

Fatores de natureza social associados ao risco de prematuridade em município paulista

Factors of a social nature associated with prematurity risk in a city in São Paulo

Factores de naturaleza social asociados al riesgo de prematuridad en un municipio del estado de São Paulo

Aline Adryane Morishigue Bássiga da Cruz¹  <https://orcid.org/0000-0003-0196-3311>

Lucas Cardoso dos Santos¹  <https://orcid.org/0000-0002-7337-2759>

Michelle Cristine de Oliveira Minharro²  <https://orcid.org/0000-0001-7001-5935>

Renata Maria Zanardo Romanholi³  <https://orcid.org/0000-0002-4918-8273>

Alice Yamashita Prearo⁴  <https://orcid.org/0000-0002-4356-0599>

Rúbia Aguiar Alencar¹  <https://orcid.org/0000-0002-6524-5194>

Como citar:

Cruz AA, Santos LC, Minharro MC, Romanholi RM, Prearo AY, Alencar RA. Fatores de natureza social associados ao risco de prematuridade em município paulista. Acta Paul Enferm. 2023;36:eAPE00632.

DOI

<http://dx.doi.org/10.37689/acta-ape/2023A00632>



Descritores

Atenção primária à saúde; Recém-nascido; Fatores de risco; Recém-nascido prematuro; Vulnerabilidade social

Keywords

Primary health care; Infant, newborn; Risk factors; Infant, premature; Social vulnerability

Descriptores

Atención primaria de la salud; Recién nacido; Factores de riesgo; Recien nacido prematuro; Vulnerabilidad social

Submetido

28 de Março de 2022

Aceito

11 de Novembro de 2022

Autor correspondente

Aline Adryane Morishigue Bássiga da Cruz
E-mail: aline.morishigue@gmail.com

Editor Associado (Avaliação pelos pares):

Rosely Erlach Goldman
(<https://orcid.org/0000-0002-7091-9691>)
Escola Paulista de Enfermagem, Universidade Federal de São Paulo, São Paulo, SP, Brasil

Resumo

Objetivo: Identificar as associações dos fatores de natureza social com a prematuridade.

Métodos: Estudo transversal com método correlacional, realizado a partir de um banco de dados de um município de médio porte no interior de São Paulo, contendo informações de todos os recém-nascidos no período de janeiro de 2018 a julho de 2020, voltadas para a identificação de riscos sociais e biológicos após o nascimento.

Resultados: A análise incluiu 4.480 recém-nascidos, dos quais 78,9% foram classificados como bebês de risco habitual e 21,1% como de risco. Dentre os fatores de risco de natureza social dos recém-nascidos analisados no presente estudo, observou-se maior prevalência dos recém-nascidos que possuíam o chefe de família sem renda, tinham mães com menos de 16 anos, irmão morto com idade inferior a 5 anos e mães que não realizaram o seguimento de pré-natal, sendo que os dois últimos tiveram associação com a prematuridade.

Conclusão: Os fatores de natureza social apresentaram associação com a prematuridade. Este estudo permitiu melhorar o banco de dados de vigilância do recém-nascido, facilitando a elaboração e o planejamento da assistência à saúde.

Abstract

Objective: To identify the associations of factors of a social nature with prematurity.

Methods: This is a cross-sectional study with a correlational method, carried out from a database of a medium-sized municipality in the countryside of São Paulo, containing information on all newborns from January 2018 to July 2020, aimed at the identification of social and biological risks after birth.

Results: The analysis included 4,480 newborns, of which 78.9% were classified as usual-risk babies and 21.1% as at-risk babies. Among the risk factors of a social nature for newborns analyzed in the present study, there was a higher prevalence of newborns whose head of household had no income, had mothers under 16 years of age, a dead sibling aged less than 5 years and mothers who did not undergo prenatal care, with the last two having association with prematurity.

Conclusion: Factors of a social nature were associated with prematurity. This study made it possible to improve the newborn surveillance database, facilitating the elaboration and planning of health care.

¹Departamento de Enfermagem, Faculdade de Medicina de Botucatu, Universidade Estadual Paulista, Botucatu, SP, Brasil.

²Faculdade Marechal Rondon, Universidade Nove de Julho, Botucatu, SP, Brasil.

