

UNIVERSIDADE FEDERAL DA FRONTEIRA SUL
CAMPUS PASSO FUNDO

KELLY DE ALMEIDA SCHLÄGER

PREVALÊNCIA E FATORES ASSOCIADOS À PREMATURIDADE EM USUÁRIAS
DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

PASSO FUNDO, RS

2026

KELLY DE ALMEIDA SCHLAGER

**PREVALÊNCIA E FATORES ASSOCIADOS À PREMATURIDADE EM USUÁRIAS
DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE**

Trabalho de curso de graduação apresentado como
requisito parcial para obtenção do Título de Médico
da Universidade Federal da Fronteira Sul, Campus
Passo Fundo, RS.

Orientadora: Prof^a Dr^a Shana Ginar da Silva

Coorientação: Prof^a. Dr^a. Giovana Paula Bonfantti Donato

PASSO FUNDO, RS

2026

Bibliotecas da Universidade Federal da Fronteira Sul - UFFS

Schlager, Kelly de Almeida

PREVALÊNCIA E FATORES ASSOCIADOS À PREMATURIDADE EM
USUÁRIAS DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE / Kelly de Almeida
Schlager. -- 2026.

77 f.

Orientadora: Doutora Shana Ginar da Silva

Co-orientadora: Médica Especialista Giovana Paula
Bonfantti Donato

Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação) -
Universidade Federal da Fronteira Sul, Curso de
Bacharelado em Medicina, Passo Fundo, RS, 2026.

1. nascimento prematuro. 2. cuidado pré-natal. 3.
atenção primária à saúde. 4. saúde materno-infantil. I.
Silva, Doutora Shana Ginar da, orient. II. Donato,
Médica Especialista Giovana Paula Bonfantti, co-orient.
III. Universidade Federal da Fronteira Sul. IV. Título.

KELLY DE ALMEIDA SCHLAGER

**PREVALÊNCIA E FATORES ASSOCIADOS À PREMATURIDADE EM USUÁRIAS
DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE**

Trabalho de curso de graduação apresentado como
requisito parcial para obtenção do Título de Médico
da Universidade Federal da Fronteira Sul, Campus
Passo Fundo, RS.

Este Trabalho de Curso foi defendido e aprovado pela banca em: 17/06/2026.

BANCA EXAMINADORA

Prof.^a Dr.^a Shana Ginar da Silva - UFFS
Orientadora

Prof.^a Med.^a Laura Guimarães Sandoval
Avaliadora

Prof.^a Dr.^a Jossimara Polettini
Avaliadora

AGRADECIMENTOS

Agradeço, primeiramente, a Deus, por tornar possível esta caminhada e permitir a conclusão de mais uma etapa da minha trajetória.

Aos meus pais, Janice e Erni, expresso minha mais profunda gratidão por serem exemplos constantes de integridade, dedicação e bondade, e por todo o amor, apoio e incentivo incondicionais ao longo desta jornada.

Ao meu irmão, Kauã, agradeço por ser um dos maiores presentes da minha vida, fonte permanente de afeto e alegria.

Estendo também meu reconhecimento aos familiares mais próximos — dindos, tias e primas — que, com carinho e presença, constituem meu porto seguro e reforçam a certeza de que cada esforço vale a pena.

Aos meus amigos e ao meu namorado, agradeço pela presença constante, apoio e companheirismo, tornando esta caminhada mais leve e significativa.

À minha orientadora, Dra. Shana, e à minha coorientadora, Dra. Giovana, agradeço pela paciência, dedicação e comprometimento ao longo do desenvolvimento deste trabalho. Ambas representam, cada uma à sua maneira, exemplos de profissionais e pessoas que levarei comigo com grande admiração.

APRESENTAÇÃO

Este documento foi elaborado pela acadêmica Kelly de Almeida Schlager sob orientação da Prof^a. Dr^a. Shana Ginar da Silva e coorientação da Prof^a. Dr^a. Giovana Paula Bonfantti Donato, tem como título “Prevalência e fatores associados à prematuridade em usuárias do Sistema Único de Saúde”. Trata-se de um Trabalho de Curso (TC) que representa requisito parcial para a obtenção do título de Médica pela Universidade Federal da Fronteira Sul, campus Passo Fundo, Rio Grande do Sul. A construção deste volume se deu nos Componentes Curriculares (CCRs) obrigatórios Trabalho de Curso I, II e III, ao longo de 3 semestres. No primeiro semestre de 2025, durante a disciplina de TC I, foi elaborada a primeira parte relativa ao Projeto de Pesquisa. A segunda parte inclui o Relatório de Pesquisa referente à coleta de dados e elaboração de relatório de pesquisa, desenvolvido no segundo semestre de 2025, durante a disciplina de TC II. Então, a terceira parte diz respeito à análise dos dados, produção do Artigo Científico e Considerações finais, redigidos no primeiro semestre de 2026, durante a disciplina de TC III. Por fim, o presente documento foi redigido de acordo com o Manual de Trabalhos Acadêmicos da instituição, com o Regulamento do TC e também com as orientações dadas durante as aulas do Componente Curricular, ao longo dos semestres de realização.

RESUMO

Os fatores que envolvem a gestação têm papel determinante na evolução da saúde materno-infantil, especialmente quando se considera a prematuridade, condição que representa uma das principais causas de morbimortalidade neonatal no Brasil e no mundo. A ocorrência de partos prematuros pode estar relacionada a diversas condições clínicas, comportamentais e socioeconômicas. Diante disso, o presente estudo tem como objetivo determinar a prevalência de parto prematuro e identificar fatores associados em usuárias da Atenção Primária à Saúde. Trata-se de um estudo de delineamento transversal realizado entre dezembro de 2022 e dezembro de 2024 com mulheres ≥ 12 anos e filhos de até 24 meses, acompanhadas em cinco Unidades Básicas de Saúde de Passo Fundo, RS. Os dados foram coletados por entrevistas presenciais. O desfecho de interesse foi parto prematuro autorrelatado. As exposições analisadas foram variáveis sociodemográficas, comportamentais, clínicas maternas e relacionadas ao pré-natal. Foram realizadas análises descritivas e bivariadas, com teste do qui-quadrado ($p < 0,05$), e regressão de Poisson com variância robusta, com cálculo das razões de prevalência brutas e ajustadas e respectivos intervalos de 95% de confiança (IC95%). Participaram do estudo 367 puérperas, predominantemente de 20 a 34 anos, com presença relevante de comorbidades, baixa prática de atividade física e adequada cobertura de pré-natal. A prevalência de nascimento prematuro foi de 12,3% (IC95%: 9,1–16,1). Na análise ajustada, associaram-se ao desfecho: menor escolaridade (≥ 10 anos como fator protetor; RP=0,47; IC95%: 0,27–0,83), maior renda (tercil intermediário RP=2,28; IC95%: 1,04–5,04; tercil superior RP=3,33; IC95%: 1,51–7,34), menos de seis consultas pré-natais (RP=2,84; IC95%: 1,34–6,07), presença de duas ou mais comorbidades pré-gestacionais (RP=2,51; IC95%: 1,31–4,80), pré-eclâmpsia (RP=3,46; IC95%: 1,32–9,07) e ganho de peso gestacional excessivo (RP=0,45; IC95%: 0,22–0,94). Conclui-se que a prematuridade apresentou magnitude relevante e esteve associada principalmente a fatores clínicos maternos e à inadequação do acompanhamento pré-natal. Os achados reforçam a necessidade de qualificação da assistência na Atenção Primária, com foco no manejo de comorbidades, identificação precoce de complicações gestacionais e ampliação da qualidade do pré-natal, visando à redução da prematuridade e de suas repercussões materno-infantis.

Palavras-chave: nascimento prematuro; cuidado pré-natal; atenção primária à saúde; saúde materno-infantil.

ABSTRACT

The factors involved in pregnancy play a determining role in the evolution of maternal and infant health, especially when considering prematurity, a condition that represents one of the main causes of neonatal morbidity and mortality in Brazil and worldwide. The occurrence of premature births may be related to various clinical, behavioral, and socioeconomic conditions. Therefore, this study aims to determinate the prevalence of premature birth and identify associated factors in users of Primary Health Care. This is a cross-sectional study conducted between December 2022 and December 2024 with women ≥ 12 years old and children up to 24 months old, followed up at five Basic Health Units in Passo Fundo, RS. Data were collected through face-to-face interviews. The outcome of interest was self-reported premature birth. The exposures analyzed were sociodemographic, behavioral, maternal clinical, and prenatal-related variables. Descriptive and bivariate analyses were performed, with chi-square test ($p < 0.05$), and Poisson regression with robust variance, calculating crude and adjusted prevalence ratios and their respective 95% confidence intervals (95% CI). The study included 367 postpartum women, predominantly aged 20 to 34 years, with significant comorbidities, low levels of physical activity, and adequate prenatal care. The prevalence of preterm birth was 12.3% (95% CI: 9.1–16.1). In the adjusted analysis, the following were associated with the outcome: lower education (≥ 10 years as a protective factor; PR=0.47; 95% CI: 0.27–0.83), higher income (intermediate tertile PR=2.28; 95% CI: 1.04–5.04; upper tertile PR=3.33; 95% CI: 1.51–7.34), fewer than six prenatal visits (PR=2.84; 95% CI: 1.34–6.07), presence of two or more pre-gestational comorbidities (PR=2.51; 95% CI: 1.31–4.80), pre-eclampsia (PR=3.46; 95% CI: 1.32–9.07) and excessive gestational weight gain (PR=0.45; 95% CI: 0.22–0.94). It is concluded that prematurity presented a relevant magnitude and was mainly associated with maternal clinical factors and inadequate prenatal care. The findings reinforce the need for improved care in Primary Health Care, focusing on the management of comorbidities, early identification of gestational complications, and expansion of the quality of prenatal care, aiming at reducing prematurity and its maternal and infant repercussions.

