Características e desfechos neonatais dos recém-nascidos prematuros.

	n	%
Tipo de parto		
Cesáreo	22	68,8
Vaginal	10	31,2
Apgar no 1º minuto		
Menor que 7	13	40,6
Igual ou maior que 7	19	59,4
Apgar no 5 minuto		
Menor que 7	3	9,4
Igual ou maior que 7	29	90,6
Idade gestacional		
Extremamente prematuros (menores de 28 semanas)	13	40,6
Muito prematuros (28 a 31 semanas)	19	59,4
Peso ao nascer		
Extremo baixo peso (Menores de 1000 g)	11	34,4
Muito baixo peso (1000 -1499 g)	14	43,8
Baixo Peso (1500-2500 g)	7	21,9
Desfecho Neonatal		
Transferência para Unidade da Criança e do Adolescente	12	37,5
Alta para domicilio	11	34,4
Transferência para UTI Pediátrica	6	18,8
Óbito na UTI Neonatal	3	9,4
Média ± Desvio Padrão		
Idade Gestacional (semanas)	28,9 ± 2,0 semanas	
Peso ao nascer (gramas)	1.203 ± 401 g	

DP = desvio-padrão; UTI = Unidade de Terapia Intensiva.

Observação: O somatório total poderá não somar 100% em virtude dos arredondamentos.

Além dos diagnósticos iniciais de prematuridade infantil, também foram observados nos prontuários dos pacientes os seguintes diagnósticos médicos: restrição de crescimento intrauterino relacionado ao peso (26), síndrome do desconforto respiratório (22), infecções presumidas (4), traumas e lesões (3), malformações congênitas (2) e hemorragia pulmonar (1).

Discussão

Sobre a autodeclaração materna quanto à cor da pele, 50,0% da amostra caracterizou-se por mulheres brancas, seguidas por 32,1% pardas e 17,9% pretas, esse perfil converge com estudos que analisam a raça/etnia como determinate social para a prematuridade.[11] A maior parte dos estudos analisados identificaram uma maior relação de prematuridade entre mães de recém-nascidos declaradas negras ou pardas, conforme publicações de outras regiões do país.[12,13] Nesse sentido, um estudo internacional, realizado na Colômbia, trouxe a afrodescendência como um fator de associação à prematuridade infantil.[14]

A maior parte da amostra foi composta por mães com idade superior a 20 anos: 46,4% classificadas como adultas e 39,3% como tardias. Esses dados convergem com outros estudos regionais no RS, onde a média de 28,5 anos também foi identificada na região central do RS,[15] bem como em um Hospital Universitário de Porto Alegre (RS),[16] além de outros estudos, em outros estados, como no Piauí, onde a idade média foi 28,1 anos,[13] e em um hospital de referência materno infantil em Belém, no Pará.[17]

Acerca da situação conjugal, verificou-se que a maior parte das mães viviam com companheiro (89,3%) em união consensual, ou oficialmente legalizadas, convergindo com demais estudos semelhantes.[13,16,18,19] Referente ao grau de escolaridade materna, a maioria concluiu o ensino médio (57,1%), seguida das que tinham apenas o ensino fundamental (32,1%). Esse perfil converge com outros quatro estudos sobre perfil materno em instituições públicas de referência em diferentes regiões brasileiras; sendo três no Nordeste e outro na Região Sul.[13,18,20,21]

Sobre a ocupação materna e renda familiar, 50,0% das mães não trabalhavam fora do lar e 35,7% delas tinham uma renda familiar que as classifica como Classe D,[22] considerada uma camada da população com menor poder de compra, que enfrenta dificuldades financeiras, o que muitas vezes limita o acesso a serviços de saúde. O perfil econômico de maior restrição financeira aparece em outros estudos nacionais.[15,21,23]

Estudos internacionais, como nos EUA, também trouxeram que populações vulneráveis e residentes em áreas socioeconomicamente desfavorecidas apresentam índices maiores de partos prematuros.[24] Nesse sentido, um estudo realizado em Utah (EUA) trouxe a associação

positiva entre estressores relacionados ao parceiro, traumáticos, financeiros e emocionais, durante a gestação e parto prematuro.[25]

A medida econômica, incluindo renda familiar, educação e ocupação, tem importantes repercussões nos resultados adversos da gravidez, com a renda sendo o principal fator associado à desigualdade social e em saúde, afetando as condições de trabalho, habitação, acesso a alimentos e a serviços de saúde, como a assistência pré-natal.[11]