³Núcleo de Apoio Pedagógico Faculdade de Medicina de Botucatu, Universidade Estadual Paulista, Botucatu, SP, Brasil.

⁴Departamento de Pediatria, Faculdade de Medicina de Botucatu, Universidade Estadual Paulista, Botucatu, SP, Brasil.

Conflitos de interesse: nada a declarar.

Resumen

Objetivo: Identificar la asociación de factores de naturaleza social con la prematuridad.

Métodos: Estudio transversal con método correlacional, realizado a partir de un banco de datos de un municipio de tamaño mediano en el estado de São Paulo, con información de todos los recién nacidos durante el período de enero de 2018 a julio de 2020, orientada a la identificación de riesgos sociales y biológicos luego del nacimiento.

Resultados: El análisis incluyó a 4.480 recién nacidos, de los cuales el 78,9 % fue clasificado como bebés de riesgo habitual y el 21,1 % como de riesgo. Entre los factores de riesgo de naturaleza social del recién nacido analizados en el presente estudio, se observó una prevalencia de los recién nacidos cuyo jefe de familia no tenía ingresos, con madres menores de 16 años, hermano fallecido a una edad inferior a 5 años y madres que no realizaron el control prenatal, y los dos últimos estuvieron asociados con la prematuridad.

Conclusión: Los factores de naturaleza social presentaron asociación con la prematuridad. Este estudio permitió mejorar el banco de datos de control del recién nacido, lo que facilita la elaboración y la planificación de la atención a la salud.

Introdução

As mortalidades neonatal e infantil subsidiam a análise da qualidade da assistência à saúde oferecida às gestantes, puérperas e crianças e é uma preocupação mundial, posto que o número de óbitos no primeiro mês de vida ultrapassa 2 milhões. No Brasil, a taxa de mortalidade em crianças menores de 1 ano de idade é de 12,5 para cada mil nascidos vivos, podendo variar a depender da região do país, indo de 10,4% no Sul até 15,43% na Norte.^(1,2)

A identificação dos riscos durante o pré-natal, parto e desenvolvimento do recém-nascido é essencial para a implementação de ações que impactam significativamente no cuidado e no desfecho positivo do bebê. Nesse sentido, o Ministério da Saúde define critérios para auxiliar na classificação dos recém-nascidos de risco, sendo eles baixo nível socioeconômico, residência em área de risco, história de morte de crianças menores de 5 anos na família, mãe adolescente (<20 anos) com baixa instrução (<8 anos de estudo), criança indesejada, baixo peso ao nascer (<2.500g), parto prematuro, Apgar menor que sete no quinto minuto de vida e internações hospitalares.⁽³⁾

Dentre os riscos apontados, a prematuridade se destaca como a primeira causa de mortalidade infantil no mundo, com ocorrência estimada de aproximadamente 15 milhões de partos prematuros e 1,1 milhão de mortes de bebês devido a complicações dessa condição.^(4,5)

A prematuridade é definida como o nascimento de bebês com vida antes de 37 semanas de idade gestacional, podendo ser dividida em três classificações: prematuridade extrema, quando o nascimen-

to ocorre antes de 28 semanas; muito prematuro, quando o bebê nasce entre 28 e 31 semanas de gestação, e prematuro moderado, quando o parto acontece entre 32 e 37 semanas de gestação.⁽⁶⁾

A maioria dos nascimentos de bebês prematuros acontece em países de baixa ou média renda; as maiores taxas ocorrem no sudeste e sul da Ásia e sul da África subsaariana.⁽⁴⁾ Já na América Latina e Caribe, menos de 10% dos partos acontecem antes das 37 semanas de gestação, representando taxa de prematuridade de 8,6%. Nesse sentido, embora o Brasil apresente cenário semelhante ao dos demais países da América Latina, 11,7% dos partos são prematuros, totalizando aproximadamente 300 mil nascidos prematuros anualmente e colocando o país na décima posição entre os países onde mais se tem nascimentos prematuros no mundo.⁽⁵⁾

