



**CENTRO UNIVERSITÁRIO LUTERANO DE PALMAS**

Rede credenciado pela Portaria Ministerial nº 1.162, de 13/10/16, D.O.U. nº 198, de 14/10/2016  
AELBRA EDUCAÇÃO SUPERIOR - GRADUAÇÃO E PÓS-GRADUAÇÃO S.A.



**Jakeline Freitas da Silva Oliveira Mendonça**

**ANÁLISE DE PREMATURIDADE DE 2014 - 2018 EM PALMAS – TO**

**Palmas - TO**

**2021**

**Jakeline Freitas da Silva Oliveira Mendonça**

**ANÁLISE DE PREMATURIDADE DE 2014 - 2018 EM PALMAS – TO**

Trabalho de Conclusão de Curso elaborado e apresentado como requisito parcial para aprovação do curso de bacharel em Enfermagem pelo Centro Universitário Luterano de Palmas (CEULP/ULBRA).

Orientadora: Prof<sup>a</sup>. Me. Ruth Bernardes de Lima Pereira.

**Palmas - TO**

**2021**

**Jakeline Freitas da Silva Oliveira Mendonça**

**ANÁLISE DE PREMATURIDADE DE 2014 - 2018 EM PALMAS – TO.**

Trabalho de Conclusão de Curso elaborado e apresentado como requisito parcial para aprovação do curso de bacharel em Enfermagem pelo Centro Universitário Luterano de Palmas (CEULP/ULBRA).

Orientadora: Prof.<sup>a</sup> Me. Ruth Bernardes de Lima Pereira.

Aprovado em: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**BANCA EXAMINADORA**

---

Prof.<sup>a</sup> Me. Ruth Bernardes de Lima Pereira.

Orientadora

Centro Universitário Luterano de Palmas – CEULP

---

Prof.<sup>a</sup> Esp. Jussara Dias Queiroz Brito

Centro Universitário Luterano de Palmas – CEULP

---

Prof.<sup>a</sup> Esp. Evelini Franco Hiramatsu

Centro Universitário Luterano de Palmas – CEULP

## RESUMO

MEDONÇA, Jakeline Freitas da Silva Oliveira. **Análise de Prematuridade de 2014 a 2018 em Palmas -TO**. Monografia (Bacharelado em Enfermagem). Centro Universitário Luterano de Palmas. 40 p. Palmas - TO, 2021.

A prematuridade ocorre em mais de um em cada dez nascimentos, sendo a principal causa de morbidade e mortalidade entre RN, com cerca de 1,1 milhão de óbitos por ano no mundo. Dessas mortes, a maioria poderia ser prevenida com cuidados básicos e intervenções de baixo custo (BRASIL,2016).

Os objetivos do estudo, descrever o perfil dos RN vivos prematuros nos anos de 2014 a 2018 em Palmas – TO., analisar as taxas de prematuridades anuais em Palmas- To no período do estudo, descrever as características relacionadas à gestação, como tipo de parto e do RN nascidos prematuros e Identificar presença de má formação ou deformidades congênitas.Trata-se de um estudo transversal epidemiológico, do tipo descritivo, quantitativo, tendo como base os dados provenientes do Sistema de Informações Sobre Nascidos Vivos (SINASC). A coleta de dados foi realizada de Agosto a Novembro de 2020. A amostra para este estudo foram nascidos vivos residentes em Palmas-TO, entre os anos de 2014 a 2018. Disponíveis na base de dados do SINASC/DATASUS I. Assim totalizando 25.731 nascidos vivos prematuros residentes em Palmas. Os resultados apontam para um bom acesso a saúde.

**Palavras-chave:** nascidos vivos; prematuridade; anomalia congênita.

## RESUME

MEDONÇA, Jakeline Freitas da Silva Oliveira. Prematurity Analysis from 2014 to 2018 in Palmas -TO. Monograph (Bachelor of Nursing). Lutheran University Center of Palmas. 35 p. Palmas - TO, 2021.

Prematurity occurs in more than one in ten births, being the main cause of morbidity and mortality among newborns, with around 1.1 million deaths per year worldwide. Of these deaths, most could be prevented with basic care and low-cost interventions (BRASIL, 2016).

The objectives of the study, describe the profile of live preterm NBs in the years 2014 to 2018 in Palmas - TO., Analyze the annual preterm rates in Palmas-To during the study period, describe the characteristics related to pregnancy, such as type of delivery and newborns born premature and Identify the presence of malformation or congenital deformities. This is a cross-sectional epidemiological study, of a descriptive, quantitative type, based on data from the Information System on Live Births (SINASC). Data collection was carried out from August to November 2020. The sample for this study was born alive living in Palmas-TO, between the years 2014 to 2018. Available in the database of SINASC / DATASUS I. Thus totaling 25,731 premature live births residing in Palmas. The results point to good access to health,

Keywords: live births; prematurity; congenital anomaly.

## SUMÁRIO

|                                                                                                                    |           |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|
| <b>1 INTRODUÇÃO.....</b>                                                                                           | <b>07</b> |
| 1.1 Problema.....                                                                                                  | 08        |
| 1.2 Justificativa.....                                                                                             | 08        |
| 1.3 Objetivos.....                                                                                                 | 09        |
| 1.3.1 Objetivo Geral.....                                                                                          | 09        |
| 1.3.2 Objetivos Específicos.....                                                                                   | 09        |
| <b>2 REFERENCIAL TEORICO.....</b>                                                                                  | <b>10</b> |
| 2.1 Prematuridade .....                                                                                            | 10        |
| 2.2 Epidemiologia da prematuridade no Brasil.....                                                                  | 11        |
| 2.3 SINASC – DN.....                                                                                               | 12        |
| <b>3 METODOLOGIA.....</b>                                                                                          | <b>14</b> |
| 3.1 Tipo de estudo.....                                                                                            | 14        |
| 3.2 Local e Período.....                                                                                           | 14        |
| 3.3 População e Amostra.....                                                                                       | 14        |
| 3.4 Critérios de Inclusão e Exclusão .....                                                                         | 15        |
| 3.5 Variáveis.....                                                                                                 | 15        |
| 3.6 Instrumentos de coleta de dados, estratégias de aplicação, registro, análise e<br>apresentação dos dados ..... | 15        |
| 3.7 Aspectos Éticos .....                                                                                          | 16        |
| <b>4. RESULTADOS E DISCUSSÃO .....</b>                                                                             | <b>17</b> |
| <b>5. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>                                                                                | <b>33</b> |
| <b>REFERENCIAS.....</b>                                                                                            | <b>34</b> |

## **1. INTRODUÇÃO**

De acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS) determina como prematuridade, toda criança nascida antes de 37 semanas. Sendo assim, 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 (CAKM, 2010).

Sabe-se que a prematuridade é decorrente de circunstâncias diversas e imprevisíveis, que ocorrem em todos os lugares e classes sociais, que acarreta às famílias e à sociedade em geral um custo social e financeiro (RAMOS, CUMAN, 2009).

A prematuridade afeta diretamente a estrutura familiar alterando as expectativas e anseios que permeiam a perinatalidade. É difícil avaliar os componentes que influenciam e são influenciados pelo complexo processo do nascimento prematuro, o acompanhamento estatístico dos nascimentos foi um melhoria significativa na área da epidemiologia: possibilitou conhecer e saber quem nascem, como nasce, onde nasce e em que condições nascem (RAMOS,CUMAN,2009).

O Sistema de Informações de Nascidos Vivos (SINASC) foi implantado pelo Ministério da Saúde em 1990, por meio da Declaração de Nascido Vivo (DN), padronizada nacionalmente e preenchida nos hospitais e em outras instituições de saúde nos quais ocorrem partos, e nos Cartórios de Registro Civil para os partos domiciliares (BRASIL, 2009).

Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS) no Brasil, mais de 12% dos nascimentos acontecem antes da gestação completar 37 semanas. Isso significa que 340 mil bebês nascem prematuros todo ano. O Brasil ocupa a décima posição dos países com o maior número de prematuridade (BRASIL, 2011).

Os novos dados da pesquisa “Nascer no Brasil: inquérito nacional sobre parto e nascimento” mostram que a atual taxa revisada de prematuridade no Brasil é de 11,7% (LANSK, 2014).