Keywords: preterm birth; prenatal care; primary health care; maternal and child health.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	12
2 DESENVOLVIMENTO	13
2.1 PROJETO DE PESQUISA	13
2.1.1 Tema.....	13
2.1.2 Problemas	13
2.1.3 Hipóteses	13
2.1.4 Objetivos	14
2.1.4.1 Objetivo Geral	14
2.1.4.2 Objetivos Específicos	14
2.1.5 Justificativa.....	14
2.1.6 Referencial teórico	15
2.1.6.1 Prematuridade: Definição e Classificação	15
2.1.6.2 Epidemiologia da Prematuridade	16
2.1.6.3 Fatores Associados à Prematuridade.....	18
2.1.6.4 Complicações Relacionadas à Prematuridade	21
2.1.6.5 Estratégias de Prevenção e Manejo da Prematuridade	22
2.1.7. Metodologia	23
2.1.7.1 Tipo de estudo.....	23
2.1.7.2 Local e período de realização	24
2.1.7.3 População e amostragem.....	24
2.1.7.4 Variáveis, instrumentos e coleta de dados	25
2.1.7.5 Processamento, controle de qualidade e análise dos dados.....	26
2.1.7.6 Aspectos éticos	27
2.1.8 Recursos	27
2.1.9 Cronograma	27
REFERÊNCIAS.....	29

ANEXO A	33
ANEXO B.....	47
2.2 RELATÓRIO DE PESQUISA	54
3 ARTIGO CIENTÍFICO	56
4 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	77

1 INTRODUÇÃO

A prematuridade é definida como o nascimento que ocorre antes de 37 semanas completas de gestação e constitui um dos principais desafios da saúde pública global, sendo uma das principais causas de morbimortalidade neonatal. Estima-se que, em 2020, em todo o mundo, 13,4 milhões de bebês nasceram de forma precoce e aproximadamente 900 mil crianças vieram a óbito em 2019 em decorrência de complicações do parto prematuro (Ohuma *et al.*, 2023; Perin *et al.*, 2022).

No Brasil, a prevalência de prematuridade é elevada, atingindo cerca de 11% dos nascimentos, o que evidencia a necessidade de estratégias eficazes para a prevenção e manejo dessa condição (Brasil, 2024). Além dos desafios clínicos, o impacto econômico decorrente desses nascimentos é significativo, visto que a prematuridade demanda cuidados intensivos e assistência especializada de alta complexidade, sobretudo no que se refere ao suporte neonatal (Kenner, 2001).

A imaturidade do organismo torna o recém-nascido prematuro altamente vulnerável a complicações que podem comprometer seu desenvolvimento a curto e longo prazo. Dentre as principais complicações neonatais de curto prazo, destacam-se afecções respiratórias, infecções, alterações neurológicas, dificuldades na alimentação e prejuízos na função visual e auditiva (Diemert; Arck, 2020). No longo prazo, a prematuridade está associada a déficits no desenvolvimento neurológico, maior predisposição a doenças crônicas na vida adulta e dificuldades no aprendizado (Crump, 2020). Dessa forma, compreender os fatores que estão relacionados a esse desfecho é essencial para a implementação de medidas preventivas e para o aprimoramento das políticas de atenção materno-infantil.

Diversos fatores maternos estão implicados na ocorrência do parto prematuro. Entre os mais relevantes, destacam-se a exposição a ambientes de alto estresse, histórico de hipertensão arterial ou doenças cardíacas, gestação gemelar e a realização insuficiente de consultas pré-natais - aspecto fundamental para a identificação precoce e o manejo adequado de possíveis complicações obstétricas na Atenção Primária à Saúde (Tedesco *et al.*, 2013). Adicionalmente, outros fatores preditivos incluem idade materna inferior a 20 anos, baixa condição socioeconômica, tabagismo, baixo peso pré-gestacional e histórico de parto prematuro em gestações anteriores (Bhattacharya *et al.*, 2010).

Diante desse contexto, este estudo tem como objetivo analisar a prevalência e os fatores relacionados à prematuridade em mulheres e crianças atendidas na Atenção Primária à Saúde de Passo Fundo – RS, considerando aspectos sociodemográficos, comportamentais e clínicos. A pesquisa visa fornecer dados relevantes para subsidiar a formulação de estratégias voltadas à redução da prematuridade, contribuindo para a melhoria da assistência materno-infantil no município e para o fortalecimento das políticas públicas de saúde.

2 DESENVOLVIMENTO

2.1 PROJETO DE PESQUISA

2.1.1 Tema

Prevalência e fatores associados à prematuridade em usuárias do Sistema Único de Saúde.

2.1.2 Problemas

Qual a prevalência de partos prematuros entre as mulheres atendidas na Atenção Primária à Saúde?

Quais são as características sociodemográficas, comportamentais e de saúde da amostra?

Existem diferenças estatisticamente significativas na prevalência da prematuridade de acordo com as características sociodemográficas, comportamentais e de saúde na amostra avaliada da população?

2.1.3 Hipóteses

A prevalência de partos prematuros será de aproximadamente 12%.

A amostra será composta majoritariamente por mulheres brancas, entre 20 e 30 anos, sem atividade ocupacional ativa, pertencentes aos estratos de baixa renda e escolaridade, não tabagistas, não etilistas e sem comorbidades.

Partos prematuros serão mais prevalentes em mulheres pretas e pardas, de baixa renda e escolaridade, com extremos de idade, tabagistas, etilistas, com comorbidades prévias e com inadequação da assistência pré-natal.

2.1.4 Objetivos

2.1.4.1 Objetivo Geral

Identificar a prevalência e os fatores associados à ocorrência de partos prematuros entre mulheres atendidas na Atenção Primária em Saúde.

2.1.4.2 Objetivos Específicos

Estimar a prevalência da prematuridade.

Descrever as características sociodemográficas, comportamentais e de saúde das mulheres incluídas na amostra.

Verificar a distribuição da prevalência de prematuridade de acordo com as características sociodemográficas, comportamentais e de saúde.

2.1.5 Justificativa

A prematuridade é um dos principais desafios da saúde materno-infantil, representando uma das principais causas de morbimortalidade neonatal no mundo. De acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS), aproximadamente 15 milhões de bebês nascem prematuros a cada ano, e as complicações decorrentes desse desfecho são responsáveis por cerca de 1 milhão de mortes anuais (WHO, 2012). No Brasil, dados do Ministério da Saúde apontam que cerca de 11% dos partos ocorrem antes das 37 semanas de gestação, índice considerado elevado e que demanda maior atenção por parte das políticas públicas de saúde (Brasil, 2024).

Diante desse cenário, compreender a prevalência e os fatores associados à prematuridade é essencial para subsidiar ações preventivas e aprimorar o cuidado materno-infantil, especialmente no contexto da Atenção Primária à Saúde (APS), onde o acompanhamento pré-natal desempenha um papel fundamental na identificação de riscos gestacionais. Estudos apontam que fatores sociodemográficos,

comportamentais e clínicos, como idade materna extrema, baixo nível socioeconômico, tabagismo, etilismo, presença de comorbidades e acesso inadequado ao pré-natal, estão fortemente relacionados ao nascimento prematuro (Almeida *et al*, 2012).

Neste contexto, este estudo se justifica pela necessidade de conhecer o cenário local de Passo Fundo – RS, permitindo não apenas a mensuração da prevalência da prematuridade entre as gestantes atendidas na rede pública, mas também a identificação de fatores de risco evitáveis ou que demandam maior atenção. Com isso, espera-se contribuir para a formulação de estratégias que melhorem a assistência oferecida na APS, reduzindo as taxas de prematuridade e seus impactos na saúde materna e infantil.

2.1.6 Referencial teórico

2.1.6.1 Prematuridade: Definição e Classificação

Os recém-nascidos pré-termo, mesmo aqueles que apresentam peso e estatura semelhantes aos neonatos a termo, possuem maior morbimortalidade em comparação aos recém-nascidos a termo. Essa vulnerabilidade decorre da imaturidade fisiológica característica da prematuridade, que compromete o funcionamento de diversos sistemas orgânicos e aumenta o risco de complicações neonatais. A prematuridade é definida com base na idade gestacional ao nascimento, sendo considerado prematuro todo parto ocorrido antes da 37ª semana completa de gestação. Historicamente, utilizava-se o critério de peso ao nascer inferior a 2.500 gramas para definir prematuridade. No entanto, essa abordagem revelou-se imprecisa, pois muitos recém-nascidos abaixo desse peso podem ser a termo ou pós-termo, sendo classificados como pequenos para a idade gestacional. Assim, a avaliação da idade gestacional é o método mais preciso e adequado para determinar a prematuridade, possibilitando uma assistência neonatal mais direcionada e eficaz (WHO, 2012).

A Organização Mundial da Saúde (OMS) recomenda a nomenclatura de recém-nascidos pré-termo para aqueles que nascem com idade gestacional inferior a 37 semanas completas ou menos de 259 dias, contados a partir do primeiro dia do último ciclo menstrual da gestante (WHO, 2012). No entanto, diretrizes mais recentes

indicam que o exame ultrassonográfico obstétrico realizado precocemente, antes da 14ª semana de gestação, representa o padrão ouro para a estimativa da idade gestacional. (Papageorghiou, 2014).

A classificação da prematuridade, conforme preconizada pela OMS (2012), subdivide-se em quatro categorias de acordo com a idade gestacional:

- Pré-termo extremo: menor que 28 semanas;
- Muito pré-termo: de 28 a <32 semanas;
- Pré-termo moderado: de 32 a <34 semanas;
- Pré-termo tardio: de 34 a <37 semanas.

Essa categorização é fundamental para direcionar a abordagem clínica e as intervenções neonatais, considerando que a gravidade das complicações relacionadas à prematuridade está diretamente associada ao grau de imaturidade do recém-nascido.

O parto prematuro pode ser definido, do ponto de vista clínico, em duas categorias principais: eletivo e espontâneo. O parto prematuro eletivo, responsável por aproximadamente 25% dos casos, ocorre quando a interrupção da gestação se torna necessária devido a complicações maternas e/ou fetais, como síndromes hipertensivas, restrição do crescimento intrauterino e descolamento prematuro de placenta. Nessas situações, a antecipação do nascimento é uma medida para reduzir riscos à vida da mãe e do feto.

Por outro lado, o parto prematuro espontâneo, que corresponde a cerca de 75% dos casos, decorre do início não programado do trabalho de parto. Esse tipo pode ter uma etiologia multifatorial, estando frequentemente associado à rotura prematura das membranas ovulares, inflamações intrauterinas, infecções maternas, anormalidades uterinas, além de fatores genéticos e ambientais. Em muitos casos, no entanto, a causa permanece indeterminada, embora estudos indiquem que sua ocorrência está frequentemente associada a fatores de risco maternos e fetais (Zugaib, 2016, p. 85).