A prematuridade já classifica o bebê como recém-nascido de risco, impondo acompanhamento diferenciado, visto que apresenta maior taxa de morbimortalidade e de desenvolvimento de sequelas incapacitantes a longo prazo, como aumento do risco de doenças cerebrais, paralisia, distúrbios visuais e aumento de doenças crônicas na vida adulta.⁽²⁾

Embora os números de parto prematuro sejam alarmantes, a compreensão do impacto global da prematuridade nas dimensões psicossocial, econômica e física que afetam as mães, bebês e comunidade ainda é limitada devido à disponibilidade e à qualidade dos dados, fazendo com que a obtenção de informação de vigilância em saúde seja de extrema importância. Além disso, a causa da prematuridade é considerada multifatorial, podendo estar relacionada a fatores econômicos, físicos e psicossociais, associados às mães e às famílias dos bebês,

tornando ainda mais difícil estimar o real impacto da prematuridade.⁽⁷⁻⁹⁾

Pesquisas indicam associações de fatores sociais com a ocorrência de prematuridade. Mães que não tiveram acesso ou realizaram o acompanhamento de pré-natal incompleto, mães adolescentes e com baixas condições socioeconômicas apresentam aumento direto no risco para prematuridade e, conseqüentemente, para as complicações que esse desfecho pode gerar.^(8,10,11)

Entretanto, o desenvolvimento de estudos capazes de compreender as condições e os fatores relacionados à patogênese da prematuridade ainda é necessário.⁽⁹⁾ Nesse sentido, este estudo tem como objetivo identificar as associações dos fatores de natureza social com a prematuridade.

Métodos

Trata-se de um estudo transversal com método correlacional, realizado no município de Botucatu, localizado no interior de São Paulo, com população estimada de 149.718 habitantes e taxa de mortalidade infantil de 13,36 óbitos a cada mil nascidos vivos, totalizando 24 mortes de crianças menores de 1 ano em 2019.⁽¹²⁾

O município é composto de 22 serviços da Atenção Primária à Saúde distribuídos entre Unidades Básicas de Saúde no modelo tradicional, Saúde da Família e Centros de Saúde Escola. Além disso, a assistência ao recém-nascido conta com duas maternidades, sendo referência para 68 municípios da região e uma instituição privada.

Foram incluídos na amostra todos os neonatos vivos do município entre os meses de janeiro de 2018 e julho de 2020. Considerou-se critério de exclusão os natimortos e bebês que nasceram fora do período de coleta de dados.

Utilizaram-se dados secundários oriundos de um banco de dados institucional de uso restrito da Secretaria Municipal do município em questão, com informações contidas na ficha de vigilância de recém-nascido de risco, que é preenchida para todos os recém-nascidos após o nascimento. As informações transferidas para esse banco de dados tiveram o

objetivo de identificar os fatores de risco biológico e social.

A coleta dos dados foi realizada por três auxiliares de enfermagem em entrevista realizada com a parturiente no período pós-parto ou por meio de dados secundários ao prontuário, quando ela não se encontrava presente durante a visita às maternidades do município. Nesse momento, era preenchida a ficha de vigilância de recém-nascido de risco, que permite realizar a classificação do recém-nascido, podendo ser classificado como risco habitual ou recém-nascido de risco. Ressalta-se que as auxiliares de enfermagem fazem parte do quadro de funcionários da Secretaria Municipal de saúde e receberam treinamento para preenchimento da ficha com objetivo de manter o rigor dos dados obtidos com supervisão de uma enfermeira.

Após essa etapa, os profissionais alimentam o sistema de maneira manual com as informações contidas na ficha utilizada durante visita à maternidade, sendo acompanhada pela gestão e compartilhada com as equipes das Unidades Básicas de Saúde.

Essa ficha foi criada segundo as sugestões do Ministério da Saúde, porém com adaptações à realidade do município. O recém-nascido é classificado como risco biológico se apresentar pelo menos uma das situações: peso ao nascer <2.500g, prematuridade (idade ao nascer menor que 37 semanas), malformação congênita maior ou múltipla/doença genética, internação em unidade de terapia intensiva/unidade de cuidados intermediários e Apgar de 5 minutos menor que 7. Para ser classificado como recém-nascido de risco por risco social é necessário que apresente dois ou mais critérios, como irmão morto com menos de 5 anos; idade materna menor que 16 anos; mãe impossibilitada de cuidar da criança por problemas psiquiátricos, dependência química, reclusão, doença ou outro problema; mãe analfabeta; mãe sem companheiro e sem apoio familiar; mãe sem segmento de pré-natal e chefe de família sem renda.