Conforme dados do DATASUS, em 2018 nasceram vivas, no Brasil, 323.676 crianças prematuras, 11% do total de nascidos vivos. No mesmo ano, a prevalência de prematuridade no Estado do Tocantins foi de 2,851 que equivale 0,8%. (BRASIL, 2018).

### **1.1 Problema**

Qual o perfil dos nascidos vivos prematuros em Palmas - TO?

## **1.2 Justificativa**

No Brasil por ano nascem aproximadamente 3 milhões de bebês, sendo que deste 345 mil (11,5%) foram prematuros, o equivalente a aproximadamente 10% dos nascidos vivos (SILVEIRA et al., 2009; BRASIL, 2016).

É de fundamental importância estudar sobre essa temática, a fim de conhecer esse perfil que pode colaborar nas estratégias de melhoria na assistência e reduzir em consequência a prematuridade.

Estudos sobre o perfil dos RN vivos prematuros sinaliza a população que deverá sofrer intervenção no âmbito da atenção primária e também em outros níveis da área de atenção à saúde.

O interesse pelo tema se deu devido ser uma área de interesse na faculdade, além de ser a área onde cada vez mais os enfermeiros vêm atuando e podem contribuir para melhoria do pré natal, garantindo um nascimento mais seguro e a termo.

## **1.3 Objetivos**

### **1.3.1 Objetivo Geral**

- Descrever o perfil dos RN vivos prematuros nos anos de 2014 a 2018 em Palmas – TO.

### **1.3.2 Objetivos Específicos**

- Analisar as taxas de prematuridades anuais em Palmas- TO no período do estudo;
- Descrever as características relacionadas à gestação, tipo de parto dos prematuros no período do estudo;
- Conhecer as características do RN nascidos prematuros no período do estudo;
- Identificar presença de má formação ou deformidades congênitas nesse grupo de RN no período do estudo.

## **2 REFERENCIAL TEÓRICO**



## 2.1 PREMATURIDADE

Parto prematuro (PPT), também conhecido como pré-termo refere-se ao nascimento do bebê precocemente, antes das 37 semanas de gravidez. (RAMOS, 2009).

Segundo a organização mundial de saúde a prematuridade ocorre em mais de um em cada dez nascimentos, sendo a principal causa de morbidade e mortalidade entre RN, com cerca de 1,1 milhão de óbitos por ano no mundo. Dessas mortes, a maioria poderia ser prevenida com cuidados básicos e intervenções de baixo custo (BRASIL,2016).

A OMS relata que o parto prematuro (PPT) é a ocorrência do nascimento antes do termo, ou seja, abaixo de 37 semanas de gestação, ou entre 140 e 257 dias após o primeiro dia da última menstruação, independente do peso ao nascer, podendo ser classificado em prematuridade extrema, quando o nascimento ocorre antes da 28ª semana de gestação, prematuridade acentuada, quando ocorre entre a 28ª e 32ª semana de gestação e prematuridade moderada, entre a 32ª e 37ª semanas (BRASIL, 2013).

Quando os prematuros conseguem sobreviver ao nascimento prematuro, representam muitas preocupações para os serviços de saúde e suas famílias, pelas sequelas e danos que podem ser oriundas deste nascimento (RAMOS, CUMAN 2009).

Como forma de contribuir com a diminuição da prematuridade no Brasil, o Ministério da Saúde atualizou, em 2012, o manual técnico sobre Gestação de Alto Risco que orienta as diretrizes para os profissionais e elenca os principais fatores de risco para o parto prematuro. (BRASIL, 2012).

Os fatores de riscos que podem desencadear um parto prematuro encontram-se em ordem psicossocial, comportamental e ordem fisiológica. (BRASIL,2012)

Segundo o Ministério da Saúde (2012), os fatores psicossociais é a ausência de controle do pré-natal, já a origem comportamental são situações como tabagismo, atividade física aumentada, uso de cocaína, alto estresses e trauma. E os fatores de origem fisiológica como: parto prematuro prévio, história de um ou mais abortos espontâneos no segundo trimestre, extremos de idade, complicações maternas (clínicas ou obstétricas), gestação múltipla, anomalias congênitas, polihidrânio, rotura prematura de membranas, descolamento de placenta, infecções maternas, entre outras.

A prematuridade pode ser classificada, segundo sua evolução clínica, em eletiva ou espontânea. Na prematuridade eletiva, a gestação é interrompida em virtude de complicações maternas (por exemplo, doença hipertensiva, descolamento prematuro de placenta, placenta prévia, etc.) e/ou fetais (por exemplo, restrição do crescimento fetal ou

sofrimento fetal), em que o fator de risco é, geralmente, conhecido e corresponde a 25% dos nascimentos prematuros (RAMOS, CUMAN 2009).

A prematuridade espontânea decorre do trabalho de parto prematuro. Nesse grupo, a etiologia é complexa e multifatorial ou desconhecida. Dessa maneira, na maioria das vezes, a prevenção primária é difícil de ser implementada, tendo em vista que muitos dos fatores de risco não podem ser modificados antes ou durante a gestação, restando, assim, a prevenção secundária ou terciária. (ZUGAIB, 2016)

## **2.2 EPIDEMIOLOGIA DA PREMATURIDADE NO BRASIL**

As complicações de nascidos prematuros são as principais causas de mortes neonatais, responsáveis por (35%) das 3,1 milhões de mortes por ano, e a segunda causa mais comum de morte em menores de 5 anos. (FONSECA,2013).

No Brasil, apesar dos esforços realizados durante o Pré-natal e parto, algumas intercorrências se mantêm, proporcionando um cenário atual de altos índices de mortalidade materno-infantil e morbidades neonatais, principalmente em recém-nascidos prematuro. (SOUZA, HOWSON,2012).

O Brasil está entre os 10 países com a maior taxa de neonatos pré-termos, em que aproximadamente (11,5%) dos bebês nascem antes do tempo, sendo esta taxa quase duas vezes acima da taxa de nascimentos prematuros observada nos países europeus (LEAL et al, 2016; WHO, 2017; BRASIL, 2017; SBP, 2017)

Segundo Leal (2016) refere que 74% dos nascimentos prematuros acontecem entre a 32ª e 36ª semana de gestação. Porém, as últimas semanas que antecedem as 40 semanas de gestação são um período crucial para o desenvolvimento cerebral do bebê, implicando na probabilidade em apresentar diversas complicações, inclusive morte neonatal ou infantil e problemas neurológicos em longo prazo (LEAL et al, 2016).

Segundo Silveira et al. (2013), a alta prevalência de nascimentos pré-termo é motivo de grande preocupação, tendo em vista que as complicações relacionadas com a prematuridade são a primeira causa de mortes neonatais e infantis em países de renda média e alta.

Além disso, a alta prevalência de prematuridade tem importantes repercussões sociais e econômicas, com a demanda crescente de unidades de tratamento intensivo neonatal a curto prazo, e os custos da atenção requerida, a longo prazo, por indivíduos

portadores de sequela, que carregam ao longo de sua vida danos irreparáveis à sua saúde física e mental (SILVEIRA et al., 2013).

### **2.3 SINASC – DNV (DECLARAÇÃO DE NASCIDOS VIVOS)**

O Ministério da Saúde implantou, a partir de 1990, o Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (SINASC), tendo como base a Declaração de Nascido Vivo (DN), cujo objetivo principal é fornecer informações sobre as características dos nascidos vivos, fundamentais para o estabelecimento de indicadores de saúde específicos (BRASIL, 2011).

O Brasil passou a ter uma fonte de Estatísticas sobre Nascidos Vivos, oficialmente, a partir da Lei nº 6.015/1973, consubstanciada na publicação “Estatística do Registro Civil”, da Fundação IBGE -1974, (BRASIL, 2013).

O Ministério da Saúde tomou a decisão de investir num sistema que permitisse a análise estatística, e possibilitasse a execução das ações básicas de saúde (BRASIL, 2013).

Na Portaria nº 649/GM/MS, de 04 de julho de 1989, foi criado o Grupo de Estatísticas Vitais (GEVIMS), para assessorar o Ministério da Saúde, quanto a: mortalidade e natalidade; avaliação da situação de saúde e de programas básicos de saúde; promoção da utilização de estatísticas vitais em instância federal, regional e local; planejamento e avaliação em saúde (BRASIL, 2015).