A realização do pré-natal foi uma unanimidade entre as mães, bem como o número de consultas (maior ou igual a 5), que representou 82,1% da amostra, o que está de acordo com as orientações do Ministério da Saúde.[26] Além disso, 89,3% delas iniciaram o pré-natal no primeiro trimestre de gestação e 46,4% realizaram acompanhamento no ambulatório especializado do hospital de referência. Esses resultados corroboram estudo semelhante, realizado em um ambulatório especializado em gestação de alto risco no Oeste do Paraná.[19]

O número adequado de consultas no pré-natal habitual deve ser igual ou superior a seis, no alto risco, as consultas devem ser mensais até a 28ª semana, quinzenais entre 28 e 36 semanas e semanais a partir de então.[27] Cabe salientar que, além da participação no pré-natal, é muito importante a qualidade da assistência prestada, reforçando a necessidade de acompanhamento rigoroso e de qualidade no atendimento.

No presente estudo, foram detectadas algumas patologias e intercorrências gestacionais, como: hipertensão arterial, pré-eclâmpsia, infecção do trato urinário, diabetes gestacional, obesidade, alteração de colo uterino e hemorragias. Todas essas são referenciadas na literatura como condições complicadoras para partos prematuros.

O estudo realizado na UTI Neo da Maternidade do Complexo Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Paraná[23] analisou as mães com hipertensão arterial e diabetes gestacional. Já o perfil da maternidade de referência, na cidade de Fortaleza-CE, apontou mais intercorrências: a pré-eclâmpsia; infecção urinária; ameaça de parto prematuro; diabetes; hemorragias, restrição de crescimento intrauterino; bem como sífilis.[18]

Já o perfil de mães atendidas no ambulatório especializado em gestação de alto risco no Oeste do Paraná mencionou a hipertensão, obesidade e diabetes.[19] Nesse contexto, um estudo nigeriano, realizado em mais de 54 hospitais de referência, também associou os distúrbios hipertensivos como determinantes para prematuridade e mortalidade perinatal prematura.[28]

No estudo realizado, além das mães, os bebês também foram caracterizados, ressaltando informações sobre sexo, tipo de parto, gemelaridade, idade gestacional, peso e Apgar no 1º minuto e 5º minuto de vida, tempo de internação hospitalar e desfecho. Informações maternas foram contempladas em 5 estudos nacionais, de perfil sociodemográfico de mães de recém-nascidos atendidos em unidade de tratamento intensivo de referência em diferentes regiões brasileiras: Piauí,[13] Belém-Pará,[17] Fortaleza-CE;[18] Curitiba-Paraná[23] e Manaus-AM.[29]

No entanto, características neonatais foram citadas em apenas dois estudos,[17,18] sendo que as variáveis semelhantes foram: tipo de parto,[17] sexo[17,18] (masculino ou feminino), idade gestacional,[17] média de peso[17,18] e escore sete no Apgar no 1º minuto e do Apgar no 5º minuto.[18] O estudo realizado no estado do Pará[17] trouxe certa semelhança pelo quantitativo da amostra, maior quantitativo de partos cesáreos, bem como maior parte de recém-nascidos muito prematuros (menores de 32 semanas de gestação) e média de peso menor que 1.500 gramas e maior que 500 gramas.

A elevada taxa de parto cesáreo foi registrada em outros estudos em diferentes regiões do país.[13,17,21] Embora o parto normal seja o mais recomendado, alguns autores questionam a realização da cesariana de forma indiscriminada, o que eleva os riscos à saúde e os custos para o SUS.[13,21] No entanto, outros autores contextualizam essa alta taxa em virtude de complicações gestacionais, tais como pré-eclâmpsia grave, eclâmpsia, descolamento prematuro da placenta, ruptura uterina e sofrimento fetal.[11,17,18]

No ano de 2024, um estudo mexicano, realizado em Yucatán, México, pelo Ministério da Saúde, fez uma análise de coorte de 13 anos, correlacionando características sociodemográficas maternas (idade materna e nível de escolaridade) com características neonatais, como idade gestacional, peso e comprimento. A taxa de gêmeos aumentou substancialmente no período analisado em grupos sociodemográficos específicos (como idade ≥30 anos e naquelas com níveis de escolaridade mais elevados).[30]

Ao finalizar o estudo, identificaram-se limitações relacionadas ao tamanho amostral e ao caráter unicêntrico da pesquisa, o que sugere a necessidade de investigações mais amplas para uma melhor caracterização da problemática. Além disso, o delineamento descritivo e o tamanho reduzido da amostra impediram comparações entre as mães segundo o tipo de parto realizado. Assim, os dados foram apresentados de forma descritiva, estratificados conforme os grupos de interesse, sem a realização de testes estatísticos inferenciais.