Contudo, para que o recém-nascido seja considerado de risco, o município considera que este tenha pelo menos um risco biológico e/ou dois ou mais riscos sociais. Já para ser classificado como risco habitual, o recém-nascido não deve apresentar nenhum risco biológico, e no máximo um risco social.

O município considerou a idade materna como risco quando a mãe é menor de 16 anos, mas não há, na literatura, uma definição concreta de idade para definir gravidez na adolescência, a qual varia de 15 a 20 anos. Evidências afirmam que os riscos da gravidez na adolescência são inversamente proporcionais a idade materna.^(3,13,14)

Foi considerado como sem seguimento de pré-natal as mulheres que tinham menos de três consultas. A variável dependente foi constituída pela presença ou não da prematuridade, visto que, dentre os riscos biológicos, a prematuridade apresenta maior impacto na morbimortalidade infantil e neonatal. Além disso, a prematuridade pode estar relacionada com outros riscos biológicos, como, por exemplo, necessidade de internação em unidade de terapia intensiva, peso <2.500g e Apgar de quinto minuto menor que 7.^(4,15) Já as variáveis independentes foram constituídas pelos fatores de risco sociais.

Os dados foram tabulados em planilhas no Microsoft Excel, e as associações bivariadas entre os fatores de riscos sociais e prematuridade foram estimadas por regressões simples de Cox. As associações bivariadas permitem entender como duas variáveis se comportam na presença uma da outra, podendo ser ou não estabelecida uma relação de causa/efeito entre elas. As associações foram consideradas significativas se $p < 0,05$. Foi utilizado intervalo de confiança de 95% (IC95%).

A pesquisa foi realizada após aprovação do Comitê de Ética e Pesquisa da Faculdade de Medicina de Botucatu, com o número de parecer 4.063.497, de 2 de junho de 2020 (Certificado de Apresentação de Apreciação Ética: 31985020.6.0000.5411).

Resultados

A amostra foi composta de 4.480 recém-nascidos, em que 78,9% foram classificados como risco habitual e 21,1% como recém-nascidos de risco. Os riscos biológicos e sociais são descritos na tabela 1.

Neste estudo as associações bivariadas apontaram relação entre possuir irmão morto com menos de 5 anos (razão de prevalência de 2,23; IC95% 1,33-3,73), mãe impossibilitada de cuidar da crian-

Tabela 1. Distribuição dos riscos biológicos e sociais

Riscos	n(%)
Biológicos	
Óbito logo após nascimento	2(0,04)
Peso <2.500g	391(8,7)
Idade gestacional <37 semanas	445(9,9)
Malformação congênita/doença genética	53(1,2)
Internação em unidade de terapia intensiva	491(11,0)
Apgar de 5 minutos menor que 7	49(1,1)
Sociais	
Irmão morto <5 anos	69(1,5)
Idade materna menor que 16 anos	31(0,7)
Mãe impossibilitada de cuidar da criança	10(0,2)
Mãe analfabeta	3(0,1)
Mãe sem companheiro e sem apoio familiar	16(0,4)
Sem seguimento de pré-natal	27(0,6)
Chefe de família sem renda	63(1,4)

ça (razão de prevalência de 3,03; IC95% 0,97-9,44) e mãe sem segmento de pré-natal (razão de prevalência de 3,40; IC95% 1,76-6,59) com a ocorrência de prematuridade (Tabela 2).

Tabela 2. Associações bivariadas para explicar a prematuridade

Variáveis	RP	IC95%	p-value
Irmão morto com idade menor que 5 anos	2,23	1,33-3,73	0,002
Mãe com menos de 16 anos	0,65	0,16-2,60	0,540
Mãe impossibilitada de cuidar da criança	3,03	0,97-9,44	0,055
Mãe analfabeta	3,36	0,47-23,91	0,226
Mãe sem companheiro e sem apoio familiar	0,63	0,09-4,47	0,643
Mãe sem seguimento de pré-natal	3,40	1,76-6,59	0,000
Sem renda	1,12	0,53-2,36	0,765

RP - razão de prevalência; IC95% - intervalo de confiança de 95%

Na tabela 3, observa-se associação significativa entre possuir irmão morto menor que 5 anos (razão de prevalência de 2,09; IC95% 1,23-3,54) e não realizar o acompanhamento de pré-natal com a prematuridade (razão de prevalência de 3,04; IC95% 1,46-6,31).