A implantação do SINASC ocorreu de forma lenta e gradual, em todas as unidades da federação, e já vem apresentando em muitos municípios, desde o ano de 1994, um número maior de registros do que o publicado pelo IBGE com base nos dados de cartório de registro civil, além de possibilitar a construção de indicadores úteis para o planejamento e gestão dos serviços de saúde (BRASIL, 2015).

Ao contrário do Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM), que teve grande parte de seu desenvolvimento feita de forma não informatizada, o SINASC foi informatizado desde seu início, tendo sido o primeiro Sistema em Informações de Estatísticas Vitais desenvolvido para microcomputadores (BRASIL, 2011).

O sistema informatizado, de fácil instalação, teve sua operação simplificada pelas rotinas auto-explicáveis, possibilitando a elaboração de relatórios de frequência e de cruzamentos entre as variáveis e permitindo o manuseio dos bancos de dados em instância estadual (BRASIL, 2013).

O Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (SINASC) foi criado um documento-padrão que foi denominado Declaração de Nascido Vivo (DN), aprovado em janeiro de 1990 (BRASIL, 2015).

A Declaração de Nascidos Vivos – DNV é um Documento padrão de uso obrigatório em todo o território nacional, para a coleta dos dados sobre nascidos vivos e considerado como documento hábil para os fins do Art 51 da Lei nº 6.015/19731, já citada, para a lavratura da Certidão de Nascimento pelo Cartório de Registro Civil (Art. 11 da Portaria nº 116 MS/SVS /2009) 2 e do inciso IV do Art 10 da Lei nº 8.069 / 1990 3 .

É um instrumento padronizado é impresso com sequência numérica única, em conjuntos de três vias auto-copiativas, conforme fotolito padronizado pela SVS/MS (Anexo A). O controle da numeração bem como a emissão e distribuição dos formulários para as Secretarias Estaduais de Saúde é de competência exclusiva do Ministério da Saúde, pela sua Secretaria de Vigilância em Saúde (Art. 12 da Portaria nº 116 MS/SVS/ 2009).

As Secretarias Estaduais de Saúde são responsáveis pela distribuição dos formulários diretamente ou por meio de suas instâncias regionais de saúde, às Secretarias Municipais de Saúde e aos Distritos Sanitários Especiais Indígenas, que estabelecerão controle sobre a distribuição e utilização do documento padrão em sua esfera de gerenciamento do sistema (Art. 13 da Portaria nº 116 MS/SVS / 2009).

As Secretarias Municipais de Saúde são responsáveis pelo fornecimento e pelo controle da utilização dos formulários entregues às unidades notificadoras e notificadores que são responsáveis solidários pela série numérica recebida (Art. 13 da Portaria nº 116 MS/SVS / 2009). (BRASIL,2013).

Unidades notificadoras que recebem os formulários das Secretarias Municipais de Saúde:

- Estabelecimento e Serviço de Saude, inclusive o de atendimento ou internação domiciliar
- Cartório de Registro Civil

- A portaria 116 prevê também a distribuição de formulários para profissionais de saúde e parteiras tradicionais (estas apenas quando reconhecidas e vinculadas a unidade de saúde), que realizem atendimento a parto domiciliar, mediante cadastramento e controle da Secretaria Municipal de Saúde.

### **3. METODOLOGIA**

#### **3.1 Tipo de estudo**

Para este estudo propõe-se um estudo tipo transversal, epidemiológico, descritivo, quantitativo, tendo como base os dados provenientes do Sistema de Informações Sobre Nascidos Vivos (SINASC).

A pesquisa epidemiológica pode ser definida como a ciência que estuda o processo saúde doença em coletividades humanas, analisando a distribuição e os fatores determinantes das enfermidades, danos à saúde e eventos associados à saúde coletiva, propondo medidas específicas de prevenção, controle ou erradicação de doenças e fornecendo indicadores que sirvam de suporte ao planejamento, administração e avaliação das ações de saúde (ROUQUAYROL; GOLDBAUM; SANTANA, 2013).

Na pesquisa descritiva aborda quatro aspectos, sendo descrição, registro, análise e interpretação de fenômenos atuais, objetivando o seu funcionamento no presente (MARCONI; LAKATOS, 2017)

O processo descritivo visa à identificação, registro e análise das características, fatores ou variáveis que se relacionam com o fenômeno ou processo. Esse tipo de pesquisa pode ser entendido como um estudo de caso onde, após a coleta de dados, é realizada uma análise das relações entre as variáveis para uma posterior determinação dos efeitos resultantes em uma empresa, sistema de produção ou produto (PEROVANO, 2014).

Para Otani e Fialho (2011), pesquisa quantitativa é aquela que emprega a quantificação desde coleta de dados até a utilização de técnicas estatísticas na utilização dos mesmos.

### **3.2 Local e período**

A coleta de dados foi realizada na base de dados do DATASUS/SINASC no período de agosto a novembro de 2020.

### **3.3 População e amostra**

Para este estudo, utilizou-se os dados dos nascidos vivos prematuros residentes em Palmas -TO, entre os anos de 2014 a 2018, disponíveis na base de dados do SINASC/ DATASUS.

### **3.4 Critérios de inclusão e exclusão**

#### **Critérios de Inclusão**

- Nascidos vivos prematuros no período de 2014 a 2018;
- Nascidos vivos com idade gestacional de 28 semanas até 36 semanas.

#### **Critérios de Exclusão**

- Nascidos em Palmas, cujo o endereço na da mãe foi de outros municípios

### **3.5 Variáveis**

As variáveis de interesse do estudo foram: ano de nascimento, idade da mãe, grau de escolaridade, estado civil, idade gestacional, tipos de parto, tipo de gravidez, índice de apgar de 1 minuto e de 5 minutos, peso, sexo do RN, má formação ou anomalia congênita (campo nº 34 da DNV).

### **3.6 Instrumentos de coleta de dados, estratégias de aplicação, registro, análise e apresentação dos dados.**

Para organização dos dados foram tabulados a partir da base disponibilizada do Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos – SINASC/DATASUS, organizados em forma de tabelas.

Em seguida analisados a completude dos dados, e as particularidades de cada variável, após, foi feito a tabulação, de acordo com as variáveis estabelecidas atendendo aos objetivos da pesquisa de forma a construir uma análise epidemiológico da prematuridade em Palmas -TO.

Os resultados foram apresentados em forma de tabelas a fim de maior percepção da realidade analisada, e discutidos a luz da literatura pertinente e atual.

#### 4. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Segundo o Ministério da Saúde (BRASIL, 2012) o mínimo de consulta para pré-natal de baixo risco a se realizar são de 6 consultas, intercaladas entre enfermeiro e médico.

A ausência da consulta de pré-natal, que é um indicador ruim na saúde materna infantil, teve uma diminuição em Palmas- TO.

O acompanhamento do pré-natal tem como importância assegurar um bom desenvolvimento da gestação, resultando o parto de um recém-nascido saudável, sem consequências para saúde materna e abordagem de temas educativos em saúde, prevenção e aspectos psicossociais (BRASIL, 2012).

Observa-se que o acompanhamento pré-natal vem melhorando no período pesquisado, pois é recomendado que a gestante tivesse o mínimo de 7 consultas pré-natais, o que alcançou mais da metade das gestantes, sendo (51,6%), entretanto um importante e incômodo número de grávidas ainda possui um acompanhamento pré-natal inadequado, o que pode ocasionar problemas não somente para a gestante/ parturiente, mas também para o feto/ RN, porque muitas intercorrências e patologias são preveníveis e tratáveis num pré-natal adequado, garantindo uma boa qualidade de vida, tanto à mãe, quanto ao RN.

Pela a pesquisa se totalizou (36,7%) as consultas realizadas entre 4 a 6, deduz que se tornou um pré-natal intermediário/ inadequado, facilitando que doenças e intercorrências ocorram, dificultando principalmente a qualidade da assistência em saúde prestada pela equipe obstétrica na maternidade para a parturiente, e, por conseguinte, a própria qualidade de vida do neonato fica prejudicada.

A proporção de mulheres que realizaram 7 ou mais consultas de pré-natal é de (51,6%). Desta forma, o número de consultas pré-natal tem sido considerado como um dos principais indicadores da qualidade da atenção à saúde da mulher e da criança.