A amostragem por conveniência facilitou o acesso às participantes, devido à presença contínua das mães no serviço de saúde em decorrência do longo período de internação dos bebês. Ademais, o desenho unicêntrico refletiu a realidade de uma única instituição pública, que é referência regional no atendimento ao pré-natal de alto risco.

Em razão do caráter transversal neste eixo da pesquisa, o acompanhamento temporal dos desfechos neonatais não foi mencionado. A ocorrência de óbitos na UTI Neonatal reflete a casuística de recém-nascidos com menos de 32 semanas, devendo-se notar que a baixa proporção observada (9,4%) corre o risco de ser interpretada como a taxa geral de mortalidade do grupo.

Pelas características metodológicas, não foi possível estabelecer validade externa, o que limita a generalização dos achados devido à especificidade da população estudada. Destaca-se, também, que o uso de autorrelato para algumas variáveis impediu o controle total das informações, podendo configurar viés de aferição. Por fim, constata-se a escassez de estudos regionais voltados à caracterização do perfil socioepidemiológico de mães de recém-nascidos muito e extremamente prematuros no estado do Rio Grande do Sul.

Destaca-se que os dados gerados no presente estudo agregarão, à gestão pública, informações relevantes quanto à saúde materno-infantil da região. A pesquisa permitiu caracterizar o perfil sociodemográfico e obstétrico das mães e as características dos recém-nascidos prematuros extremos e muito prematuros de uma unidade de terapia intensiva neonatal referência no interior do Rio Grande do Sul, localizada na cidade de Santa Maria/RS.

O conhecimento deste perfil proporcionou a identificação de áreas prioritárias de intervenção da saúde materno-infantil (pré-natal de alto risco). A compreensão da equipe sobre a realidade das famílias torna-se essencial ao apoio e suporte às mães durante o cuidado, qualificando a promoção da saúde do recém-nascido prematuro.

Contribuição dos autores

Sales Snovarski ME: conceituação, administração do projeto, design, investigação, curadoria de dados, metodologia, análise formal, ferramentas de análise, desenvolvimento e testes, validação, obtenção de financiamento, redação e revisão do manuscrito.

Quaiatto Félix N: design, curadoria de dados, análise formal, ferramentas de análise, desenvolvimento e testes, redação e revisão do manuscrito.

Koepp J: conceituação, metodologia, supervisão, validação, redação e revisão do manuscrito.

Moura Valim AR: conceituação, administração do projeto, curadoria de dados, metodologia, supervisão, validação, redação e revisão do manuscrito.

Todos os autores aprovaram a versão final do artigo e declaram não haver conflito de interesse.

Disponibilidade de dados

Todo o conjunto de dados que dá suporte aos resultados deste estudo foi publicado no próprio artigo.

