

PREVALÊNCIA DE PREMATURIDADE E FATORES ASSOCIADOS NO ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL

LEONARDO CHRISTIAN DA SILVA MAIA¹; DANIEL MIRANDA LOPES DE SOUZA²;
ZÉLIA DOMÉNICA FERREIRA ZÉGO³; WANDERSON SOUZA MACIEL⁴; WILLIAM CHRISTOPHER RAMOS OLIVEIRA⁵; GUSTAVO PÊGAS JAEGER⁶

¹*Universidade Federal de Pelotas – leotuxa@yahoo.com.br*

²*Universidade Federal de Pelotas – souzalopesmiranda@gmail.com*

³*Universidade Federal de Pelotas – zeliazego@gmail.com*

⁴*Universidade Federal de Pelotas – wanderson Opensador8@live.com*

⁵*Universidade Federal de Pelotas – william.christopher.96@gmai.com*

⁶*Universidade Federal de Pelotas – gpjaeger@yahoo.com.br*

1. INTRODUÇÃO

O conceito de prematuridade inclui todo recém-nascido (RN) vivo com menos de 37 semanas completas de gestação (<259 dias) contadas a partir do primeiro dia do último período menstrual (SALGE, 2009). Em termos epidemiológicos e clínicos, prematuro é um feto nascido antes do tempo normal de gestação devido a fatores diversos e, muitas vezes, imprevisíveis. A prematuridade, ou o nascimento de um prematuro, podem ocorrer em diversos lugares, grupos e classes sociais. Afeta diretamente as expectativas e estruturas das famílias em vista dos anseios que permeiam a perinatalidade (RAMOS, 2009).

Atualmente, prematuridade pode ser classificada em: espontânea, em decorrência do trabalho de parto espontâneo ou da ruptura prematura de membranas, e eletiva, quando se dá por indicação médica em decorrência de intercorrências com o feto ou com a mãe. A prematuridade eletiva representa 20 a 30% dos partos prematuros. Ocorre quando a gestação é interrompida em virtude de complicações maternas como: descolamento prematuro de placenta, e/ou complicações fetais como restrição do crescimento ou sofrimento fetal (SALGE, 2009).

Os fetos prematuros, ainda podem ser divididos em subcategorias: prematuros extremos (<28 semanas de gestação), muito prematuro (28 à <32 semanas) e os prematuros moderados a tardios (32 a <37 semanas). Em linhas gerais, um dos critérios primordiais para a definição de prematuridade é a IG (idade gestacional) (Organização Mundial da Saúde, 2016). Cloherty et al. (2015), traz em seu trabalho a classificação pela idade IG, sendo pré-termo menor que 37 semanas (259 dias), pré-termo tardio de 34 a 36 semanas (238 a 258 dias), a termo de 37 a 41 semanas (260 a 294 dias) e, pós-termo acima de 42 semanas (295 dias ou mais). Porém, a idade de gestação quer seja calculada a partir da história menstrual ,quer seja encontrada pelos marcos obstétrico não está isenta de críticas (PAUL, 1992).

A prematuridade vem sendo estudada em diferentes países e os estudos demonstram que são inúmeras as causas que levam um bebê a nascer prematuro, dentre elas estão às relacionadas ao aparelho genital feminino, alterações placentárias e excesso de líquido amniótico. Outros fatores incluem: a idade materna (maior incidência em mães mais jovens), infecções maternas, primiparidade (mais frequente no primeiro filho). Porém, na maioria dos casos, a causa é desconhecida. A gravidez na adolescência além de ser um grande fator de risco para a mãe devido a complicações perinatais como baixo ganho de peso materno, desproporção céfalo-pelvica, pré-eclâmpsia, também é um fator de risco para a prematuridade (RAMOS, 2009).

Estima-se que a cada ano 15 milhões de crianças prematuras nasçam em todo o mundo (BECK, 2010). As complicações relacionadas à prematuridade, principal causa de morte entre crianças menores de cinco anos, provocaram em 2015 cerca de um milhão de mortes e, estima-se que três quartos dessas mortes poderiam ser evitados com medidas atuais, eficazes e pouco onerosas (Organização Mundial da Saúde, 2016).

No Brasil, Segundo o Ministério da Saúde (2011) a prevalência de parto prematuro está aumentando e pode chegar a 9,2%, com metade desses sendo idiopáticos, ou seja, de causa obscura, desconhecida ou não estando relacionada a alguma doença. Em contrapartida, um estudo divulgado pela UNICEF (2013), realizado em parceria com pesquisadores de 12 universidades brasileiras, com base no SINASC e aplicando um fator de correção com base em estudos brasileiros de alta qualidade, revelou que em 2011 a prevalência de crianças nascidas prematuras no Brasil era de 11,7%. Dados do estudo “Born too Soon” revelou que em países de renda média o percentual de prematuridade é de 9,4% e nos países com baixa renda de 11,8%, colocando o Brasil neste ultimo patamar (World Health Organization, 2012).