No período de estudo entre (2014 - 2018) foram notificados 25.731 nascidos vivos com mães residentes em Palmas- TO segundo os dados do DATASUS, desses nascidos vivos 2941 (9,81 %) de RN prematuros.



Apesar da maioria das gestações terminarem no período adequado, há uma parcela importante de gravidezes que finalizam precocemente, resultando em prematuros que necessitam de uma atenção especial da equipe obstétrica e neonatal, o que também pode apontar um acompanhamento pré-natal deficiente e inadequado.

No período de estudo a grande maioria das gestações é de feto único, sendo (86,1%), entretanto, há um importante número de gravidez com gemelaridade sendo (13,8%), a gestação múltipla é fator de risco para desfechos negativos ao nascimento. O risco de morte de bebês múltiplos chega a ser 12 vezes maior, comparado ao mesmo risco para aqueles nascidos de gestação única. A principal explicação para tal diferença está no aumento da proporção de prematuridade e do crescimento intrauterino restrito em gemelares. (SILVA,2013)

Nos cinco anos de estudo os partos de prematuros ocorreram em ambiente hospitalar em (98,6%) dos casos. Os partos prematuros ocorridos fora da unidade hospitalar foram registrados que no total deu 33 partos que corresponde (1,3%).

Em relação ao parto prematuro cesario superou os números de partos vaginal, no ano de 2018 chegou ao exorbitante percentual de (67,4%). Sendo um indicador muito ruim para a capital visto que a Organização Mundial de Saúde (OMS) estabelece uma taxa de 10% a 15% para cesáreas realizadas (BRASIL, 2016).

**Tabela 1 – Distribuição dos números de nascidos vivos por ano residentes em Palmas no período de 2014 a 2018. Palmas –To.,2021.**

| Ano de nascimento | Nascidos vivos | Prematuros | %     | TAXA/1000NV |
|-------------------|----------------|------------|-------|-------------|
| 2014              | 5.162          | 468        | 9,06  | 11,0 /1000  |
| 2015              | 5.198          | 492        | 9,46  | 10.5 /1000  |
| 2016              | 4.855          | 470        | 9,68  | 10,3 /1000  |
| 2017              | 5.163          | 478        | 9.25  | 10,8 /1000  |
| 2018              | 5.353          | 583        | 10,89 | 9,1/1000    |
| Total             | 25.731         | 2.491      | 9,81  | 10,3/1000   |

Fonte: DATASUS

Observa –se um pequeno acréscimo, entre 2014 a 2018 de (1,8%) sendo 2018 o ano de maior nascimento de prematuros em Palmas -TO.

Ocorre que a cada 1000 nascidos vivos em 2014, pelo menos 11 eram prematuros.

A taxa de prematuridade em 2018 foi de (09) Rns para cada 1000 nascidos. Sendo que a média entre os anos permaneceu estável de acordo com a pesquisa.

Observa se de acordo com os dados que cada mil criança que nasce no Tocantins 10 são prematuras de acordo com os dados do DATA SUS.

Os nascimentos dos RN prematuros em Palmas representam (9,8%), de prematuros nascidos no Tocantins. Isso significa que entre os últimos 05 anos nascem 10 RN Prematuros para cada 1000 nascidos vivos (DATA SUS 2021).

Segundo dados do Ministério da Saúde, 11,7% de todos os partos realizados no País são de prematuros. Este percentual coloca o Brasil na décima posição entre os países onde mais nascem crianças prematuras, contabilizando quase 300 mil nascimentos prematuros todos os anos (BRASIL,2018)

#### **QUANTO AS CARACTERÍSTICAS DA MÃE**

É importante para avaliar o perfil dos recém-nascidos (RN), entender o perfil das gestantes/ parturientes, porque é um conjunto que interfere diretamente na abordagem do

pré-natal, como também do trabalho de parto, por fim, da própria qualidade de vida do RN.

### Escolaridade

O estudo apresentou um perfil de mães com bom nível de escolaridade sendo que (89,1%) com mais de 8 anos de estudo. Mostrando o fator diferente da maioria das pesquisas que evidenciam que a prematuridade é maior em mulheres de menor escolaridade.

Ratificando a literatura existente, segundo Santos (2014), essas mulheres têm duas vezes mais chance de ter parto prematuro. Em um estudo realizado em Quebec, no Canadá, as taxas de prematuridade diminuíram conforme aumentava a escolaridade, sendo de 7,9% nas mulheres com menos de 11 anos de estudo e de 4,9% em mulheres com mais de 17 anos de estudo (ASSUNÇÃO, 2012).

Quanto menor a escolaridade, maior a dificuldade de entendimento a necessidade de cuidados especiais durante a gestação, levando ao início tardio e ausência ao pré-natal, alimentação inadequada e hábitos e vícios incompatíveis com a gravidez (RAMOS, 2009).

**Tabela 2 – Distribuição dos nascidos vivos de partos prematuros realizados em Palmas – TO, segundo características da mãe no período de 2004 – 2018, Palmas –To, 2021 .**

| Variáveis        | 2014 |       | 2015 |       | 2016 |       | 2017 |       | 2018 |       | Total |       |
|------------------|------|-------|------|-------|------|-------|------|-------|------|-------|-------|-------|
|                  | n    | %     | n    | %     | n    | %     | n    | %     | n    | %     | n     | %     |
| Instrução da mãe |      |       |      |       |      |       |      |       |      |       |       |       |
| Nenhuma          | 0    | 00    | 01   | 0,20  | 01   | 0,21  | 01   | 00    | 01   | 00    | 02    | 0,08  |
| 1 a 3 anos       | 06   | 1,28  | 05   | 1,01  | 05   | 1,06  | 05   | 1,15  | 06   | 1,03  | 27    | 1,08  |
| 4 a 7 anos       | 62   | 13,49 | 42   | 8,53  | 40   | 8,51  | 42   | 9,67  | 50   | 8,59  | 237   | 9,51  |
| 8 a 11 anos      | 248  | 53,10 | 252  | 51,21 | 262  | 55,74 | 251  | 57,83 | 295  | 50,17 | 1308  | 52,50 |
| 12 anos e mais   | 150  | 32,11 | 192  | 39,02 | 162  | 34,46 | 179  | 41,24 | 231  | 39,69 | 914   | 36,69 |
| Ignorado         | 02   | 0,42  | 00   | 00    | 00   | 00    | 00   | 00    | 00   | 00    | 02    | 0,08  |
| Total            | 468  | 100   | 492  | 100   | 470  | 00    | 478  | 100   | 583  | 100   | 2.491 | 100   |
| Idade da mãe     |      |       |      |       |      |       |      |       |      |       |       |       |
| 10 a 14 anos     | 05   | 1,06  | 03   | 0,60  | 05   | 1,06  | 04   | 0,83  | 04   | 0,68  | 21    | 0,84  |
| 15 a 19 anos     | 82   | 17,40 | 79   | 16,05 | 76   | 16,17 | 65   | 13,59 | 76   | 13,03 | 378   | 15,17 |
| 20 a 24 anos     | 95   | 20,16 | 95   | 19,30 | 102  | 21,70 | 108  | 22,59 | 133  | 22,81 | 533   | 21,39 |
| 25 a 29 anos     | 118  | 25,05 | 123  | 25    | 107  | 22,76 | 110  | 23,01 | 140  | 24,01 | 598   | 24,00 |
| 30 a 34 anos     | 110  | 23,35 | 113  | 22,96 | 110  | 23,40 | 100  | 20,92 | 117  | 20,06 | 550   | 22,07 |
| 35 a 39 anos     | 48   | 10,19 | 60   | 12,19 | 48   | 10,21 | 74   | 15,48 | 86   | 8,65  | 316   | 12,68 |
| 40 a 44 anos     | 10   | 2,12  | 15   | 3,04  | 21   | 4,46  | 15   | 3,13  | 23   | 3,94  | 84    | 3,37  |