Referências

1. World Health Organization (WHO). Preterm birth. Geneva: WHO, 2023. [acesso em 2026 Fev 24]. Disponível em: https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/preterm-birth.
2. Ohuma EO, Moller AB, Bradley E, Chakwera S, Hussain-Alkhateeb L, Lewin A, *et al*. National, regional, and global estimates of preterm birth in 2020, with trends from 2010: a systematic analysis. Lancet. 2024 Feb; 403 (10427): 618. doi: 10.1016/S0140-6736(24)00267-8.
3. Perin J, Mulick A, Yeung D, Villavicencio F, Lopez G, Strong KL, *et al*. Global, regional, and national causes of under-5 mortality in 2000-19: an updated systematic analysis with implications for the Sustainable Development Goals. Lancet Child Adolesc Health. 2022 Feb; 6 (2): 106-15. https://doi.org/10.1016/s2352-4642(21)00311-4.
4. Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS). Dia da Prematuridade 2023. Washington (DC): OPAS; 2023. [*Internet*]. [acesso em 2026 Fev 24]. Disponível em: https://www.paho.org/pt/campanhas/dia-da-prematuridade-2023
5. Ministério da Saúde (BR). DATASUS. TABNET. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2024. [*Internet*]. [acesso em 2026 fev 25]. Disponível em: https://tabnet.datasus.gov.br/cgi/deftohtm.exe?sinasc/cnv/nvbr.def
6. Victor A, Nhancololo AM, Bah HAF, Xavier SP, Gotine AREM, Moreira VA, *et al*. National and regional temporal trends and forecasting of preterm birth in Brazil: evidence from national birth data (2014-2023) with projections to 2030. BMC Pregnancy Childbirth. 2025 Dec; 25 (1): 1339. https://doi.org/10.1186/s12884-025-08536-6.
7. Goldenberg RL, Culhane JF, Iams JD, Romero R. Epidemiology and causes of preterm birth. Lancet. 2008 Jan; 371 (9606): 75-84. https://doi.org/10.1016/s0140-6736(08)60074-4.
8. Di Renzo GC, Bartha JL, David AL, Devlieger R, Sentilhes L, Surbek DV, *et al*. Predicting and preventing preterm birth in Europe: current challenges and gaps. J Matern Fetal Neonatal Med. 2025 Dec; 38 (1): e2547687. https://doi.org/10.1080/14767058.2025.2547687
9. Plunkett J, Muglia LJ. Genetic contributions to preterm birth: Implications from epidemiological and genetic association studies. Ann Med. 2008; 40 (3): 167-95. https://doi.org/10.1080/07853890701806181
10. Von Elm E, Altman DG, Egger M, Pocock SJ, Gøtzsche PC, Vandenbroucke JP. The Strengthening the Reporting of Observational Studies in Epidemiology (STROBE) statement. J Clin Epidemiol. 2008; 61 (4): 344-9. https://doi.org/10.1016/j.jclinepi.2007.11.008

11. Rocha AS, Falcão IR, Teixeira CSS, Alves FJO, Ferreira AJF, Silva NJ, *et al.* Determinantes do nascimento prematuro: proposta de um modelo teórico hierarquizado. Ciênc Saúde Colet. 2022; 27 (8): 3139-52. https://doi.org/10.1590/1413-81232022278.03232022

12. Oliveira KA, Araújo EM, Oliveira KA, Casotti CA, Silva CAL, Santos DB. Association between race/skin color and premature birth: a systematic review with meta-analysis. Rev Saúde Pública. 2018; 52 (26). https://doi.org/10.11606/S1518-8787.2018052000406

13. Oliveira ETA, Gouveia MTO, Santos GPG, Dantas ALB, Costa GR, Costa MCS. Perfil sociodemográfico e obstétrico das mães de recém-nascidos internados nas Unidades de Terapia Intensiva Neonatal de uma maternidade de referência no Nordeste brasileiro. Rev Saúde (Santa Maria). 2024; 50 (1): e83881. https://doi.org/10.5902/2236583483881

14. Torres-Muñoz J, Alberto Cedeño D, Murillo J, Torres-Figueroa S, Torres-Figueroa J. Sociodemographic determinants and mortality of premature newborns in a medium and low-income population in Colombia, 2017-2019. Biomedica. 2023 Sep; 43 (3): 385-95. https://doi.org/10.7705/biomedica.6863

15. Kegler JJ, Neves ET, Silva AM, Oliveira DC, Zamberlan KC. Fatores associados ao estresse de pais em Unidade de Terapia Intensiva Neonatal. Acta Paul Enferm. 2023; 36: eAPE02061. https://doi.org/10.37689/acta-ape/2023AO02061

16. Fróes GF, Mendes ENW, Pedroza GA, Cunha MLC. Estresse experimentado por mães de recém-nascidos pré-termo em unidade de terapia intensiva neonatal. Rev Gaucha Enferm. 2020; 41: e20190145. https://doi.org/10.1590/1983-1447.2020.20190145

17. Vale ELL, Azevedo KP, Batista EL, Torres DC, Silva DDO, Vilhena APF. Perfil clínico e epidemiológico de recém-nascidos prematuros de baixo peso participantes do método canguru em um hospital de referência materno-infantil em Belém do Pará. Rev CPAQV. 2021; (13): 3. https://doi.org/10.36692/v13n3-28