Segundo o Ministério da Saúde (UNICEF, 2013), a prematuridade é a principal causa de morte de crianças no primeiro mês de vida. No Brasil, as regiões mais desenvolvidas (sul e sudeste) são as que apresentam os maiores percentuais (12% e 12,5%, respectivamente), seguido pela Região Centro-Oeste (11,5%), Nordeste (10,9%) e Norte (10,8%).

Os estados com maiores frequências foram MG, DF, SP, RJ e RS, justamente alguns dos estados mais desenvolvidos do país – Destacando-se a presença do estado do RS que é objeto deste estudo. As mais baixas frequências foram observadas em RO e TO (VICTORA, 2013).

Diante da crescente taxa de prematuridade no Brasil (Ministério da Saúde, 2011), de sua direta relação com a mortalidade infantil e problemas relacionados ao desenvolvimento da criança, novos estudos são necessários para elucidar a atual prevalência de prematuridade no estado do Rio Grande do Sul e os fatores a ela associados.

2. METODOLOGIA

O delineamento do estudo foi do tipo transversal, com base em dados secundários do Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (SINASC), sendo a população deste estudo composta por todos os nascidos vivos no Brasil no ano de 2014. A variável de desfecho é categórica dicotômica, sendo 37 semanas de IG o ponto de corte considerado para prematuridade e, as variáveis independentes foram: sexo do recém-nascido, raça/cor da mãe, idade da mãe, estado civil, escolaridade da mãe, tipo de parto e número de consultas pré-natal. Os dados foram analisados com o programa estatístico Stata 14.0, com intervalos de confiança de 95%. Posteriormente, foi realizado análises de associação entre prematuridade e as variáveis de exposição. A análise bivariada foi feita através do teste Chi-quadrado, e análise multivariável através de regressão de Poisson. A medida do desfecho foi expressa pela razão de prevalência (RP), intervalo de confiança de 95%. Adotado nível de significância de 5%.

3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Dos 143.290 recém-nascidos no Rio Grande do Sul durante o ano de 2014, cerca de 16.450 (11,48%) foram considerados prematuros. Verificou-se a prevalência de prematuridade de 11,72% para os recém-nascidos do sexo masculino e de 11,46% para o sexo feminino, o que indica que não há relação direta entre o sexo do bebê e prematuridade. No estudo de Victora (2013), com dados do SINASC de 2011, 11,7% das crianças nascidas no Brasil foram prematuras e nesse mesmo estudo as maiores frequências de prematuridade foram encontradas nos estados de Minas Gerais, Distrito Federal, São Paulo, Rio de Janeiro e Rio Grande do Sul, estados estes localizados nas regiões Sul e Sudeste do país e que são considerados os mais desenvolvidos. Já as mais baixas frequências nas taxas de prematuros, segundo o mesmo estudo, foram observadas em Rondônia e Tocantins (VICTORA, 2013).

Quanto às características da mãe, as de pele branca representam maioria no estudo, cerca de 83%, o que pode ser explicado pelo fato do Rio Grande do Sul ter maior população branca (82,3%) segundo dados do IBGE (2009). Mães mais velhas, com mais de 40 anos, mostraram ter 29% mais chances de ter um bebê prematuro quando comparadas a mães mais novas, com menos de 19 anos. Resultados semelhantes foram encontrados em estudos realizados no estado de Santa Catarina (também baseado nos dados do SINASC) e no estado de Goiás (Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Goiás). Em Santa Catarina, por exemplo, mães com mais de 39 anos apresentaram 32% mais possibilidades de virem a ter um parto prematuro em relação a mães mais novas (FREITAS, 2015).

A consulta pré-natal mostrou ser o principal fator de proteção contra a prematuridade. As mães que fizeram 7 ou mais consultas pré-natais reduziram suas possibilidades de partos prematuros em 68%, enquanto as que fizeram de 4-6 vezes tiveram apenas 21% de redução nas chances de terem filhos prematuros. Nos estudos feitos no estado de São Paulo foram encontrados resultados parecidos. Constatou-se que, à medida que o número de consultas pré-natal aumentou, a prevalência de baixo peso ao nascer e/ou partos pré-termo diminuiu (KILSZTAJN et al., 2003).