2.1.6.2 Epidemiologia da Prematuridade

Estudo recente estima que, em 2020, aproximadamente 13,4 milhões de bebês nasceram prematuros, o que corresponde a mais de 1 em cada 10 nascidos

vivos no mundo (Ohuma *et al.*, 2023). Embora essa condição não se restrinja exclusivamente a países de baixa renda, a maior parte dos casos ocorre em regiões de maior vulnerabilidade socioeconômica, como o sul da Ásia e a África Subsaariana, responsáveis por cerca de 65% de todos os nascimentos prematuros naquele ano. Em contraste, os países de alta renda concentram a maior parte dos sistemas de notificação de qualidade, mas ainda assim convivem com taxas elevadas, como é o caso dos Estados Unidos, um dos dez países com o maior número absoluto de nascimentos prematuros (Blencowe *et al.*, 2012).

Dados anteriores apontam que, em 2014, a taxa global estimada de prematuridade foi de 10,6%, o que representa cerca de 14,8 milhões de nascimentos prematuros em todo o mundo. A distribuição regional revelou disparidades significativas: enquanto a Europa registrou uma média de 8,7%, o norte da África apresentou uma taxa de 13,4%, com destaque para países como Índia, China, Nigéria, Bangladesh e Indonésia, que juntos responderam por quase 45% de todos os nascimentos prematuros naquele ano. A análise de tendência temporal entre 2000 e 2014 do estudo mostrou que, dos 38 países com dados de alta qualidade, 26 apresentaram aumento nas taxas de prematuridade, evidenciando a persistência do problema mesmo em contextos com avanços tecnológicos e assistenciais. (Chawanpaiboon *et al.*, 2019).

Além da elevada incidência, a sobrevivência dos recém-nascidos prematuros é profundamente influenciada pelo local de nascimento. Enquanto mais de 90% dos recém-nascidos com menos de 28 semanas de gestação não sobrevivem nos primeiros dias de vida em países de baixa renda, esse índice cai para menos de 10% em países de alta renda, refletindo as desigualdades no acesso a serviços de saúde qualificados e tecnologias neonatais (Perin *et al.*, 2021). Apesar de todos os esforços globais, a análise mais recente demonstrou que não houve redução significativa nas taxas de nascimentos prematuros entre 2010 e 2020, revelando a necessidade de estratégias mais eficazes de prevenção, especialmente nas regiões com maior carga de prematuridade (Ohuma *et al.*, 2023).

O Brasil, em 2014, registrou aproximadamente 339.239 nascimentos prematuros, ocupando a nona posição mundial em número absoluto de partos prematuros. Esse quantitativo representou cerca de 2,3% de todos os nascimentos prematuros ocorridos no mundo naquele ano, com uma taxa nacional de prematuridade de 11,2%, valor acima da taxa mundial de 10,6% evidenciando o

expressivo impacto dessa condição no cenário da saúde pública brasileira (Chawanpaiboon *et al.*, 2019).

Dados do Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (SINASC) indicam que, no período de 2012 a 2022, o país manteve uma taxa média de partos prematuros acima de 11%, com a menor taxa em 2015 (10,83%) e as maiores taxas em 2012 (11,86%) e 2022 (11,85%), evidenciando a persistência do problema ao longo da última década. Entre as regiões do Brasil, em 2022, o maior índice de prematuridade foi na região norte (12,48%) e o menor índice foi na região sul (11,65%). Entre os estados a diferença entre os maiores e menores índices foi ainda maior, estados como Roraima, Acre e Ceará, apresentaram índices de 17,73%, 13,66% e 13,32%, respectivamente, enquanto estados os estados Espírito Santo, Sergipe e Santa Catarina apresentaram índices de 10,51%, 10,71% e 10,84%, respectivamente. Tais dados revelam disparidades estruturais e socioeconômicas e apontam para a necessidade de ações regionalizadas e específicas de prevenção e cuidado.

Na Região Sul, observa-se uma taxa relativamente estável de prematuridade, variando de 10,57% (2015) a 11,85% (2012), mantendo-se, ao longo do período, abaixo da média nacional. Ainda assim, destaca-se o Rio Grande do Sul, que historicamente apresenta os maiores índices da região, atingindo 12,87%, em 2022, estando acima da média nacional (11,85%). Este dado reforça que, mesmo em regiões com maior cobertura de Atenção Primária e infraestrutura de saúde mais consolidada, como o Sul do país, a prematuridade persiste como um relevante indicador de vulnerabilidade materno-infantil. A complexidade dos fatores associados ao nascimento prematuro, que envolvem aspectos clínicos, sociais, e comportamentais, exige uma abordagem integrada entre vigilância epidemiológica, qualificação do cuidado pré-natal e estratégias de equidade regional (Brasil, 2024).

2.1.6.3 Fatores Associados à Prematuridade

A literatura científica evidencia que os fatores sociodemográficos exercem influência significativa sobre a ocorrência de partos prematuros, destacando-se entre eles os extremos de idade materna, a raça, a renda familiar e o nível educacional das gestantes. Dados provenientes dos Estados Unidos, referentes ao ano de 2016, indicam que a taxa geral de prematuridade foi de 9,85%, com diferenças marcantes entre os grupos raciais: enquanto 9,04% das mães brancas não hispânicas tiveram

partos prematuros, esse percentual foi consideravelmente mais elevado entre as mães negras não hispânicas, atingindo 13,77%.

No que diz respeito à idade materna, observa-se um padrão em forma de "U", em que os extremos etários apresentam maior risco de prematuridade. Entre adolescentes com menos de 15 anos, 13,35% dos partos ocorreram antes das 37 semanas de gestação; já entre aquelas com idades entre 15 e 19 anos, a taxa foi de 10,36%. Em contrapartida, taxas ainda mais elevadas foram observadas entre mulheres de 40 a 44 anos (13,97%) e, especialmente, entre aquelas com idade entre 45 e 54 anos, nas quais a taxa de prematuridade chegou a 22,89%. Esses dados sugerem que tanto a imaturidade fisiológica quanto o envelhecimento reprodutivo podem constituir fatores de risco significativos para a gestação a termo (Martin *et al.*, 2018).

No Brasil, um estudo populacional realizado no extremo sul do país, entre os anos de 2007 e 2019, demonstrou que a prevalência de prematuridade foi significativamente maior entre mulheres com menor renda familiar. Entre aquelas com renda de até um salário mínimo, 17,5% tiveram partos prematuros, enquanto entre as que recebiam até quatro salários mínimos, essa taxa foi de 14,9%. A escolaridade materna também se destacou como um fator de impacto expressivo: mulheres com 0 a 8 anos de estudo apresentaram 38% mais chances de ter parto prematuro em comparação àquelas com mais de 12 anos de escolaridade. Esses achados reforçam que o acesso à educação pode atuar como fator protetivo contra desfechos gestacionais adversos. Tais disparidades evidenciam a atuação de determinantes sociais de saúde que impactam de maneira desigual os desfechos gestacionais (Marmitt; Machado; Cesar, 2025).

Diversos fatores obstétricos também têm sido associados à ocorrência de parto prematuro, evidenciando a importância do histórico reprodutivo na avaliação de risco gestacional. A paridade elevada, por exemplo, tem se mostrado um fator significativo: mulheres multíparas apresentaram 15% mais chances de prematuridade em comparação às primíparas, mesmo após ajuste por variáveis sociodemográficas e clínicas, evidenciando uma associação independente entre número de gestações anteriores e o risco de desfecho prematuro (Marmitt; Machado; Cesar, 2025).

Adicionalmente, o histórico de parto prematuro espontâneo em gestações anteriores constitui um forte preditor de recorrência. De acordo com Mercer *et al.* (1999), mulheres com parto prematuro espontâneo prévio apresentaram um risco 2,5

vezes maior de vivenciar o mesmo desfecho na gestação atual, quando comparadas àquelas sem esse antecedente. Reforçando esse achado, estudo de coorte realizado por Lykke, Paidas e Langhoff-Ross (2009) demonstrou que, entre mulheres cujo primeiro parto foi espontâneo e a termo, a taxa de prematuridade na segunda gestação foi de apenas 2,7%; entretanto, esse risco aumentou para 14,7% entre aquelas cujo primeiro parto ocorreu entre 32 e 36 semanas. Desse modo, esses dados apontam para a necessidade de um acompanhamento pré-natal intensificado para gestantes com histórico obstétrico de risco.

Com base nas evidências disponíveis, comorbidades maternas comuns na população, como hipertensão arterial e diabetes mellitus, têm apresentado associação significativa com a ocorrência de parto prematuro, configurando-se como um dos fatores de risco mais importantes durante a gestação. Dados de estudo realizado no sul do Brasil apontam que, mesmo após o ajuste estatístico para potenciais variáveis de confusão, a hipertensão manteve-se fortemente associada ao desfecho, indicando que gestantes hipertensas apresentaram 39% mais risco de parto prematuro em comparação às não hipertensas.

De maneira semelhante, a diabetes materna também mostrou associação significativa e independente com a prematuridade. Após o ajuste por outras variáveis, observou-se um aumento de 46% no risco de parto prematuro entre mulheres com diagnóstico de diabetes em comparação às não diabéticas. Esses achados reforçam a necessidade de um acompanhamento pré-natal rigoroso e multidisciplinar para gestantes com essas condições clínicas, visando o controle adequado das comorbidades e a prevenção de desfechos adversos como a prematuridade. (Marmitt; Machado; Cesar, 2015).

Comportamentos maternos durante a gestação, como tabagismo, consumo de álcool e sedentarismo, têm sido amplamente estudados em razão de seus efeitos deletérios sobre os desfechos gestacionais, especialmente a prematuridade. O tabagismo, em particular, tem demonstrado forte associação com o parto prematuro espontâneo (SPTB). Um estudo recente identificou que a exposição contínua ao cigarro durante a gestação esteve associada a um risco 2,58 vezes maior de SPTB em comparação à ausência de exposição (Selvaratham, 2023). De forma semelhante, evidências anteriores apontaram que partos antes de 37 semanas de gestação foram 20% mais frequentes entre mulheres que relataram fumar pelo menos um maço de cigarros por dia (Shiono; Klebanoff; Rhoads, 2016).