18. Silva MM, Brito ALS, Vasconcelos IA, Souto REM, Rocha RP, Esteche CMGCE, *et al.* Perfil de mulheres acometidas por parto prematuro e desfechos neonatais. Rev Bras Saude Mater Infant. 2021; 21 (4): 987-94. https://doi.org/10.1590/1806-93042021000400002

19. Parzianello G, Pezzini IR, Rymsza T. Análise do acompanhamento pré-natal de gestações de alto risco em um ambulatório especializado do oeste do Paraná. Rev Ibero-Am Humanid, Cienc Educ. 2025 Jan; 11 (1): 1856-66. https://doi.org/10.51891/rease.v11i1.17954

20. Rosa JK, Tessmer HC, Corrêa BG, Moraes ES. Perfil epidemiológico e gestacional de mulheres atendidas em um hospital universitário na rede pública de saúde, Pelotas-RS. Rev Eletron Acervo Saúde. 2024 Set; 24: (9): e15775. https://doi.org/10.25248/reas.e15775.2024

21. Lima SES, Torres HTM, Macêdo MGM, Maia EMC. Caracterização Sociodemográfica e de Saúde de Mães com Neonatos na Unidade de Terapia Intensiva. Rev Paul Enferm. 2022 Jan; 33(1): 1-12. https://doi.org/10.33159/25959484.repen.2023v33a11

22. Fundação Getúlio Vargas (FGV). Qual a faixa de renda familiar das classes? [*Internet*]. Brasil; 2018 [acesso em 2026 Mar 5]. Disponível em: https://cps.fgv.br/qual-faixa-de-renda-familiar-das-classes

23. Soares PD, Zotz TGG, Motter AA. Perfil sociodemográfico de pais de recém-nascidos prematuros internados em um hospital público. Mundo Saúde. 2021; (45): 356-68. https://doi.org/10.15343/0104-7809.202145356368

24. Khan SS, Vaughan AS, Harrington K, Seegmiller L, Huang X, Pool LR, *et al*. US County-Level Variation in Preterm Birth Rates, 2007-2019. JAMA Netw Open. 2023; 6: e2346864. https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2023.46864

25. Morgan N, Christensen K, Skedros G, Kim S, Schliep K. Life stressors, hypertensive disorders of pregnancy, and preterm birth. J Psychosom Obstet Gynaecol. 2022 Mar; 43 (1): 42-50. https://doi.org/10.1080/0167482x.2020.1778666

26. Ministério da Saúde (BR). Manual de gestação de alto risco. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2022. [acesso em 2026 Mar 1]. Disponível em: https://atencaoprimaria.es.gov.br/Media/AtencaoPrimaria/Mulher/Manual%20Gesta%C3%A7%C3%A3o%20Alto%20Risco%202022.pdf

27. Medeiros FF, Santos IDL, Ferrari RAP, Serafim D, Maciel SM, Cardelli AAM. Acompanhamento pré-natal da gestação de alto risco no serviço público. Rev Bras Enferm. 2019; 72 (Suppl. 3): 213-20. http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0425

28. Fajolu IB, Dedeke IOF, Oluwasola TA, Oyeneyin L, Imam Z, Ogundare E, *et al*. Determinants and outcomes of preterm births in Nigerian tertiary facilities. BJOG. 2024 Aug; 131 (Suppl. 3): 30-41. https://doi.org/10.1111/1471-0528.17869

29. Leal BA, Souza JKT, Maia ES, Ribeiro KHS, Oliveira VGS, Freitas TM, *et al*. Perfil das mães de recém-nascidos pré-termo assistidos pelo método canguru. Rev Eletron Acervo Saúde. 2025; 25: e17117. https://doi.org/10.25248/reas.e17117.2025

30. Azcorra H, Marin-Cardenas AD, Villanueva-Toledo JR, Mendez-Dominguez N. Twin births in Yucatan, Mexico during 2008-2020: trends in maternal sociodemographic factors and differences in birth weight and length according to sex of co-twin. J Matern Fetal Neonatal Med. 2024 Dec; 37 (1): 2329952. doi: 10.1080/14767058.2024.2329952

Recebido em 27 de Maio de 2026
Versão final apresentada em 10 de Agosto de 2026
Aprovado em 12 de Agosto de 2026

Editor Associado: Melania Amorim