|                     |     |       |     |       |     |       |     |       |     |       |       |       |
|---------------------|-----|-------|-----|-------|-----|-------|-----|-------|-----|-------|-------|-------|
| 45 a 49 anos        | 00  | 00    | 04  | 0,81  | 01  | 0,21  | 02  | 0,41  | 04  | 0,68  | 11    | 0,44  |
| 50 a 54 anos        | 00  | 00    | 00  | 00    | 00  | 00    | 00  | 00    | 00  | 00    | 00    | 00    |
| Idade Ignorada      | 00  | 00    | 00  | 00    | 00  | 00    | 00  | 00    | 00  | 00    | 00    | 00    |
| Total               | 468 | 100   | 492 | 100   | 470 | 100   | 478 | 100   | 583 | 100   | 2.491 | 100   |
| Estado civil da mãe |     |       |     |       |     |       |     |       |     |       |       |       |
| Solteira            | 89  | 19,09 | 78  | 15,88 | 87  | 18,51 | 82  | 17,15 | 124 | 21,30 | 460   | 18,49 |
| Casada              | 185 | 39,69 | 207 | 42,15 | 199 | 42,34 | 185 | 38,70 | 231 | 39,69 | 1007  | 40,49 |
| Viúva               | 00  | 00    | 00  | 00    | 00  | 00    | 00  | 00    | 00  | 00    | 00    | 00    |
| Separada            | 05  | 1,07  | 02  | 0,40  | 04  | 0,85  | 06  | 1,25  | 08  | 1,37  | 25    | 1,00  |
| União Consensual    | 187 | 40,12 | 204 | 41,54 | 180 | 38,29 | 205 | 42,88 | 219 | 37,62 | 995   | 40,00 |
| Ignorado            | 02  | 0,42  | 01  | 0,20  | 00  | 00    | 00  | 00    | 01  | 0,17  | 04    | 0,16  |
| Total               | 468 | 100   | 492 | 100   | 470 | 100   | 478 | 100   | 583 | 100   | 2.491 | 100   |

Fonte: DATASUS (2020).

Segundo Ramos (2009), pode-se considerar que, em geral, a baixa escolaridade está associada ao baixo padrão socioeconômico, fator que pode predispor a situações potencialmente de risco para a mãe e o recém-nascido, além de impedir o acesso a informações e orientações, restringir a capacidade de cuidado e assistência, dificultar o exercício de direitos e de cidadania.

## Idade da mãe

Os resultados quanto ao perfil materno (Tabela 2) com relação à idade de mães de RN prematuros (67,4%) estavam na faixa etária, entre 20 e 34 anos, considerado período reprodutivo; e entre as mães de prematuros (16%) são menores de 19 anos, adolescentes.

A idade materna exerce influência na ocorrência de parto prematuro, mulheres adolescentes (menores de 20 anos) e com idade avançada (maiores de 34 anos) apresentaram associação com o parto prematuro (GAIVA,2014).

Observa-se que no decorrer dos anos de estudo houve redução de (5%) na prematuridade entre os menores de 19 anos. Enquanto que nas mulheres com idade entre as idades de 20 a 25 anos, vem aumentando.

Segundo o Ministério da Saúde (2012), o Brasil também entra na tendência mundial de adiamento da maternidade, mães com mais de 35 anos de idade, vem sendo crescente e isso também fica evidenciado quando analisa a ocorrência de prematuridade que de (16%) de prematuros nesse grupo etário.

## **Estado civil**

Entre as mulheres que tiveram mais parto prematuro, predominou o estado civil casadas com (40 %), e que de acordo com a (tabela 2) esses dados se mantiveram estável no decorrer dos anos.

A União consensual teve uma proporção maior em 2018, sendo o maior índice dos últimos 05 anos sendo (40%) das mulheres que tiveram partos prematuros, mulheres solteiras totalizando (18%) passando por parto prematuro, que traduz uma série de dificuldades sociais e econômicas para essas mulheres.

A maioria das mães de RN prematuros referiu ser casada ou união consensual (80,4%), fator esse importante a ser ressaltado para que seja inclusa a paternidade em todo o ciclo gravídico puerperal, visando aos benefícios que a participação dos homens traz quando se mostra afetivo, aumentando a segurança da mulher e vínculo familiar consistente (PETITO,2015).

## **2. QUANTO AS CARACTERÍSTICAS DO RECEM NASCIDO**

### **Gênero – sexo**

No período de estudo os RN prematuros no que refere ao sexo, apresentaram um número levemente maior do sexo masculino, sendo 1.321 meninos e 1.152 meninas que representam respectivamente no sexo masculino, que corresponde a (53,2%) e o feminino que corresponde (46,6%), sendo essa diferença é de (6,6%).

### **Raça-cor**

Ao falar sobre o termo raça/cor diz respeito às características fenotípicas, em especial a cor da pele; já a etnia enfatiza as características socioculturais. No Brasil, a classificação oficial de identificação racial utilizada pelo Instituto Brasileiro de Geografia e

Estatística (IBGE) é baseada na cor da pele e contempla cinco categorias; branca, preta, parda, amarela e indígena (KABAD; BASTOS; SANTOS,2012).

Quanto à categoria raça/cor apresentada na (tabela 3) há um percentual significativo declarado como pardos sendo 1.665 que equivale (67%) de RN prematuros entre os anos 2014 a 2018.

Há uma predominância de pardos, traduzindo uma realidade brasileira, onde a base populacional histórica está em pessoas desta cor/ raça, entretanto, há uma quantidade expressiva de brancos, sendo 578 nascimentos de RN prematuros que equivale (23,3%).

**Tabela 3 – Distribuição dos nascidos vivos de partos prematuros realizados em Palmas – TO, segundo características do RN no período de 2004 – 2018, Palmas –TO, 2021.**

| Variáveis              | 2014       |            | 2015       |            | 2016       |            | 2017       |            | 2018       |            | Total        |            |
|------------------------|------------|------------|------------|------------|------------|------------|------------|------------|------------|------------|--------------|------------|
| Sexo                   | n          | %          | n          | %          | n          | %          | n          | %          | n          | %          | n            | %          |
| Masculino              | 254        | 54,27      | 242        | 50,84      | 261        | 55,65      | 247        | 51,78      | 317        | 54,37      | 1321         | 53,41      |
| Feminino               | 214        | 45,72      | 250        | 50,81      | 208        | 44,34      | 230        | 48,21      | 266        | 45,62      | 1152         | 46,58      |
| Ignorado               | 00         | 00         | 00         | 01         | 01         | 00         | 01         | 00         | 00         | 00         | 00           | 00         |
| <b>Total</b>           | <b>468</b> | <b>100</b> | <b>492</b> | <b>100</b> | <b>470</b> | <b>100</b> | <b>478</b> | <b>100</b> | <b>583</b> | <b>100</b> | <b>2,491</b> | <b>100</b> |
| <b>Cor / raça</b>      |            |            |            |            |            |            |            |            |            |            |              |            |
| Branca                 | 90         | 19,23      | 119        | 25         | 112        | 23,88      | 112        | 23,48      | 145        | 24,87      | 578          | 23,37      |
| Preta                  | 19         | 4,05       | 30         | 6,30       | 30         | 6,39       | 30         | 6,28       | 63         | 10,80      | 172          | 6,95       |
| Amarela                | 04         | 0,85       | 07         | 1,47       | 10         | 2,13       | 10         | 2,09       | 11         | 1,88       | 42           | 1,69       |
| Parda                  | 351        | 75         | 332        | 66,38      | 315        | 66,95      | 324        | 67,92      | 360        | 61,74      | 1,665        | 67,32      |
| Indígena               | 00         | 00         | 01         | 0,21       | 01         | 0,21       | 01         | 0,20       | 02         | 0,34       | 05           | 0,20       |
| Ignorado               | 04         | 0,85       | 03         | ,063       | 02         | 0,42       | 01         | 00         | 02         | 0,34       | 12           | 0,44       |
| <b>Total</b>           | <b>468</b> | <b>100</b> | <b>492</b> | <b>100</b> | <b>470</b> | <b>100</b> | <b>478</b> | <b>100</b> | <b>583</b> | <b>100</b> | <b>2491</b>  | <b>100</b> |
| <b>Apgar 1° minuto</b> |            |            |            |            |            |            |            |            |            |            |              |            |
| 0 a 2                  | 20         | 4,27       | 10         | 2,03       | 5          | 1,06       | 12         | 2,51       | 8          | 1,37       | 55           | 2,20       |
| 3 a 5                  | 42         | 8,97       | 53         | 10,77      | 43         | 9,14       | 31         | 6,48       | 54         | 9,26       | 223          | 8,95       |
| 6 a 7                  | 74         | 15,81      | 85         | 17,27      | 71         | 15,10      | 68         | 14,22      | 72         | 12,34      | 370          | 14,85      |
| 8 a 10                 | 326        | 69,65      | 339        | 68,90      | 345        | 73,40      | 356        | 74,47      | 447        | 76,67      | 1813         | 72,78      |
| Ignorado               | 6          | 1,28       | 5          | 1,01       | 6          | 1,27       | 11         | 2,30       | 2          | 0,34       | 30           | 1,20       |
| <b>Total</b>           | <b>468</b> | <b>100</b> | <b>492</b> | <b>100</b> | <b>470</b> | <b>100</b> | <b>478</b> | <b>100</b> | <b>583</b> | <b>100</b> | <b>2,491</b> | <b>100</b> |
| <b>Apgar 5 minutos</b> |            |            |            |            |            |            |            |            |            |            |              |            |
| 0 a 2                  | 6          | 1,28       | 5          | 1,01       | 4          | 0,85       | 07         | 1,46       | 3          | 0,51       | 25           | 1,00       |
| 3 a 5                  | 3          | 0,64       | 2          | 0,40       | 1          | 0,21       | 00         | 00         | 2          | 0,34       | 8            | 0,32       |
| 6 a 7                  | 30         | 6,41       | 26         | 5,28       | 15         | 3,19       | 13         | 2,71       | 22         | 3,77       | 106          | 4,25       |