O consumo de álcool também tem sido identificado como fator de risco relevante. Em estudo conduzido por Ikehara *et al.* (2019), observou-se que o uso excessivo de bebidas alcoólicas durante o segundo e terceiro trimestres de gestação esteve associado a um risco quatro vezes maior de parto prematuro em relação às mulheres que se abstiveram do consumo nesse período. Por fim, o comportamento sedentário durante a gestação igualmente representa um fator de vulnerabilidade. Uma pesquisa recente demonstrou que mulheres gestantes com baixos níveis de atividade física apresentaram 43% mais risco de prematuridade (Ana *et al.*, 2025). Tais evidências apontam para a importância de estratégias educativas e preventivas no pré-natal, com foco na modificação de hábitos de vida maternos.

2.1.6.4 Complicações Relacionadas à Prematuridade

O nascimento prematuro representa um importante problema de saúde pública, responsável por um elevado número de mortes infantis nos primeiros cinco anos de vida no Brasil, sobretudo nas regiões mais vulneráveis (França, 2017). Nos Estados Unidos, aproximadamente dois terços de todas as mortes infantis ocorrem entre bebês prematuros, evidenciando a gravidade desse desfecho (Ely; Driscoll, 2021).

As complicações decorrentes da prematuridade podem ser classificadas em complicações de curto prazo, que ocorrem no período neonatal, e complicações de longo prazo, que acometem os sobreviventes após a alta da unidade de terapia intensiva neonatal (UTIN). As complicações de curto prazo ocorrem predominantemente no período neonatal e são resultantes da imaturidade anatômica e funcional dos recém-nascidos prematuros. Sua frequência e gravidade aumentam conforme diminui a idade gestacional, tornando esses bebês mais suscetíveis a diversas condições clínicas adversas (Costeloe *et al.*, 2012; Ancel; Goffinet; Epipage-2, 2014).

As complicações de curto prazo resultam, principalmente, da imaturidade anatômica e funcional desses recém-nascidos, contribuindo para o aumento do risco de incapacidades a longo prazo (Eichenwald; Stark, 2008). Entre as principais, destaca-se a hipotermia, causada pela rápida perda de calor devido à grande superfície corporal relativa e à limitada capacidade de termorregulação. Também são comuns as complicações respiratórias, como a síndrome do desconforto respiratório,

a displasia broncopulmonar e a apneia da prematuridade, além de complicações cardiovasculares, como a persistência do canal arterial, hipotensão e choque. Outras complicações relevantes incluem infecções fúngicas e bacterianas, hemorragia intraventricular e enterocolite necrosante (Fanaroff *et al.*, 2007).

As complicações de longo prazo acometem os sobreviventes após a alta da UTIN. Nesses casos, observa-se uma elevada incidência de comprometimento do neurodesenvolvimento e problemas crônicos de saúde, que frequentemente demandam serviços adicionais de saúde e educação (Pettinger *et al.*, 2023). Crianças nascidas prematuras apresentam maior probabilidade de hospitalizações frequentes durante a infância, quando comparadas às nascidas a termo (Stephens *et al.*, 2016).

Além disso, são mais propensas a déficits no neurodesenvolvimento, incluindo comprometimento cognitivo, atrasos motores - tanto finos quanto grossos -, paralisia cerebral, deficiências sensoriais - como perda de visão e audição -, além de problemas comportamentais e de saúde mental, como o transtorno de déficit de atenção e hiperatividade (TDAH) (Pettinger *et al.*, 2023). Crianças prematuras também apresentam maior risco de atraso no crescimento (Bocca-Tjeertes *et al.*, 2011) e de desenvolvimento de condições médicas crônicas, como hipertensão e diabetes, especialmente entre prematuros extremos e bebês de extremo baixo peso ao nascer (Rotterveel *et al.*, 2008).

2.1.6.5 Estratégias de Prevenção e Manejo da Prematuridade

A prematuridade constitui um relevante desafio para a saúde pública, sendo, em grande parte, um evento passível de prevenção mediante a adequada assistência à gestante, especialmente por meio de um pré-natal qualificado e oportuno. O acompanhamento pré-natal visa garantir o desenvolvimento saudável da gestação, promovendo o nascimento de recém-nascidos em boas condições de saúde, sem prejuízo à saúde materna. Esse cuidado envolve não apenas a vigilância clínica, mas também a abordagem de aspectos psicossociais e a realização de atividades educativas e preventivas, conforme preconizado pelo Ministério da Saúde (Brasil, 2012).

A implementação de políticas públicas, como a Rede Cegonha, representa um avanço expressivo nesse contexto, ao estabelecer diretrizes que orientam o atendimento pré-natal, alinhadas às recomendações da Organização Mundial da

Saúde (OMS). Entre essas diretrizes, destacam-se o início do pré-natal até a 12^a semana de gestação e a realização de, no mínimo, seis consultas ao longo do período gestacional, com frequência mensal até a 28^a semana, quinzenal entre a 28^a e a 36^a semanas e semanal a partir da 36^a semana (Brasil, 2012). Essas ações, quando efetivamente implementadas, são fundamentais para reduzir o risco de prematuridade, uma vez que permitem o diagnóstico e o tratamento precoces de condições clínicas e psicossociais que possam comprometer o curso da gestação (Ximenes Neto *et al.*, 2008).

Entretanto, apesar da quase universalização da cobertura do pré-natal no Brasil, persistem importantes desafios relacionados ao acesso e à qualidade da assistência prestada. Dados do projeto “Nascer no Brasil” indicam que 60% das gestantes iniciam o atendimento após o período recomendado, enquanto cerca de 25% não realizam o número mínimo de consultas preconizadas (Leal *et al.*, 2020). Ademais, a inadequação da assistência pré-natal está fortemente associada às desigualdades sociais. Grupos socialmente vulneráveis apresentam os menores índices de início precoce do acompanhamento, bem como menor número de consultas realizadas, refletindo a persistência de iniquidades no acesso aos serviços de saúde (Coimbra *et al.*, 2003).

Além disso, estudo realizado em unidades básicas de saúde, entre 2012 e 2013, revelou que apenas 15% das mulheres que realizaram pré-natal receberam todos os procedimentos, exames e orientações recomendados pelo Ministério da Saúde (Tomasi *et al.*, 2017). A inadequação do pré-natal compromete a identificação precoce do risco gestacional e o encaminhamento oportuno para serviços de maior complexidade, elevando a probabilidade de desfechos adversos, como o parto prematuro (Oliveira *et al.*, 2019). Por outro lado, estudos indicam que, com um acompanhamento pré-natal adequado, há uma redução significativa das mortes decorrentes de complicações neonatais, incluindo o nascimento pré-termo (Victora, 2001).

2.1.7. Metodologia

2.1.7.1 Tipo de estudo

Trata-se de um estudo quantitativo, observacional, de delineamento epidemiológico transversal, com abordagem descritiva e analítica, compondo um recorte específico do projeto intitulado “Saúde da mulher e da criança no ciclo gravídico-puerperal em usuárias do Sistema Único de Saúde”, institucionalizado na Universidade Federal da Fronteira Sul – Campus Passo Fundo, RS.

2.1.7.2 Local e período de realização

O estudo será realizado no período de agosto de 2025 a julho de 2026 nas Unidades Básicas de Saúde dos bairros Parque Farroupilha, São Luiz Gonzaga, São José, Santa Marta e Donária, cenários de prática do curso de medicina da Universidade Federal da Fronteira Sul - Campus Passo Fundo, município situado no norte do estado do Rio Grande do Sul.

2.1.7.3 População e amostragem

A população-alvo, considerada neste recorte, corresponde à mesma definida no projeto original sendo composta por mulheres e crianças assistidas na atenção primária do município de Passo Fundo, RS. Para a definição da amostra do estudo original, foram consideradas elegíveis mulheres de idade igual ou superior a 12 anos de idade e que tivessem filhos de até 24 meses e em acompanhamento de puericultura nas unidades de saúde mencionadas, durante o período de realização da pesquisa. Como critério de exclusão foi adotado a presença de deficiência cognitiva que impossibilitasse a mulher de compreender e consentir a participação na pesquisa. Destaca-se que o recorte proposto para o desenvolvimento desse trabalho de curso (TC) irá utilizar os mesmos critérios de inclusão e exclusão da amostra original, assim como a mesma estimativa de tamanho amostral.

A definição do cálculo amostral (projeto guarda-chuva) foi realizada em duas etapas: (a) inicialmente foi realizado um cálculo para estudo de prevalência considerando os seguintes parâmetros: (1): prevalência esperada do desfecho de 20%; (2): margem de erro de 5 pontos percentuais. Em uma segunda etapa, para o (b) estudo de associação entre desfecho e exposição de interesse foram adotados os seguintes critérios: (1): nível de confiança de 95%; (2): frequência esperada do desfecho em não expostos de 10% (3) poder de 80% considerando uma razão de

expostos/não expostos = 1,5, e RP de 2. Somado a isso, foi acrescentado 15% para perdas e recusas, e para controle de possíveis fatores de confusão, totalizando uma amostra necessária de n=455 participantes.

A seleção das participantes foi do tipo não probabilística, e todas as mulheres em acompanhamento nas respectivas Unidades Básicas de Saúde e que atenderam aos critérios de inclusão foram convidadas a participar da pesquisa. O estudo incluirá dados já coletados na etapa I realizada de dezembro de 2022 a agosto de 2023 e na etapa II, de ampliação da amostra, executada de junho a dezembro de 2024, da qual a autora desse projeto fez parte.

Para as análises deste estudo, foram excluídas as gestações gemelares, os questionários não respondidos pela mãe e aqueles com dados faltantes na variável desfecho (nascimento prematuro). A exclusão das gestações múltiplas justificou-se pela distinta fisiopatologia e pelo elevado risco basal de prematuridade nesses casos, o que evitaria viés nas análises dos fatores maternos.