Tabela 3. Regressão múltipla para explicar a prematuridade

Variáveis	RP	IC95%	p-value
Irmão morto com idade menor que 5 anos	2,09	1,23-3,54	0,006
Mãe impossibilitada de cuidar da criança	1,26	0,35-4,54	0,725
Mãe sem seguimento de pré-natal	3,04	1,46-6,31	0,003

RP - razão de prevalência; IC95% - intervalo de confiança de 95%

Discussão

Dentre os fatores de risco de natureza social dos recém-nascidos analisados, observou-se maior preva-

lência daqueles que possuíam o chefe de família sem renda, tinham mães com menos de 16 anos, irmão morto com idade inferior a 5 anos e mães que não realizaram o seguimento de pré-natal – os dois últimos tiveram associação com a prematuridade.

As questões sociais estão intimamente relacionadas aos desfechos positivos ou negativos da gestação e do desenvolvimento do recém-nascido. Condição socioeconômica, idade materna, fragilidade na estrutura da rede de apoio e dificuldade de acesso aos serviços de saúde estão diretamente relacionadas com o aumento da prematuridade.^(7,16)

As mães com idade inferior a 16 anos enquadram-se nos extremos de idade (<19 anos e >35 anos) e apresentam mais chances de o recém-nascido nascer com menos de 37 semanas, o que é agravado quando associado com falta de acompanhamento pré-natal. Além disso, a gravidez na adolescência concentra muitos riscos à saúde materna, para além da maior ocorrência de prematuridade, incluindo baixo ganho de peso materno, complicações perinatais, pré-eclâmpsia e desproporção cefalopélvica.⁽¹⁶⁾

Estudo realizado nacionalmente, que incluiu 23.894 puérperas e seus recém-nascidos, identificou maior prevalência de prematuridade em mães adolescentes. Elas foram divididas em adolescentes precoces (12 a 16 anos) e adolescentes tardias (17 a 19 anos), apresentando mais chances de o recém-nascido ser prematuro, com razão de chance de 1,65 e IC95% 1,30-2,09 para as adolescentes precoces e com razão de chance de 1,39 e IC95% 1,14-1,71 para adolescentes tardias. Além disso, foram observadas mais chances de prematuridade espontânea nas adolescentes precoces, quando comparadas com as adolescentes tardias.⁽¹⁷⁾

No presente estudo, ter irmão morto com idade menor que 5 anos demonstrou associação com a ocorrência de prematuridade e, apesar de ser necessária a qualificação dos dados com o conhecimento da idade do irmão e das causas dos óbitos, considerando que, no Brasil, registraram-se 439.204 óbitos de crianças menores de 5 anos e 65,3% dos óbitos eram evitáveis, é possível que tal resultado esteja relacionado com a manutenção dos riscos sociais das mulheres que já tiveram um filho morto antes do quinto ano de vida.⁽¹⁸⁾

É notória a associação da não realização de pré-natal com a ocorrência de parto prematuro neste estudo, sendo 3,4 vezes maior do que a chance de ocorrer com mães que fizeram esse acompanhamento, convergindo com dados da literatura.^(19,20)

Em pesquisa realizada em um estado do Sul do Brasil que avaliou 143.290 recém nascidos, constatou-se que as mulheres que tiveram assistência pré-natal inadequada apresentaram três vezes mais chances de terem parto pré-termo. O acompanhamento pré-natal foi considerado o principal fator de proteção para prevenir a prematuridade, e as mulheres que fizeram sete ou mais consultas reduziram 68% da chance de ter parto prematuro.⁽¹⁹⁾ Estudo que comparou a assistência pré-natal na rede pública do Brasil concluiu que as Regiões Sudeste, Centro-Oeste e Sul tiveram maior prevalência, enquanto a Região Norte apresentou números de mulheres que não tiveram nenhuma assistência pré-natal 60% maior que a média nacional.⁽²⁰⁾