|                       |            |            |            |            |            |            |            |            |            |            |              |            |
|-----------------------|------------|------------|------------|------------|------------|------------|------------|------------|------------|------------|--------------|------------|
| 8 a 10                | 423        | 90,38      | 455        | 92,47      | 444        | 94,46      | 447        | 93,51      | 554        | 95,02      | 2323         | 93,25      |
| ignorado              | 06         | 1,28       | 4          | 0,81       | 6          | 1,27       | 11         | 2,30       | 02         | 0,34       | 29           | 1,16       |
| <b>Total</b>          | <b>468</b> | <b>100</b> | <b>492</b> | <b>100</b> | <b>470</b> | <b>100</b> | <b>478</b> | <b>100</b> | <b>583</b> | <b>100</b> | <b>2491</b>  | <b>100</b> |
| <b>Peso ao nascer</b> |            |            |            |            |            |            |            |            |            |            |              |            |
| Menos de 500g         | 03         | 0,64       | 03         | 0,63       | 04         | 0,85       | 06         | 1,25       | 01         | 0,17       | 17           | 0,68       |
| 500 a 999g            | 27         | 5,76       | 27         | 5,67       | 31         | 6,60       | 22         | 4,61       | 26         | 4,45       | 133          | 5,37       |
| 1000 a 1499g          | 33         | 7,05       | 39         | 7,98       | 40         | 8,52       | 28         | 5,87       | 50         | 8,57       | 189          | 7,64       |
| 1500 a 2499g          | 197        | 42,09      | 215        | 44,11      | 196        | 41,57      | 210        | 44,02      | 241        | 41,33      | 1053         | 42,57      |
| 2500 a 2999g          | 129        | 27,56      | 130        | 26,26      | 135        | 28,78      | 127        | 26,62      | 155        | 26,58      | 671          | 27,13      |
| 3000 a 3999g          | 71         | 15,17      | 75         | 14,70      | 58         | 12,36      | 81         | 16,98      | 104        | 17,83      | 384          | 15,52      |
| 4000g e mais          | 08         | 1,70       | 03         | 0,63       | 06         | 1,27       | 04         | 0,62       | 06         | 1,02       | 26           | 1,05       |
| <b>Total</b>          | <b>468</b> | <b>100</b> | <b>492</b> | <b>100</b> | <b>470</b> | <b>100</b> | <b>478</b> | <b>100</b> | <b>583</b> | <b>100</b> | <b>2,491</b> | <b>100</b> |

De acordo com a literatura Kramer (2011) apontam que as taxas de incidência de partos prematuros são desiguais segundo a raça/cor da pele. Mulheres negras têm o risco 2,5 vezes maior de ocorrência de parto pré-termo em comparação com mulheres brancas, e essas diferenças raciais têm aumentado desde 1990.

### **Peso X IG**

Para a Organização Mundial da Saúde, recém-nascido de baixo peso é aquele que nasce com peso inferior a 2.500g. O peso ao nascer é um dos indicadores de maior influência na saúde e sobrevivência infantil, já que dados epidemiológicos evidenciam que crianças que nascem com peso abaixo desse limite apresentam maior risco de morrer, em relação àquelas que nascem com peso adequado.

Na (tabela 3), observa-se que entre os anos 2014 à 2018 nasceram (17) RN prematuros com o peso menor que 500g. Esses dados correspondem (0,6%) do total de RN prematuros nascidos em Palmas -TO com o peso citado acima. Sendo a IG menor de 22 semanas nasceram 06 RN e com a IG 22 a 27 semanas nasceram 10 RN, e com a IG 32 a 36 semanas 01 RN.

E de acordo com o DATA SUS nasceram 133 RN prematuros com o peso de (500 a 999) entre os anos pesquisados, sendo (5,3%) do total de RN prematuros nascidos em Palmas -TO. Sendo a IG menor de 22 semanas 01 RN, IG 22 a 27 semanas 85 RN, IG 28 a 31 semanas 38 RN e IG 32 a 36 semanas: 09 RN.

Já Com o peso 1000 a 1499 kg nasceram 190 RN prematuros. Esses dados correspondem (7,6%) do total de RN prematuros nascidos em Palmas - TO. Correspondente a IG menor de 22 semanas 01 RN, com a IG 22 a 27 semanas 12 RN, a IG 28 a 31 semanas 81 RN e IG 32 a 36 semanas 96 RN.

Com o peso 1500 a 2499 kg, nasceram 1059 sendo que corresponde (42,5%) do total de RN prematuros nascidos em Palmas -TO. Com a IG 22 a 27 semanas 03 RN, IG 28 a 31 semanas: 43 RN e a IG 32 a 36 semanas 1.013 RN.

Com o peso de 2,500 á 2999g nasceram 676 RN que corresponde (27,1 %) do total de RN prematuros nascidos em Palmas -TO. Com a IG 22 a 27 semanas 02 RN, a IG 28 a 31 semanas 03 RN e a IG 32 a 36 semanas 671 RN.

Com o peso de 3.000 à 3.999g nasceram 389 RN prematuros que corresponde (15,6 %) do total de RN prematuros nascidos em Palmas -TO. Com a IG 28 a 31 semanas: 07 RN e a IG 32 a 36 semanas 382 RN.

Com 4000g a mais nasceram 27 RN prematuros, que corresponde (1 %) do total de RN prematuros nascidos em Palmas -TO. Com a IG 28 a 31 semanas 01 RN e a IG 32 a 36 semanas 26 RN.

Há dados de RN prematuros nascendo com baixo peso, como vimos na tabela acima, que pode estar relacionado às condições socioeconômicas dessas famílias, ou uma falta de acompanhamento do pré-natal que provavelmente não está identificando com precocidade esse problema (PARRIZI,2010).

## **APGAR**

Quanto maior o valor do Apgar melhores as condições fisiológicas dos RN. Esse índice entre 8 e 10 é encontrado nos últimos 05 anos (72,7 %) dos neonatos com um minuto de vida de acordo com a tabela acima. E é a faixa considerada adequada pelos pesquisadores em neonatologia.

Podemos evidenciar na tabela 3 há um percentual favorável a partir dos 5 minutos, com o percentual é de 93% com o valor acima de 8, e que são poucos RN prematuros com Apgar abaixo do valor.

As pontuações entre 0 e 3 é considerada como sinal de anóxia grave e entre 4 e 7 como anóxia moderada (IGE; RUTH; JOHN, TOMA, 2015).



Percebe-se que a grande maioria dos RN prematuros vem nascendo com o APGAR adequado, e somente uma pequena quantidade apresenta um APGAR inadequado, traduzindo uma abordagem e acompanhamento de um parto apropriado.

Cabe alertar que embora o índice de Apgar não se constitua como ferramenta para indicar ou não o início da realização de manobras de reanimação no RN na atualidade, historicamente ele é considerado um marco na neonatologia e até o momento não foi criado nenhum outro método sistemático para avaliação da vitalidade do neonato (SANTOS; PASQUINI, 2009).