2.1.7.4 Variáveis, instrumentos e coleta de dados

Tendo em posse o termo de ciência e concordância por parte da Secretaria Municipal de Saúde de Passo Fundo, RS, bem como a aprovação do Comitê de Ética e Pesquisa em Seres Humanos da Universidade Federal da Fronteira Sul (CEP/UFFS), tem sido implementada a estratégia de identificação e abordagem das usuárias elegíveis, com o auxílio da equipe gestora das Unidades Básicas de Saúde (UBS) participantes. Essa etapa consiste no acesso às listas de mulheres e crianças cadastradas e em acompanhamento de puericultura, possibilitando a identificação prévia de futuros atendimentos para otimizar o contato e o convite à participação na pesquisa.

Após o estabelecimento do primeiro contato e a manifestação de interesse, as entrevistas são realizadas presencialmente nas dependências das UBS, em espaços reservados que garantem a privacidade das participantes. A aplicação dos instrumentos é conduzida por acadêmicos do curso de Medicina da UFFS devidamente capacitados para essa função.

A participação no estudo ocorre de forma voluntária e mediante assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), emitido em duas vias, sendo uma retida pela participante e a outra arquivada pela equipe de pesquisa. No caso de

menores de 18 anos, a inclusão é autorizada por meio da assinatura do TCLE pelos pais ou responsáveis legais, além da assinatura do Termo de Assentimento pelas participantes alfabetizadas.

A coleta de dados é realizada por meio de entrevistas estruturadas, com o auxílio de um questionário (anexo A) dividido em cinco blocos temáticos: (A) Identificação e características demográficas; (B) Hábitos de vida e presença de comorbidades; (C) Informações sobre o pré-natal, parto e última gestação; (D) Saúde da mulher; e (E) Saúde da criança. Complementarmente, é utilizada a Escala de Depressão Pós-Parto de Edimburgo (EPDS), aplicada de forma autoadministrada. Neste estudo, serão utilizadas variáveis pertencentes aos blocos A, B e C.

A principal variável dependente ou desfecho de interesse neste estudo é a prematuridade. A avaliação dessa variável será realizada com base na questão 133 do Bloco E – Saúde da criança, referente a se o bebê nasceu prematuro, assim os partos serão classificados em prematuro (código 1) e a termo (código 0).

As variáveis independentes, ou exposições de interesse, serão fatores sociodemográficos, comportamentais e clínicos maternos, incluindo: idade, cor da pele autorreferida, estado civil, escolaridade e renda domiciliar *per capita*, planejamento da gestação, elitismo, tabagismo, atividade física, comorbidades prévias e gestacionais e adequação ao pré-natal. Essas variáveis serão avaliadas de acordo com respostas registradas nos blocos A, B e C.

2.1.7.5 Processamento, controle de qualidade e análise dos dados

Os dados foram submetidos à dupla digitação no programa EpiData versão 3.1 (distribuição livre), seguida de validação para identificação e correção de inconsistências. A análise estatística foi realizada inicialmente no software PSPP versão 3 (distribuição livre) e complementada no Stata versão 12.1 (College Station, TX: StataCorp LLC; licença nº 30120 505989).

Realizou-se análise descritiva da amostra, com apresentação de frequências absolutas e relativas. A prevalência de nascimento prematuro foi estimada com intervalo de confiança de 95% (IC95%), calculado pelo método exato de Clopper-Pearson. A associação entre o desfecho (parto prematuro) e as variáveis independentes foi inicialmente avaliada na análise bruta por meio do teste do qui-quadrado de Pearson, adotando-se nível de significância de 5% ($p < 0,05$).

As associações entre as variáveis independentes e o parto prematuro foram estimadas por regressão de Poisson com variância robusta, com cálculo das razões de prevalência brutas e ajustadas (RP) e respectivos intervalos de 95% de confiança (IC95%). A análise ajustada foi conduzida segundo modelo hierárquico, em que as variáveis sociodemográficas compuseram o nível distal, as variáveis comportamentais num nível medial e as variáveis clínicas/obstétricas no nível proximal. Variáveis com $p \leq 0,20$ na análise bruta e aquelas consideradas relevantes com base em plausibilidade teórica foram mantidas nos modelos ajustados.

2.1.7.6 Aspectos éticos

O projeto original denominado “Saúde da mulher e da criança no ciclo gravídico-puerperal em usuárias do Sistema Único de Saúde” foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal da Fronteira Sul, segundo parecer de número: 6.871.168 (Anexo B).

2.1.8 Recursos

Os recursos financeiros necessários para a execução do projeto estão dispostos no Quadro 1 a seguir, sendo todos custeados pela equipe da pesquisa.

Quadro 1 – Orçamento.

Item	Unidade	Quantidade	Valor unitário	Valor total
Canetas	Caixa de caneta	1	R\$ 20,00	R\$ 20,00
Impressões	Impressão	400	R\$ 0,25	R\$ 100,00
Vale-transporte	Vale-transporte	100	R\$ 4,50	R\$ 450,00
Computador	Computador	1	R\$ 3000,00	R\$ 3000,00
Pastas	Pasta	4	R\$ 5,00	R\$ 20,00
Total				R\$3.590,00

Fonte: Própria, 2025.

2.1.9 Cronograma

O cronograma de execução das atividades relacionadas ao projeto em questão, através dos meses de agosto de 2025 até julho de 2026, está descrito no quadro 2 a seguir.

Quadro 2 - Cronograma de execução (agosto/2025 a julho/2026).

Atividades/ período	ago 202 5	set 202 5	out 202 5	nov 202 5	dez 202 5	jan 202 6	fev 202 6	mar 202 6	abr 202 6	mai 202 6	jun 202 6	jul 202 6
Revisão de literatura	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Processamento e análise dos dados	X	X	X	X	X	X	X					
Elaboração do artigo científico								X	X	X	X	X
Apresentação e divulgação dos resultados											X	X

Fonte: Própria, 2025.

REFERÊNCIAS

- ALMEIDA, A. C. de; JESUS A. C. P. DE; LIMA P. F. T.; ARAÚJO M. F. M. de; ARAÚJO, T. M. de. Fatores de risco maternos para prematuridade em uma maternidade pública de Imperatriz-MA. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 33, n. 2, p. 86–94, jun. 2012.
- ANA, Y.; VAN DEN BRAND, F. A.; VAN SCHAYCK, O. C. P.; BABU, G. R. Association of physical activity level during pregnancy with preterm birth and infant adiposity: longitudinal analysis from the MAASTHI cohort, India. **Sport Sciences for Health**, 8 maio 2025.
- ANCEL, P.; GOFFINET, F.; EPIPAGE-2 WRITING GROUP. Survival and Morbidity of Preterm Children Born at 22 Through 34 Weeks' Gestation in France in 2011: Results of the EPIPAGE-2 Cohort Study. **JAMA Pediatrics**, v. 169, n. 3, p. 230–238, 1 mar. 2015.
- BHATTACHARYA, S.; RAJA, E. A.; MIRAZO, E. R.; MCINTOSH, T.; STOCK, S. J.; CAMPBELL, D. M.; NELSON, S. M.; NORMAN, J. E. Predisposição hereditária ao parto prematuro espontâneo. **Obstetrics & Gynecology**, v. 115, p. 1125, 2010.
- BLENCOWE, H.; COUSENS, S.; OESTERGAARD, M. Z.; CHOU, D.; MOLLER, A.-B.; NARWAL, R.; ADLER, A.; GARCIA, C. V.; ROHDE, S.; SAY, L.; LAWN, J. E. National, regional, and worldwide estimates of preterm birth rates in the year 2010 with time trends since 1990 for selected countries: a systematic analysis and implications. **The Lancet**, v. 379, n. 9832, p. 2162–2172, jun. 2012.
- BOCCA-TJEERTES, I. F. A.; KERSTJENS, J. M.; REIJNEVELD, S. A.; WINTER, A. F. de; BOS, A. F. Growth and Predictors of Growth Restraint in Moderately Preterm Children Aged 0 to 4 Years. **Pediatrics**, v. 128, n. 5, p. e1187–e1194, 11 out. 2011.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Atenção ao pré-natal de baixo risco**. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2012.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente. **Perfil epidemiológico dos nascimentos prematuros no Brasil, 2012 a 2022**. Boletim Epidemiológico, Brasília: Ministério da Saúde, v. 55, n. 13, 30 set. 2024.
- CHAWANPAIBOON, S.; VOGEL, J. P.; MOLLER, A.-B.; LUMBIGANON, P.; PETZOLD, M.; HOGAN, D.; LANDOULSI, S.; JAMPATHONG, N.; KONGWATTANAKUL, K.; LAOPAIBOON, M.; LEWIS, C.; RATTANAKANOKCHAI, S.; TENG, D. N.; THINKHAMROP, J.; WATANANIRUN, K.; ZHANG, J.; ZHOU, W.; GÜLMEZOGLU, A. M. Global, regional, and national estimates of levels of preterm birth in 2014: a systematic review and modelling analysis. **The Lancet Global Health**, v. 7, n. 1, p. e37–e46, jan. 2019.

COIMBRA, L. C.; SILVA, A. A. M.; MOCHEL, E. G.; ALVES, M. T. S. S.; RIBEIRO, V. S.; ARAGÃO, V. M. F.; BETTIOL, H. Fatores associados à inadequação do uso da assistência pré-natal. **Revista de Saúde Pública**, v. 37, p. 456–462, 1 ago. 2003.

COSTELLOE, K. L.; HENNESSY, E. M.; HAIDER, S.; STACEY, F.; MARLOW, N.; DRAPER, E. S. Short term outcomes after extreme preterm birth in England: comparison of two birth cohorts in 1995 and 2006 (the EPICure studies). **BMJ**, v. 345, n. dec04 3, p. e7976–e7976, 4 dez. 2012.

CRUMP, C. Uma visão geral dos resultados de saúde em adultos após parto prematuro. **Early Human Development**, v. 150, p. 105187, 2020.

DIEMERT, A.; ARCK, P. C. Parto prematuro: patogênese e consequências clínicas revisitadas. **Seminars in Immunopathology**, v. 42, n. 4, p. 375-376, 2020.

EICHENWALD, E. C.; STARK, A. R. Management and Outcomes of Very Low Birth Weight. **New England Journal of Medicine**, v. 358, n. 16, p. 1700–1711, 17 abr. 2008.

ELY, D. M.; DRISCOLL, A. K. Infant Mortality in the United States, 2019: Data From the Period Linked Birth/Infant Death File. **National Vital Statistics Reports: From the Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Health Statistics, National Vital Statistics System**, v. 70, n. 14, p. 1–18, 1 dez. 2021.