Estudo de revisão da literatura comprovou que quanto maior a quantidade de atendimentos no pré-natal, menores são os riscos do recém-nascido apresentar baixo peso ao nascer e necessitar de internação hospitalar.⁽²¹⁾ Já a realização inadequada ou ausência do acompanhamento do pré-natal aumenta significativamente a mortalidade neonatal em 2,182 e 6,799 vezes, respectivamente.⁽²²⁾

Análise realizada no Sul do Brasil concluiu que são diversos os fatores que influenciam na não adesão ao pré-natal, incluindo condições socioeconômicas, precariedade do apoio social da gestante, dificuldade de acesso aos serviços de saúde, falta de conhecimento sobre os sintomas de gravidez, não planejamento familiar, não aceitação da gestação, vulnerabilidade das condições de moradia e estigma social relacionado à gravidez indesejada.⁽²³⁾

Acolhimento, apoio, empatia e assistência integral e qualificada às gestantes aumentam a frequência às consultas. Para isso, é necessário que os profissionais de saúde estejam preparados para valorizar as tecnologias leves, facilitar o acesso e realizar captação precoce e busca ativa das gestantes, entendendo o contexto social em que essas mulheres estão inseridas, incluindo a rede de apoio e garantido que o cuidado seja centrado no usuário.⁽²³⁾

Após o nascimento, o acompanhamento do recém-nascido deve ser realizado preferencialmente na primeira semana de vida, visto que este é o momento mais oportuno para auxiliar e estimular os cuidados com o bebê e a puérpera, além de reforçar a rede de apoio familiar e identificar riscos e vulnerabilidades. Esse seguimento é atribuído à Atenção Primária à Saúde e tem capacidade de reduzir a mortalidade neonatal, por meio das ações de vigilância à saúde, como orientações às puérperas, realização de testes neonatais, fortalecimento de vínculo entre a família do recém-nascido e o serviço de saúde, visitas domiciliares, vacinação, avaliação do crescimento e desenvolvimento.^(3,24)

Nesse sentido, a Rede de Atenção à Saúde deve estar estruturada para que a assistência seja efetiva, de forma que os níveis de atenção se articulem, entretanto ainda há desafios a serem superados. Estudo realizado com 23.368 mulheres identificou que a realização da primeira consulta de rotina para a avaliação do recém-nascido na primeira semana de vida, a realização de consulta puerperal nos primeiros 15 dias pós-parto e o recebimento do resultado do teste do pezinho no primeiro mês e vida do bebê aconteceram em menos de 50% da população analisada.^(9,25)

No Brasil, a implementação da Estratégia Saúde da Família tem impacto positivo na redução da mortalidade neonatal e infantil e está presente em 98,4% dos municípios do país. A cobertura da Estratégia Saúde da Família pode diminuir a taxa de mortalidade infantil de 3% a 9% após o segundo ano de implantação dos serviços; após 8 anos, a taxa pode cair de 20% a 34%. No estado do Paraná, estudo concluiu que quanto maior a cobertura pela Estratégia Saúde da Família, mais as taxas de mortalidade infantil tendem a reduzir. Isso ocorre pelo aumento do acesso aos serviços de saúde, redução de internações por causas evitáveis e melhorias mais aceleradas em indicadores de saúde.^(26,27)

Desse modo, a melhoria do planejamento de ações que valorizem o cuidado preventivo e estimulem a ampliação de cobertura e qualidade do pré-natal é de extrema importância, considerando que essa assistência aumenta a eficácia das estratégias propostas pelo Ministério da Saúde e enfatiza a humanização do cuidado durante todo período de

gestação, parto e pós-natal, diminuindo complicações que estão relacionadas à prematuridade.⁽²⁸⁾

Dentre as limitações do estudo, destaca-se o fato da pesquisa refletir a realidade local. Assim, a generalização e a comparação com outros municípios devem considerar as características de uma cidade de médio porte. Além disso, tem-se a impossibilidade de avaliação de fatores que não foram incluídos no banco de dados, como, por exemplo, tipo de parto, renda familiar, idade gestacional em que ocorreu o parto, causa e idade do óbito do irmão. Nesse sentido, foi proposto ao município a inclusão desses dados na ficha de vigilância do recém-nascido de risco, visando ao fortalecimento no acompanhamento das crianças, contribuindo para a melhoria do planejamento em saúde e cuidado especializado para o recém-nascido, potencializando a integração dos serviços da Rede de Atenção à Saúde da criança e fortalecendo ações de políticas públicas.