### **Anomalias congênitas**

As anomalias podem ser causa de prematuridade, nesse estudo (3%) dos RN prematuros nascidos vivos, apresentaram anomalias identificadas ao nascimento visto terem sido notificadas na DNV, sendo que outras podem ter sido observadas após exames complementares e o quadro clínico do prematuro.

Segundo o Ministério de Saúde a incidência de malformações congênitas (MFC) ao nascer, dado que consta na DNV, é subestimada, pois as mais graves levam a perdas fetais, enquanto outras são de difícil diagnóstico e podem não ser percebidas no momento do nascimento. A literatura aponta esta ocorrência em aproximadamente 2 a 3% dos nascidos vivos (BRASIL, 2011).

As anomalias mais evidentes, nesse estudo foram malformações congênitas do sistema nervoso (0,3%), do aparelho circulatório (0,9%) e do aparelho geniturinário (0,2%).

Vale ressaltar que dentre as malformações congênitas, as do aparelho circulatório apresentam maior impacto sobre a mortalidade, por serem classificadas como causas de óbito evitáveis, pois poderiam ser reduzidas por intervenções precoces (BRUM, STEIN, PELLANDA, 2015).

Os grupos de Robson que fez parte da nossa pesquisa foram: Partos pélvicos em nulíparas; Partos pélvicos em múltiparas; Gestas múltiplas e apresentações anormais. trazem dados que auxiliam na avaliação do acompanhamento pré-natal, não somente se foi adequado, como também se foi eficiente, além de ser importante para entender a quantidade de intervenções cirúrgicas durante o trabalho de parto que resultaram em cesárias.

Os dados do DATA SUS( 2021) revelam que houve poucos partos pélvicos, tanto em nulíparas, como em múltiparas, como também quase nenhuma apresentação

anormal, mesmo com uma quantidade expressiva de gesta múltipla, destoando claramente da quantidade alarmante de partos cesários evidenciados na tabela anterior, alertando para o fato da decisão pela intervenção obstétrica pela cesária não estar apoiada em distócias envolvendo a parturiente ou o feto, mas possivelmente restritas à decisão da equipe obstétrica.

## **5. CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Este estudo permitiu traçar o perfil dos nascidos vivos nos últimos 05 anos de Palmas- TO. Os resultados oferecem contribuições positivas, uma vez que o mesmo aponta alguns fatores de risco no que diz respeito a prematuridade.

Diante dos dados verificou-se que entre os anos 2014 a 2018 obteve uma estabilidade das idades das mães, e não houve um crescimento considerado de prematuros. No Tocantins teve (13.305), enquanto palmas (2,491) com taxa de (18,7%). E sobre as características da prematuridade relacionadas ao pré-natal e parto, resume-se que às mães e recém-nascidos tiveram acesso ao pré natal e ao parto hospitalar.

Sugere-se que os gestores e profissionais de saúde rever a organização dos serviços de atenção ao pré-natal que podem contribuir para melhoria do pré natal, garantindo um nascimento mais seguro e a termo o que necessita ser melhor estudado para ter um pré-natal eficiente e eficaz que reduzem a prematuridade. Outros estudos poderão elucidar a qualidade da assistência prestada ao binômio.



## REFERÊNCIAS

AIRES, L. C. dos P. et al. Seguimento do bebê na atenção básica: interface com a terceira etapa do método canguru. Revista Gaúcha de Enfermagem, Porto Alegre, v. 36(esp), p. 224-232, 2015.

Assunção PL, Novaes HMD, Alencar GP, Melo ASO, Almeida MF. Fatores associados ao nascimento pré-termo em Campina Grande, Paraíba, Brasil: um estudo caso-controlado. Cad Saúde Pública . 2012

BARROS, Aidil Jesus da Silveira; LEHFELD, Neide Aparecida de Souza. Fundamentos da Metodologia Científica. 3ª ed. São Paulo. Pearson Prentice Hall, 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde; FUNDAÇÃO NACIONAL DE SAÚDE. Portaria no 475, de 31 de agosto de 2000. Regulamenta a coleta de dados, fluxo e periodicidade de envio das informações sobre Nascidos Vivos para o Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos – SINASC. Diário Oficial da União, Poder Executivo, Brasília, DF, 4 set. 2000.

BRASIL. Ministério da Saúde. Manual de procedimentos do sistema de informações sobre nascidos vivos. - Brasília: Ministério da Saúde : Fundação Nacional de Saúde, 2001. 32 p. il.: 21 x 14,5cm 1. Nascido vivo. 2. Sistema de Informações. I. Brasil. Ministério da Saúde. II. Brasil. Fundação Nacional de Saúde.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Humanização do parto – humanização no pré-natal e nascimento. Brasília: Ministério da Saúde, 2002. 27 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Sistemas de Informações sobre Mortalidade (SIM) e Nascidos Vivos (Sinasc) para os profissionais do Programa Saúde da Família / Ministério da Saúde. – 2. ed. rev. atual. – Brasília: Ministério da Saúde, 2004. 40 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Área Técnica de Saúde da Mulher. Pré-natal e Puerpério: atenção qualificada e humanizada. Brasília-DF, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. A experiência brasileira em sistemas de informação em saúde [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde, Organização Pan-Americana da Saúde, Fundação Oswaldo Cruz; 2009. [citado 2014 mar 20] p. 11-37. (Série B. Textos Básicos de Saúde). Disponível em: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/experiencia\\_brasileira\\_sistemas\\_saude\\_volume1](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/experiencia_brasileira_sistemas_saude_volume1).

BRASIL – MINISTÉRIO DA SAÚDE – Secretaria de Vigilância em Saúde . Portaria nº 116, de 11 de fevereiro de 2009, publicada em DO da União de 12 de fevereiro de 2009, regulamentando a coleta de dados, fluxo e periodicidade do envio de informações sobre óbitos e nascidos vivos para os Sistemas de Informações em Saúde e revogando a Portaria nº 20/03 do mesmo título

BRASIL- Ministério da Saúde. Manual técnico de gestação de alto risco. Ed MS. Brasília, 2010

BRASIL. Ministério da Saúde; Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. Atenção à saúde do recém-nascido: guia para os profissionais de saúde. Brasília: MS; 2011. [ [Links](#) ]

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. Atenção à Saúde do Recém-Nascido: guia para profissionais de saúde. Volume 1. Brasília: Ministério da Saúde; 2011 [acesso: 6 nov. 2020]. Disponível em: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/atencao\\_saude\\_recem\\_nascido\\_v1.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/atencao_saude_recem_nascido_v1.pdf)

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Informática do SUS. Informações de Saúde (TABNET): estatísticas vitais. Brasília, DF: Ministério da Saúde / DATASUS, 2015. Disponível em: . Acesso em: Dezembro 2020

BRASIL, Ministério da Saúde, Data sus. Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos – SINASC (2016). Disponível em: < <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/defthtm.exe?sinasc/cnv/nvuf.def> >

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Saúde Brasil 2017: Uma análise da situação de saúde e os desafios para o alcance dos objetivos de desenvolvimento sustentável. Brasília – DF, 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Informática do SUS. Informações de Saúde (TABNET): estatísticas vitais. Brasília, DF: Ministério da Saúde / DATASUS, 2018. Disponível em: . Acesso em: Novembro de 2020

Brum Cda A, Stein AT, Pellanda LC. Infant mortality in Novo Hamburgo: associated factors and cardiovascular causes. Arq Bras Cardiol. 2015;104(4):257-65.

CARVALHO, D. M. Grandes sistemas nacionais de informações em saúde, Informe Epidemiológico do SUS, v. 4, p.7-46, 1997.

Faisal-Cury A, Tabb KM, Niciunovas G, Cunningham C, Menezes PR, Huang H. Lower education among low-income Brazilian adolescent females is associated with planned pregnancies. Int J Womens Health. 2017;9:43-8.  
DOI: <https://doi.org/10.2147/IJWH.S118911>

Fonseca, E. S. Manual de perinatologia. São Paulo: Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia, 2013.

Gaiva MA, Fujimori E, Sato AP. Pediatric patient classification system: improvement of an instrument. Rev Esc Enferm USP [Internet]. 2014  
from: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v48n5/0080-6234-reeusp-48-05-787.pdf> [ [Links](#) ]

GIL, A. C. Métodos e técnicas de pesquisa social. 5.ed. São Paulo: Atlas, 1999.