FANAROFF, A. A.; STOLL, B. J.; WRIGHT, L. L.; CARLO, W. A.; EHRENKRANZ, R. A.; STARK, A. R.; BAUER, C. R.; DONOVAN, E. F.; KORONES, S. B.; LAPTOOK, A. R.; LIMÕES, J. A.; OH, W.; PAPILE, L.-A.; SHANKARAN, S.; STEVENSON, D. K.; TYSON, J. E.; POOLE, W. K. Trends in neonatal morbidity and mortality for very low birthweight infants. **American Journal of Obstetrics and Gynecology**, v. 196, n. 2, p. 147.e1–147.e8, fev. 2007.

FRANÇA, E. B.; LANSKY, S.; REZENDE, E. M.; MOREIRA, M. C. P.; GUIRALDI, L. M.; CORREA, P. X.; TEIXEIRA, R. A.; LOURENÇO, J. H.; SILVA, D. D.; SARDINHA, L. M. V.; LIMA, C. M. M. Causas de mortes evitáveis na infância: panorama das desigualdades regionais no Brasil. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, São Paulo, v. 20, supl. 1, p. 34–44, 2017.

IKEHARA, S.; KIMURA, T.; KAKIGANO, A.; SATO, T.; ISO, H. Association between maternal alcohol consumption during pregnancy and risk of preterm delivery: the Japan Environment and Children's Study. **BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology**, v. 126, n. 12, p. 1448–1454, 25 ago. 2019.

KENNER, C. **Enfermagem neonatal**. Rio de Janeiro: Reichmann & Affonso, 2001.

LEAL, M. do C.; ESTEVES-PEREIRA, A. P.; VIELLAS, E. F.; DOMINGUES, R. M. S. M.; GAMA, S. G. N. DA. Prenatal care in the Brazilian public health services. **Revista De Saude Publica**, v. 54, p. 08, 2020.

LYKKE, J. A.; PAIDAS, M. J.; LANGHOFF-ROOS, J. Recurring Complications in Second Pregnancy. **Obstetrics & Gynecology**, v. 113, n. 6, p. 1217–1224, jun. 2009.

MARMITT, L. P.; MACHADO, A. K. F.; CESAR, J. A. Trends in preterm birth: results from five population-based surveys in the extreme south of Brazil. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 30, n. 3, p. 305–312, mar. 2025.

MARTIN, J. A.; HAMILTON, B. E.; OSTERMAN, M. J. K.; DRISCOLL, A. K. Births: final data for 2016. **National Center for Health Statistics (NCHS)**, 2018. Disponível em: <<https://stacks.cdc.gov/view/cdc/51199>>. Acesso em: 6 mai. 2025.

MERCER, B. M.; GOLDENBERG, R. L.; MOAWAD, A. H.; MEIS, P. J.; IAMS, J. D.; DAS, A. F.; CARITIS, S. N.; MODOVNIK, M.; MENARD, M. K.; THURNAU, G. R.; DOMBROWSKI, M. P.; ROBERTS, J. M.; MCNELLIS, D. The Preterm Prediction Study: Effect of gestational age and cause of preterm birth on subsequent obstetric outcome. **American Journal of Obstetrics and Gynecology**, v. 181, n. 5, p. 1216–1221, nov. 1999.

OHUMA, E. O.; MOLLER, A.-B.; BRADLEY, E.; CHAKWERA, S.; HUSSAIN-ALKHATEEB, L.; LEWIN, A.; OKWARAJI, Y. B.; MAHANANI, W. R.; JOHANSSON, E. W.; LAVIN, T.; ESTEVEZ FERNANDEZ, D.; GATICA DOMÍNGUEZ, G.; DE COSTA, A.; CRESSWELL, J. A.; KRASEVEC, J.; LAWN, J. E.; BLENCOWE, H.; REQUEJO, J.; MORAN, A. C. National, regional, and global estimates of preterm birth in 2020, with trends from 2010: a systematic analysis. **The Lancet**, v. 402, n. 10409, p. 1261–1271, 7 out. 2023.

OLIVEIRA, R. dos S.; BRITO, M. L. S.; NETO, D. B. da C. Uma análise integral do Trabalho de Parto Prematuro. **Revista de Patologia do Tocantins**, v. 6, n. 1, p. 54–57, 6 maio 2019.

PAPAGEORGHIU, A. T.; OHUMA, E. O.; ALTMAN, D. G.; TODROS, T.; CHEIKH ISMAIL, L.; LAMBERT, A.; JAFFER, Y. A.; BERTINO, E.; GRAVETT, M. G.; PURWAR, M.; NOBLE, J. A.; PANG, R.; VICTORA, C. G.; BARROS, F. C.; CARVALHO, M.; SALOMON, L. J.; BHUTTA, Z. A.; KENNEDY, S. H.; VILLAR, J. International standards for fetal growth based on serial ultrasound measurements: the Fetal Growth Longitudinal Study of the INTERGROWTH-21st Project. **The Lancet**, v. 384, n. 9946, p. 869–879, set. 2014.

PERIN, J.; MULICK, A.; YEUNG, D.; VILLAVICENCIO, F.; LOPEZ, G.; STRONG, K. L.; PRIETO-MERINO, D.; COUSENS, S.; BLACK, R. E.; LIU, L. Global, regional, and national causes of under-5 mortality in 2000–19: an updated systematic analysis with implications for the Sustainable Development Goals. **The Lancet Child & Adolescent Health**, v. 6, n. 2, 17 nov. 2021.

PETTINGER, K. J.; COPPER, C.; BOYLE, E.; BLOWER, S.; HEWITT, C.; FRASER, L. Risk of Developmental Disorders in Children Born at 32 to 38 Weeks' Gestation: A Meta-Analysis. **Pediatrics**, v. 152, n. 6, 10 nov. 2023.

ROTTEVEEL, J.; VAN WEISSENBRUCH, M. M.; TWISK, J. W. R.; DELEMARRE-VAN DE WAAL, H. A. Infant and childhood growth patterns, insulin sensitivity, and blood pressure in prematurely born young adults. **Pediatrics**, v. 122, n. 2, p. 313–321, 1 ago. 2008.

SELVARATNAM, R. J.; SOVIO, U.; COOK, E.; GACCIOLI, F.; CHARNOCK-JONES, D. S.; SMITH, G. C. S. Objective measures of smoking and caffeine intake and the risk of adverse pregnancy outcomes. **International Journal of Epidemiology**, v. 52, n. 6, 28 set. 2023.

SHIONO, P. H.; KLEBANOFF, M. A.; RHOADS, G. G. Smoking and drinking during pregnancy. Their effects on preterm birth. **JAMA**, v. 255, n. 1, 2016.

STEPHENS, A. S.; MODDEMEIJER, R.; BRENNAN, D. J.; TRACY, S. K.; DAWSON, P. A. Survival, Hospitalization, and Acute-Care Costs of Very and Moderate Preterm Infants in the First 6 Years of Life: A Population-Based Study. **The Journal of pediatrics**, v. 169, p. 61-68.e3, 1 fev. 2016.

TEDESCO, R. P.; PASSINI, R.; CECATTI, J. G.; CAMARGO, R. S.; PACAGNELLA, R. C.; SOUSA, M. H. Estimativa da taxa de nascimentos prematuros, fatores associados e morbidade materna a partir de um inquérito demográfico e de saúde no Brasil. **Maternal and Child Health Journal**, v. 17, n. 9, p. 1638-1647, 2013.

TOMASI, E.; FERNANDES, P. A. A.; FISCHER, T.; SIQUEIRA, F. C. V.; SILVEIRA, D. S. da; THUMÉ, E.; DURO, S. M. S.; SAES, M. de O.; NUNES, B. P.; FASSA, A. G.; FACCHINI, L. A. Qualidade da atenção pré-natal na rede básica de saúde do Brasil: indicadores e desigualdades sociais. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 33, n. 3, 2017.

VICTORA, C. G. Intervenções para reduzir a mortalidade infantil pré-escolar e materna no Brasil. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 4, n. 1, p. 3–69, abr. 2001.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Born too soon: the global action report on preterm birth**. 2012. Disponível em: <https://iris.who.int/handle/10665/44864>. Acesso em: 1 mai. 2025.

XIMENES NETO, F. R. G.; LEITE, J. L.; FULY, P. dos S. C.; CUNHA, I. C. K. O.; CLEMENTE, A. de S.; DIAS, M. S. de A.; PONTES, M. A. C. Qualidade da atenção ao pré-natal na Estratégia Saúde da Família em Sobral, Ceará. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 61, n. 5, p. 595–602, out. 2008.

ZUGAIB, M. **Obstetrícia**. 3. ed. Barueri, SP: Manole, 2016.