Conclusão

Houve associação de recém-nascidos que possuíam irmão morto com idade inferior a 5 anos e mães que não realizaram o seguimento de pré-natal com a ocorrência de prematuridade. Outros riscos sociais ainda podem estar presentes no contexto familiar dos recém-nascidos prematuros, entendendo que a vulnerabilidade socioeconômica correlaciona diversos determinantes sociais. Nesse sentido, é necessário aprimorar a vigilância da saúde do recém-nascido, iniciando com a obtenção de dados relevantes que o envolvem diante da realidade de cada região, possibilitando o planejamento da assistência à saúde com vistas às evidências científicas e objetivando a diminuição da mortalidade neonatal e infantil.

Colaborações

Cruz AAMB, Santos LC, Minharro MCO, Romanholi RMZ, Prearo AY e Alencar RA contribuíram com a concepção do projeto, revisão crítica relevante do conteúdo intelectual, interpretação dos dados e aprovação da versão final a ser publicada.

Referências

1. Brito LC, Souza WE, Coelho SF. Aspectos epidemiológicos da mortalidade infantil. *Rev Enferm UFPE on line*. 2021;15(1):e244656
2. United Nations Children's Fund (Unicef). Levels & Trends in child Mortality. Report 2020. Estimates developed by the UN Inter-agency Group for Child Mortality Estimation. Unicef, World Health Organization; 2020 [cited 2022 Aug 4]. Available from: <https://www.unicef.org/media/79371/file/UN-IGME-child-mortality-report-2020.pdf>
3. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Atenção à saúde do recém-nascido: guia para os profissionais de saúde. Cuidados gerais. Brasília, DF: Ministério da Saúde;2014 [citado 2022 Ago 4]. Vol. 1. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/atencao_saude_recem_nascido_v1.pdf
4. Walani SR. Global burden of preterm birth. *Int J Gynaecol Obstet*. 2020;150(1):31–3.
5. World Health Organization (WHO). Preterm birth. Geneva: WHO; 2018 [cited 2022 Aug 4]. Available from: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/preterm-birth>
6. World Health Organization (WHO). March of Dimes; The Partnership for Maternal, Newborn & Child Health; Save the Children; World Health Organization (WHO). Born too soon: the global action report on preterm birth. *Mach of Dimes*. Geneva: WHO; 2012 [cited 2022 Aug 4]. Available from: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44864/9789241503433_eng.pdf;jsessionid=242F3A08682A60ED65889F26AB20B3AF?sequence=1
7. Dias BA, Leal MC, Martinelli KG, Nakamura-Pereira M, Esteves-Pereira AP, Santos Neto ET. Prematuridade recorrente: dados do estudo "Nascer no Brasil". *Rev Saude Publica*. 2022;56:7.
8. Adriano AP, Souta ES, Lopes LS, Santos ML, Lobato MV, Sanches RP, et al. Neonatal mortality related to prematurity. *Res Soc Dev*. 2022;11(4):e27511421565.
9. Chawanpaiboon S, Vogel JP, Moller AB, Lumbiganon P, Petzold M, Hogan D, et al. Global, regional, and national estimates of levels of preterm birth in 2014: a systematic review and modelling analysis. *Lancet Glob Health*. 2019;7(1):e37–46.
10. Rezende RS, Pereira DG, Santos LM, Moraes JS, Santos CA, Seabra ES. Tendência temporal da mortalidade neonatal no Estado do Pará entre 2010 e 2019. *Res Soc Dev*. 2021;10(13):e595101321613.
11. Laranjeira PF, Santos VC, Nogueira JS, Laranjeira AC, Amorim GM, Laranjeira RM, et al. Extreme prematurity in a public reference unit: morbidity, viability and mortality. *Res Soc Dev*. 2022;11(6):e58311629468.
12. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Cidades e Estados: Botucatu. [citado 2022 Ago 4]. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/cidades-e-estados/sp/botucatu.html>
13. Sociedade Brasileira de Pediatria S. (SBP). Departamento Científico de Adolescência. Prevenção da Gravidez na Adolescência. São Paulo: SBP; 2019 [citado 2022 Ago 4]. Disponível em: https://www.sbp.com.br/fileadmin/user_upload/Adolescencia_-_21621c-GPA_-_Prevencao_Gravidez_Adolescencia.pdf
14. Monteiro DL, Martins JA, Rodrigues NC, Miranda FR, Lacerda IM, Souza FM, et al. Adolescent pregnancy trends in the last decade. *Rev Assoc Med Bras*. 2019;65(9):1209–15.
15. Rosa NP, Mistura C, Leivas DV, Veiga TM, Neves ET, Pereira LD. Risk factors and causes related to newborn prematurity in a hospital institution. *Res Soc Dev*. 2021;10(9):e55610918431.
16. Sacramento AA, Lopes IM. Evaluation of prematurity in a Baby-Friendly hospital in the interior of Sergipe in 2019. *Res Soc Dev*. 2022;11(2):e20711225637.
17. Almeida AH, Gama SG, Costa MC, Carmo CN, Pacheco VE, Martinelli KG, et al. Prematuridade e gravidez na adolescência no Brasil, 2011-2012. *Cad Saude Publica*. 2020;36(12):00145919.
18. Freitas AL, Costa SS, Costa Júnior AL, Pessoa DL, Bringel KK, Mendes LS. Childhood mortality from preventable causes in Brazilian regions between 2010-2019. *Res Soc Dev*. 2022;11(4):e20911426867.
19. Souza DM, Maia LC, Zêgo ZD, Jaeger GP, Maciel WS. Prevalence of prematurity and associated factors in the state of Rio Grande do Sul. *Braz J Health Rev*. 2019;2(5):4052-70.
20. Leal MC, Pereira AP, Viellas EF, Domingues RM, Gama SG. Assistência pré-natal na rede pública do Brasil. *Rev Saude Publica*. 2020;54:8.
21. Maia AA, Pinto AP, Viana JN, Susa GA, Mourão GG. Fatores de risco da prematuridade: uma revisão narrativa. *Rev Eletron Acervo Saúde*. 2022;15(2): 1-7.
22. Veloso FC, Kassar LM, Oliveira MJ, Lima TH, Bueno NB, Gurgel RQ, et al. Analysis of neonatal mortality risk factors in Brazil: a systematic review and meta-analysis of observational studies. *J Pediatr (Rio J)*. 2019;95(5):519–30.
23. Souza FL, Saccol SM, Rolim TC, Piovesan-Rosaneli CL, Conterato DM, Anversa ET. Motivos para não realização do pré-natal por gestantes. *Rev Eletron Acervo Saúde*. 2020;55:e3878.
24. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde da criança: crescimento e desenvolvimento Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2012 [citado 2022 Ago 4]. *Cadernos de Atenção Básica*. v. 33. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_crianca_crescimento_desenvolvimento.pdf
25. Domingues RM, Dias BA, Bittencourt SD, Dias MA, Torres JA, Cunha EM, et al. Use of outpatient health services by postpartum women and newborns: data from the Birth in Brazil study. *Cad Saude Publica*. 2020;36(5):e00119519.
26. Brodaya GA, Kluthcovskya AC. Infant mortality and Family Health Strategy in the 3rd Health Regional of Paraná, from 2005 to 2016. *Rev Paul Pediatr*. 2022;40:e2020122
27. Núcleo Ciência pela Infância (NCI). Impactos da estratégia saúde da família e desafios para o desenvolvimento infantil. São Paulo: NCPI, 2019 [cited 2022 Ago 4]. Disponível em: https://ncpi.org.br/wp-content/uploads/2019/12/AF_NCPI-WP_n5_2019_online_v2.pdf
28. Penha SC, Rebouças NP, Meireles AV, Carioca AA, Pinto MS, Carvalho NS. Fatores de risco maternos associados à prematuridade. *Sanare*. 2019;18(2):43-51.