HOWSON CP, Kinney MV, McDougall L, Lawn JE. Born too soon: The global action report on preterm birth. Geneva: World Health Organization; 2012. Disponível em: [http://www.who.int/pmnch/media/news/2012/201204\\_borntoosoon-report.pdf](http://www.who.int/pmnch/media/news/2012/201204_borntoosoon-report.pdf) > acessado em Novembro de 2020

IBGE – INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios**: . Rio de Janeiro, 2017.

IGE OO, Ruth A, John C, Stephen A, Toma B. Knowledge and application of APGAR score among residents in a tertiary hospital. *Sahel Med J* [serial on the Internet]. 2015]; Available from: <http://www.smjonline.org/text.asp?2015/18/1/9/152152> > Acessado em Dezembro de 2020

JORGE, M. H. P. de M.; LAURENTI, R.; GOTLIEB, S. L. D. Análise da qualidade das estatísticas vitais brasileiras: a experiência de implantação do IM e do SINASC. *Ciência e Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro: Associação Brasileira de Saúde Coletiva - Abrasco, v. 12, n. 3, p. 643-654, 2007.

Kabad JF, Bastos JL, Santos RV. Raça, cor e etnia em estudos epidemiológicos sobre populações brasileiras: revisão sistemática na base PubMed. *Physis Rev Saude Coletiva*. 2012; 22(3):895-918. [ [Links](#) ]

Kramer MR, Hogue CJ, Dunlop AL, Menon R. Preconceptional stress and racial disparities in preterm birth: an overview. *Acta Obstet Gynecol Scand*. 2011;90(12):1307-16. <https://doi.org/10.1111/j.1600-0412.2011.01136.x> [ [Links](#) ]

LANSKY, Sônia et al. Pesquisa Nascer no Brasil: perfil da mortalidade neonatal e avaliação da assistência à gestante e ao recém-nascido. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro. [s.l.], v. 30, n. 1, p.192-207, ago. 2014. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311x00133213>.

LEAL et al. Provider-Initiated Late Preterm Birth in Brazil: Differences between Public and Private Health Services. *PLOS ONE*, v. 11, n. 5, 2016.

MATTAR, F. N. Pesquisa de marketing. 3.ed. São Paulo: Atlas, 2001.

Matijasevich A, Santos IS, Barros AJ, Menezes AM, Albernaz EP, Barros FC, et al. Perinatal mortality in three population-based cohorts from Southern Brazil: trends and differences. *Cad Saude Publica*. 2008;24 Suppl 3:S399-408

MEDRONHO R; Bloch KV; Luiz RR; Werneck GL (eds.). *Epidemiologia*. Atheneu, São Paulo, 2009, 2ª Edição

Miyague NI, Cardoso SM, Meyer F, Ultramari FT, Araújo FH, Rozkowsk I, et al. Epidemiological study of congenital heart defects in children and adolescents. Analysis of 4,538 cases. *Arq Bras Cardiol*. 2003;80(3):269-78.

OLIVEIRA, Gisele do Couto. Análise do catch-up de crescimento de uma coorte de recém-nascidos prematuros. 2015. 109 f. Tese (Mestrado em Saúde Coletiva) - Curso de Saúde Coletiva, Universidade Federal de Mato Grosso, Cuiabá, 2015

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Parto Prematuro. 2013. [acesso em 12 jun 2020]. Disponível em: <http://who.int/mediacentre/factsheets/fs363> [ Links ]

Passini RJ, Tedesco RP, Marba ST, Cecatti JG, Guinsburg R, Martinez FE, et al. Brazilian multicenter study on prevalence of preterm birth and associated factors. BMC Pregnancy Childbirth. 2010;10:22.

Parizzi MR, Fonseca JGM. Nutrição na gravidez e na lactação. Rev Med Minas Gerais 2010; 20(3): 341-353,

PLATÃO, F. FIORIN, J. L. Para entender o texto: leitura e redação. São Paulo, SP: Editor a Ática S.A., 1991

Petito ADC, Cândido ACF, Ribeiro LO, Petito G. A importância da participação do pai no ciclo gravídico puerperal: uma revisão bibliográfica. REFACER. [Internet] 2015;4(1) [acesso em 10/03/2021]. Disponível: <http://ceres.facer.edu.br/revista/index.php/refacer/article/view/70>.

PEROVANO, Dalton Gean. Manual de Metodologia Científica. Paraná: Editora Juruá, 2014

RAMOS, Helena Ângela de Camargo; CUMAN, Roberto Kenji Nakamura. Fatores de risco para prematuridade: pesquisa documental. Esc Anna Nery Revista de Enfermagem, Rio de Janeiro, v. 2, n. 13, p.297-304, jun. 2009.

RAMOS JGL, Martins SHC, Valério EG, Muller ALL. Nascimento prétermo. In: Freitas F, Martins SHC, Ramos JGL, Magalhães JÁ. Rotinas em obstetrícia. Porto Alegre(RS): Artmed; 2001.p. 69 – 80.

RODRIGUES, M. C. C. de et al. Desenvolvimento cognitivo de prematuros à idade escolar: proposta de modelo hierarquizado para investigação dos fatores de risco. Cadernos de Saúde Pública. Rio de Janeiro, v. 27, n. 6, p. 1154-1164, jun 2011.

ROUQUAYROL, M. Z.; GOLDBAUM, M.; SANTANA, E. W. de P. Epidemiologia, história natural e prevenção de doenças. In: ROUQUAYROL, M. Z; GURGEL, M. (Orgs.). Epidemiologia & saúde. 7. ed. Rio de Janeiro: Medbook, 2013. cap. 2, p. 11–24.

SANTOS LM, Pasquini VZ. A importância do Índice de Apagar. Rev Enferm UNISA [periódico na internet]. 2009 [acesso: 6 dezembro de 2020]; Disponível em: <http://www.unisa.br/graduacao/biologicas/enfer/revista/arquivos/2009-1-08.pdf>

Santos NL, Costa MC, Amaral MT, Vieira GO, Bacelar EB, Almeida AH. Gravidez na adolescência: análise de fatores de risco para baixo peso, prematuridade e cesariana. Ciên Saúde Coletiva. 2014

SELLTIZ, C.; WRIGHTSMAN, L. S.; COOK, S. W. Métodos de pesquisa das relações sociais. São Paulo: Herder, 1965.

SILVEIRA, M. F. et al. Nascimentos pré-termo no Brasil entre 1994 e 2005 conforme o Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (SINASC). Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 25, n. 6, p. 264 1267-1275, jun. 2009.

SILVEIRA, Mariângela Freitas da et al. Prevalência de nascimentos pré-termo por peso ao nascer: revisão sistemática. Revista de Saúde Pública, Pelotas. [s.l.], v. 47, n. 5, p.992-1003, out. 2013.

Silva VFG. Complicações na gestação de gemelar. Fertilização in vitro versus espontânea. Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar[Internet]. Porto Universidade do Porto; 2013.

SILVA LAS, Rojas PFB, Laus FFL, Sakae TM. Fatores de risco associados ao parto pré-termo em hospital de referência de Santa Catarina. Rev da AMRIGS. 2009;

SALGE, Cakm et al. Fatores maternos e neonatais associados à prematuridade. Rev. Eletr. Enf. [Internet]. 2009;C11(3):642-6.Disponível em<<http://www.fen.ufg.br/revista/v11/n3/v11n3a23.htm>> Acesso em 06 Jun. 2020.

SOUZA NL, Araújo ACPF, Costa ICC. Representações sociais de puérperas sobre as síndromes hipertensivas da gravidez e nascimento prematuro. Rev Latino Am. Enfermagem. 2013;

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Preterm birth [homepage on the Internet]. World Health Organization 2016 [cited 16 Aug 25]. Available from: Available from: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs363/en/> [ Links ]

Stella CL, Bennet MR, Devarajan P, Greis K, Wyder M, Macha S, et al. Preterm labor biomarker discovery in serum using 3 proteomic profiling methodologies. Am J Obstet Gynecol. 2009;201:387.e1-13.

Zugaib, M. Obstetricia. 3ª ed. Barueri -SP: Manole, 2016.