ANEXO A

UNIVERSIDADE FEDERAL DA FRONTEIRA SUL - CAMPUS PASSO FUNDO – RS CURSO DE MEDICINA		
Título da pesquisa: Saúde da mulher e da criança no ciclo gravídico-puerperal em usuárias do Sistema Único de Saúde. Pesquisadora responsável: Shana Ginar da Silva – shana.silva@uufs.edu.br		
0.a	ID do questionário	NQUES_____
0.b	Nome do entrevistador(a)	
0.c	Nº do entrevistador(a)	
0.d	Data da entrevista: ____/____/____	
0.e	Local da entrevista: (1) UBS São Luiz Gonzaga (2) UBS Donária/Santa Marta (3) UBS São José (4) UBS Parque Farroupilha	LOCAL ____
BLOCO A - IDENTIFICAÇÃO E CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS		
1.	Qual o seu nome completo? _____	
2.	Qual é a sua idade? _____ <i>ANOS COMPLETOS</i>	IDA ____
3.	Você tem telefone para contato? TEL () _____ - <i>SE NÃO, PERGUNTE SOBRE TELEFONE PARA RECADO E ANOTE DE QUEM É</i>	TEL () _____ -
4.	Você poderia me informar o seu endereço? <i>ANOTAR COMPLETO (RUA, Nº, BAIRRO E PONTO DE REFERÊNCIA)</i>	
5.	Você se considera de que raça/cor? (1) Branca (2) Preta (3) Parda (4) Indígena (5) Amarela	COR ____
6.	Qual seu estado civil? (1) Casada/ vivendo com companheiro (2) Solteira (3) Divorciada (4) Viúva	CIV ____
6a	SE CASADA/ VIVENDO COM COMPANHEIRO: O seu marido/companheiro é o Pai do biológico do seu último filho? (1) Sim (2) Não (9) Não se aplica	PAIBIOL_
6b	SE SOLTEIRA/ OU CASO O COMPANHEIRO NÃO SEJA O PAI BIOLÓGICO: Você tem contato com o pai da criança? (1) Sim, relação amigável (2) Sim, relação conflituosa (3) Não tem contato	CPAI_
7.	Qual a sua escolaridade? (1) Ensino Fundamental Incompleto (2) Ensino Fundamental Completo (3) Ensino Médio Incompleto (4) Ensino Médio Completo (5) Ensino Superior Incompleto (6) Ensino Superior Completo	ESC ____
8.	Você trabalha atualmente? (1) Sim <i>SE SIM, trabalha com o que?</i> _____ (2) Não trabalho/ estou desempregada	TRAB ATIVIDADE _____
9.	Quantas pessoas moram no seu domicílio? _____ <i>INCLUIR A PARTICIPANTE</i>	NDOM ____
10.	Qual sua renda familiar total (em reais R\$)? <i>CONSIDERE A RENDA DE TODOS DA FAMÍLIA</i>	REND _____
11.	Quantos filhos(as) você tem?	FIL ____
12.	Quantas gestações você já teve além da última? <i>SE TEVE APENAS UMA GESTAÇÃO COLOCAR 00</i>	GESTA _____

13.	Você já sofreu abortos? (1) Sim (2) Não (9) Não sabe/não lembra	ABORT ____
13a	<i>SE SIM, quantos foram?</i>	NABORT
14.	A sua última gestação foi planejada ou você engravidou sem querer? (1) Sim (2) Não	PLA ____
BLOCO B - HÁBITOS DE VIDA E PRESENÇA DE COMORBIDADES		
15.	Você atualmente é fumante? (1) Sim (2) Não, nunca fumei. (3) Não, mas já fumei.	FUMA ____
15a	Na sua última gestação você fumou? (1) Sim (2) Não (3) Fumava, mas parou quando descobriu a gravidez	FUMOGEST _
16.	Você tem o costume de consumir bebida alcoólica? <i>ÀS VEZES/DE VEZ EM QUANDO, CONSIDERE "SIM"</i> (1) Sim (2) Não	BEBE ____
16a	Na sua última gestação você consumiu bebidas alcoólicas? (1) Sim (2) Não (3) sim, mas parou quando descobriu a gravidez	ALCGEST _
17.	Atualmente, você tem o costume de fazer atividade física no seu tempo livre? <i>ÀS VEZES/DE VEZ EM QUANDO, CONSIDERE "SIM"</i> (1) Sim. (2) Não	AF __
17a	<i>SE SIM, quantas vezes por semana? ____ EM DIAS</i>	AFVEZ _
17b	<i>SE SIM, Quanto tempo por dia? ____ EM MINUTOS</i>	AFTEMP _ _ _
17c	<i>SE SIM, Qual tipo de atividade física você faz atualmente? _____</i>	TIPOAF _
Agora vamos falar da sua atividade física na última gestação....		
18.	Sem contar sua atividade em casa ou no emprego, a Sra. fazia algum tipo de exercício físico regular nos <u>TRÊS MESES ANTES</u> da última gravidez? (1) Sim (2) Não	AFANTES _
18a	<i>SE SIM, Qual(is)?</i>	TIPOAFANTES ____
18b	<i>SE SIM, Quantas vezes por semana? ____ vezes</i>	AFANTESV _
18c	<i>SE SIM, Quanto tempo em cada vez? ____ minutos</i>	AFANTEST _
19	Sem contar sua atividade em casa ou no emprego, a Sra. fazia algum tipo de exercício físico regular nos <u>TRÊS PRIMEIROS MESES</u> da gravidez? (1) Sim (2) Não	AF1TRI _
19a	<i>SE SIM, Qual(is)?</i>	TIPOAF1TRI ____
19b	<i>SE SIM, Quantas vezes por semana? ____ vezes</i>	AF1TRIV _
19c	<i>SE SIM, Quanto tempo em cada vez? ____ minutos</i>	AF1TRITEMP _
20	Sem contar sua atividade em casa ou no emprego, a Sra. fazia algum tipo de exercício físico regular <u>DOS 4 AOS 6 MESES</u> da gravidez? (1) Sim (2) Não	AF2TRI _

20a	SE SIM, Qual(is)?	TIPOAF3TRI ____
20b	SE SIM, Quantas vezes por semana? ____ vezes	AF2TRIV_
20c	SE SIM, Quanto tempo em cada vez? ____ minutos	AF2TRITEMP_
21	Sem contar sua atividade em casa ou no emprego, a Sra. fazia algum tipo de exercício físico regular DOS 7 MESES ATÉ O FINAL da gravidez? (1) Sim (2) Não	AF3TRIM_
21a	SE SIM, Qual(is)?	TIPOAF3TRI ____
21b	SE SIM, Quantas vezes por semana? ____ vezes	AF3TRIV_
21c	SE SIM, tempo em cada vez? ____ minutos	AF3TRITEMP_
22	Quem disse como a Sra. deveria se exercitar durante a gestação? (1) Médico (2) Professor de educação física (3) Outro profissional de saúde (4) Amigo/parente (5) Ninguém (6) Outro: _____ (7) Não fez exercício na gravidez	AFACONS_ AFOUTRO ____
Agora vamos falar de algumas comorbidades...		
	Alguma vez algum médico lhe disse que você tem:	
23	Muito peso (1) Sim (2) Não (3) Não sabe/não lembra	OBE ____
24	Diabetes (não considerar diabetes gestacional) (1) Sim (2) Não (3) Não sabe/não lembra	DM ____
25	Pressão alta (1) Sim (2) Não (3) Não sabe/não lembra	HAS ____
26	Colesterol alto (1) Sim (2) Não (3) Não sabe/não lembra	COLES ____
27	Triglicerídeo alto (1) Sim (2) Não (3) Não sabe/não lembra	TRIGLI ____
28	Problema de coração (1) Sim (2) Não (3) Não sabe/não lembra	CARDI ____
29	Problema de tireoide (1) Sim (2) Não (3) Não sabe/não lembra	TIRE ____
30	Depressão (1) Sim (2) Não (3) Não sabe/não lembra	DEPRE ____
31	HIV/AIDS (1) Sim (2) Não (3) Não sabe/não lembra	HIV ____
32	Câncer (1) Sim (2) Não (3) Não sabe/não lembra	CANCER ____
32a	SE SIM, em que local do corpo?	LCAN ____
33	ATUALMENTE, você utiliza algum método contraceptivo? (1) Sim (2) Não (9) Não sabe informar	MET_
33a	SE SIM, Qual método contraceptivo você usa? (1) Contraceptivo oral (2) Contraceptivo injetável (3) DIU de cobre (4) DIU hormonal (5) Método de barreira (camisinha, diafragma). (6) Outro. Se outro qual? _____	TIPOMET_ OUTROMET ____
34	Qual seu peso atual (em kg)? ____ , ____ (9) não sabe/não lembra	PESO ____ , ____
35	Qual a sua altura (em cm)? ____ (9) não sabe/não lembra	ALT ____

BLOCO C - INFORMAÇÕES DO PRÉ-NATAL, PARTO E ÚLTIMA GESTAÇÃO		
36	Quantos anos você tinha quando engravidou do último filho? _ _	IDADULTFIL_
36a	Qual foi a idade gestacional quando você descobriu a gravidez? SEMANAS (9) Não sabe/não lembra	IDADESCO_
36b	Qual foi a sua reação com a notícia da gravidez? <i>AGUARDAR A MULHER RESPONDER E ASSINALAR A RESPOSTA CORRESPONDENTE</i>	REATGEST_
37	Na sua última gestação, você fez acompanhamento pré-natal? (1) Sim (2) Não (3) Não sabe/não lembra	PRENAT_
38	SE SIM, Quantas consultas de pré-natal você fez? _____ (9) Não sabe/não lembra	PRECONS_
39	Em qual trimestre você começou a realizar pré-natal? (1) Primeiro trimestre (2) Segundo trimestre (3) Terceiro trimestre (4) Não realizei pré-natal. (5) Não sabe/não lembra	PRETRI_
40	Em qual tipo de serviço você realizou a maior parte do seu pré-natal? (1) Público/SUS (2) privado (3) convênio (5) Não realizei pré-natal (4) Outro	SERVPRE_
41	Durante o seu pré-natal, você foi atendida por um médico especialista pelo menos uma vez? (1) Sim (2) Não (3) Não realizei pré-natal (9) Não sei/ Não lembro.	ATMEDESP_
42	Durante pré-natal, realizaram controle da sua pressão arterial? (1) Sim (2) Não (3) Não realizei pré-natal (9) Não sei/ Não lembro.	CPA_
43	Durante pré-natal, realizaram coleta de sangue? (1) Sim (2) Não (3) Não realizei pré-natal (9) Não sei/ Não lembro.	CSANGUE_
44	Durante pré-natal, realizaram coleta de urina? (1) Sim (2) Não (3) Não realizei pré-natal (9) Não sei/ Não lembro.	CURINA_
45	Você recebeu orientações sobre o aleitamento materno? (1) Sim (2) Não (3) Não realizei pré-natal (9) Não sei/ Não lembro.	OLOCAL_
46	Você recebeu orientações sobre o parto, seus direitos e local que deveria procurar? (1) Sim (2) Não (3) Não realizei pré-natal (9) Não sei/ Não lembro.	OPARTO_
47	Você foi orientada a elaborar um plano de parto? (1) Sim, e elaborei (2) Sim, mas não elaborei (3) Não (4) Não realizei pré-natal (9) Não sei/ Não lembro.	PLANOP_
Agora vamos falar de alguns dados clínicos da sua última gestação....		
48	Qual foi a data do parto? / /	DATAPART_
49	Qual a idade atual do seu filho(a)? ano meses	IDADEFIL_
50	Qual foi a idade gestacional no momento do nascimento? semanas	IG_
51	Qual foi o tipo de gestação? (1) Única (2) gemelar	TIPOGEST_
Agora vou falar sobre algumas morbidades e gostaria que você me informasse se teve alguma delas durante a sua gestação?		
52	Diabetes gestacional: (1) Sim (2) Não	DMG
52a	Já tinha diabetes <u>ANTES</u> da gestação? (1) Sim (2) Não	DMANTES_
53	Hipertensão gestacional: (1) Sim (2) Não	HASG
53a	Já tinha pressão alta <u>ANTES</u> de engravidar? (1) Sim (2) Não	PANTESG_
54	Pré-eclâmpsia: (1) Sim (2) Não	PRECLAMP_
55	Eclâmpsia: (1) Sim (2) Não	ECLAMP_
56	Síndrome de Hellp: (1) Sim (2) Não	SH_
57	Infecção do trato urinário (1) Sim (2) Não	ITU
58	Excesso de ganho de peso (1) Sim (2) Não	