Outra variável que parece ter uma relação importante na taxa de prematuros é o nível de escolaridade da mãe. Maior prevalência foi encontrada nos casos onde a mãe estudou apenas o ensino fundamental (cerca de 14%). Já quando a mãe tem ensino superior, a probabilidade de terem filhos prematuros cai cerca de 20%. Estudo feito em Guarapuava – PR mostrou que quanto menor a escolaridade da mãe, maior a dificuldade de entendimento da necessidade de cuidados especiais durante a gestação, o que acaba levando ao início tardio e/ou ausência de consultas pré-natal (RAMOS, 2009). Isso pode ser um dos motivos que explicam o alto índice de prematuridade entre as mães que apresentam baixo nível de instrução intelectual.

No tocante ao tipo de parto realizado, percebeu-se que as mães que fizeram cesariana tiveram 14% mais chances de terem filhos à pré-termo quando comparadas às mães que fizeram partos vaginais.

4. CONCLUSÕES

Com isso, é possível inferir que a prematuridade é um problema delicado e de fundamental importância, está associado a algumas variáveis como número baixo de consultas pré-natal, baixa escolaridade e elevada idade da mãe. Porém, quando relacionado com variáveis como sexo do recém-nascido, cor da pele e estado civil da mãe, o número de partos prematuros não apresentou variação significativa. Haja

vista as variáveis diretamente relacionadas com o número alto de prematuros é possível alterar tal situação com algumas medidas que envolvem a conscientização das mães quanto à importância da consulta pré-natal, medidas educacionais que se destinem a impedir o alto número de evasão escolar e também políticas que visem diminuir o número de partos via cesariana. Nesse sentido ainda, é importante destacar o quanto importante à consulta pré-natal é para redução do número de recém-nascidos prematuros, tendo em vista que quanto maior o número de consultas realizadas, maior é o fator de proteção proporcionado, segundo o presente estudo.

5. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- SALGE, A.K.M.; VIEIRA, A.V.d C.; AGUIAR, A.K.A.; LOBO, S.F.; XAVIER, R.M.; ZATTA, L.T.; et al. Fatores maternos e neonatais associados à prematuridade. **Rev eletrônica enferm.** 2009;11(3).
- RAMOS C.C.; ROBERTO, K. N. Fatores de risco para prematuridade: pesquisa documental. **Esc Anna Nery Revista de Enfermagem** 2009;13(2):297-304.
- Organização Mundial da Saúde. **Nascimentos Prematuros**, 2016 Available from: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs363/es/>.
- CLOHERTY, J.P.E.; Eric, C.; STARK, A. R. **Manual de neonatologia**. 7 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2015.
- CESARIN, R.P. **Influência da condição clínica periodontal e da elastase salivar no trabalho de parto prematuro e no parto pré-termo: estudo de casos**. In: UFPel. Pelotas, RS; 2015.
- BECK S.W.D.S.L.; BETRAN, A.P.; MERIALDI, M.; REQUEJO, J. H. The worldwide incidence of preterm birth: a systematic review of maternal mortality and morbidity. **Bull World Health Organ.** 2010;88(1):31-8.
- Ministério da Saúde do Brasil. Datasus: informações de saúde. **Estatísticas vitais. Mortalidade e nascidos vivos em 2011**. In: Saúde Md, editor. Brasília (DF), Brasil2011.
- World Health Organization. **Born too soon: the global action report on preterm birth**. 2012.
- UNICEF. **Prematuridade e suas possíveis causas**. Brasília - Brasil2013.
- VICTORA, C. **Pesquisa para estimar a prevalência de nascimentos pré-termo no Brasil e explorar possíveis causas**. Pelota, RS: Universidade Federal de Pelotas, PPGE; 2013.
- OLIVEIRA, L.; BONILHA, A.; GONÇALVES, A.C.; COSTA, J.S.D. Maternal and neonatal factors related to prematurity. **Rev Esc Enferm USP.** 2016;50(3):382-9.
- ALMEIDA, A.C.; de JESUS, A.C.P.; LIMA, P.F.T.; de ARAÚJO, M.F.M.; de ARAÚJO, T.M. Fatores de risco maternos para prematuridade em uma maternidade pública de Imperatriz-MA. **Rev Gaucha Enferm.** 2012;33(2):86-94.
- PAUL, M.C.; **Factores de risco associados ao nascimento prematuro, Psicología**, VIII, 393-402. 1992.
- FREITAS, P.F.; de ARAUJO, R.R. Prematuridade e fatores associados em Santa Catarina, Brasil: análise após alteração do campo idade gestacional na Declaração de Nascidos Vivos. **Rev. Bras. Saude Mater. Infant.**, Recife , v. 15, n. 3, p. 309-316, set. 2015.
- KILSZTAJN, S.; ROSSBACH, A.; do CARMO, M.S.N.; SUGAHARA, G.T.L.; Assistência Pré-natal, baixo peso e prematuridade no estado de São Paulo, 2000, **Rev. saúde publica** 2003;37(3). P. 303-310.
- IBGE. **Síntese dos indicadores sociais 2009**. Rio de Janeiro, 2009.