59	ISTs – sífilis, clamídia, HIV, verrugas genitais (1) Sim (2) Não	IST
60	Outro: _____ Se sim, qual?	OUTRAMORB
61	Qual foi seu peso <u>AO FINAL</u> gestação? (9) Não sei/não lembro	PESOFINAL ____
62	Qual era o seu peso <u>ANTES</u> de engravidar? _____ (9) Não sei/não lembro	PESOANTES ____
63	Qual foi seu tipo de parto? (1) Cesárea (2) Vaginal (3) Vaginal com fórceps (um tipo de ferro para ajudar o bebê a nascer/a retirar o bebê da sua barriga) ou Vácuo Extrator	TIOPART ____
64	EM CASO DE CESÁREA, Quando foi decidido que o parto seria cesárea? (1) Durante o pré natal (2) Na internação do parto (3) Na sala de parto (4) Não sei/Não lembro	DECICES _
65	EM CASO DE CESÁREA, Qual foi o motivo para fazer cesárea? (1) Complicações na hora do parto. (2) Complicações da gestação. (3) A senhora quis. (4) O médico quis. (5) Foi programada durante a gravidez (6) Não sei/ Não lembro	MOTIVCES _
66	Qual foi o local do parto? (1) Hospital Público/SUS (2) Hospital Privado (3) Hospital via Convênio (4) Domiciliar	LOCPARTO ____
67	Qual foi a sua satisfação com o parto? (1) Muito ruim (2) Ruim (3) Indiferente (4) Bom (5) Muito bom	SATISFPART ____
67a	SE MUITO RUIM/RUIM, qual foi o principal motivo?	MSATISFPAR _
68	Você <u>utilizava</u> algum método contraceptivo quando engravidou nesta última gestação? (1) Sim (2) Não (9) Não sabe/não lembra	CONTPREGES _
68a	SE SIM, Qual método você utilizava quando engravidou? (1) Contraceptivo oral (2) Contraceptivo injetável (3) DIU de cobre (4) DIU hormonal (5) Método de barreira (camisinha, diafragma). (6) Outro: _____	METPREGEST METPREGESO _
68b	SE NÃO, Qual o motivo de não usar método contraceptivo? (1) A gravidez foi planejada (2) Não tinha conhecimento sobre métodos contraceptivos (3) Tinha conhecimento sobre métodos contraceptivos, mas não tinha acesso a eles (4) Tinha conhecimento sobre métodos contraceptivos, mas não achava que seria necessário (5) Outro: _____	MOTNAOMET _ OMOTNAOMET

QUESTÕES ESPECÍFICAS SOBRE VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA		
	Agora vou fazer umas perguntas e gostaria que você me dissesse o que você considera ser seu direito na hora do parto?	
69	Ter um acompanhante o tempo todo no hospital durante o parto? (1) Sim (2) Não (9) Não sabe	VACOMP
70	Escolher a posição do parto? (1) Sim (2) Não (9) Não sabe	VPOSPART
71	Ter uma doula? (1) Sim (2) Não (9) Não sabe	VDOULA
72	Receber auxílio para dor? (1) Sim (2) Não (9) Não sabe	VDOR_
73	Escolher se vai fazer a raspagem dos pelos? (1) Sim (2) Não (9) Não sabe	VPELOS_
74	Ter um plano de parto? (1) Sim (2) Não (9) Não sabe	VPLANPART
75	Negar a realização do corte na vagina? (1) Sim (2) Não (9) Não sabe	VEPISIO_
76	Você sabe o que é/ já ouviu falar em violência obstétrica? (1) Sim (2) Não	VSABEVO_____
76a	SE SIM, O que você entende por violência obstétrica?	EVO _____
77	Você, em algum momento, já sofreu violência obstétrica? (1) Sim (2) Não (3) Não sei/ Não lembro (4) Não sabe o que é violência obstétrica.	VSOFREVO_____
77a	SE SIM, Você sabia o que fazer diante da violência sofrida? (1) Sim (2) Não	VSFAZER_
77b	SE SIM, Quais as providências você tomou?	VPROVID_
77c	SE NÃO, Caso tivesse sofrido você saberia o que fazer?	VSABERIA_
78	Você considera ter vivido violência/maus tratos no parto/cesariana nascimento do seu último bebê? (1) Sim (2) Não (3) Não sei/ Não lembro.	VNASCULT_____
CASO O PARTO TENHA SIDO VAGINAL/NORMAL FAZER AS PERGUNTAS ABAIXO: → SE PARTO CESÁREA PULAR PARA QUESTÃO 94		
79	Qual foi sua a posição do parto ? (1) Deitada (com as pernas afastadas) (2) Cócoras (3) No banquinho (4) De quatro (5) Outra:	VPOSIPART OVPOSIPART_____
80	Você escolheu a posição do seu parto? (1) Sim (2) Não (9) Não sabe/não lembra	VESCPOSIPA_
81	SE NÃO, Quem escolheu sua posição de parto? (1) Médico (2) Enfermeiro (3) Doula (4) Outro: _____ (5) Não sei/não lembro	VQUEMPOSI OVQUEMPOSI_____
82	Na hora do parto, alguém apertou/subiu na sua barriga para a saída do bebê? (1) Sim (2) Não	VSUBIBAR_
83	Foi realizado um corte na vagina na hora do bebê nascer? (1) Sim (2) Não (9) Não sabe/não lembra	VCORTEV_

83a	<i>SE SIM, Você foi informada que esse corte seria feito?</i> (1) Sim (2) Não (9) Não sabe/não lembra	VINFOCORT_
83b	<i>SE SIM, Foi feita anestesia para a realização do corte?</i> (1) Sim (2) Não (9) Não sabe/não lembra	VANESTCORT_
84	Durante o trabalho de parto você foi proibida de sair da cama e caminhar pelo quarto ou corredor? (1) Sim (2) Não (9) Não sabe/não lembra	VPROIBSAIR_
85	A senhora sentiu muita dor durante o trabalho de parto? (1) Sim, um pouco (2) Sim, muita dor. (3) Não	VMUITADOR_
85a	<i>SE SIM, Você pediu algum remédio ou outra coisa para alívio da dor?</i> (1) Sim. (2) Não (9) Não sabe/não lembra	VREM_
85b	<i>SE SIM, depois de pedir algum remédio ou outra coisa para alívio da dor você teve seu pedido atendido?</i> (1) Sim (2) Não (9) Não sabe/não lembra	VPEDATEND_
86	Foi oferecido para você alguns desses itens para alívio da dor? Bola (1) Sim, e usou. (2) Sim, mas não quis usar. (3) Não.	VBOLA
87	Massagem (1) Sim, e usou. (2) Sim, mas não quis usar. (3) Não.	VMASSAG_
88	Banquinho (1) Sim, e usou. (2) Sim, mas não quis usar. (3) Não.	VBANCO
89	Outro:	OUTRO_
90	Durante o trabalho de parto, você pediu algum líquido ou alimento? (1) Sim. (2) Não (9) Não sabe/não lembra	VALIMENT_
90a	<i>SE SIM, você teve o seu pedido de alimentação/ líquido atendido?</i> (1) Sim. (2) Não (3) Não, realizei cesárea (9) Não sabe/não lembra	VALTATEND_
91	Fizeram exame de toque em você durante o trabalho de parto? (1) Sim (2) Não (9) Não sabe/não lembra	VTOQUE_
92	<i>SE SIM, O exame foi realizado por diferentes pessoas/profissionais de saúde?</i> (1) Sim (2) Não (9) Não sabe/não lembra	VPROFDIF_
93	Antes de iniciar o trabalho de parto, foi colocado algum remédio por baixo (na vagina) para entrar em trabalho de parto? (1) Sim (2) Não (3) Não sabe/Não lembra	VOCITO_
94	Algum familiar (amigo) acompanhou a senhora durante a internação e trabalho de parto? (1) Sim, a maior parte do tempo. (2) Sim, o tempo todo. (3) Não, a maternidade não permitia. (4) Não, não era permitido em virtude da covid19 (5) Outro: _____	VACOMP OUTVACOMP_
95	Sobre cuidados <u>ANTES</u> do parto: Foi feita lavagem intestinal? (1) Sim (2) Não (9) não sabe/não lembra	VLAVENT_
96	Você foi obrigada a fazer raspagem dos pelos pubianos? (1) Sim (2) Não (9) não sabe/não lembra	VRASPEL_
97	Algum profissional rompeu sua bolsa? (1) Sim (2) Não (9) Não sabe/ Não lembra	ROMPB_
98	Alguém deixou de responder alguma dúvida ou pergunta sua durante o trabalho de parto ou acompanhamento pré-natal? (1) Sim (2) Não (9) Não sabe/ Não lembra	VDUV_
99	Algum profissional gritou, xingou, humilhou ou ameaçou você durante o trabalho de parto ou acompanhamento pré-natal? (1) Sim (2) Não (9) Não sabe/ Não lembra	VHUM_
100	Algum profissional repreendeu você por chorar ou gritar durante o trabalho de parto? (1) Sim (2) Não (9) Não sabe/ Não lembra	VREPREND_
101	Algum profissional debochou ou fez piadas de você durante o trabalho de parto ou acompanhamento pré-natal? (1) Sim (2) Não (9) Não sabe/ Não lembra	VPIADA_

102	Você foi abandonada em algum momento sozinha, sem explicações e sem atendimento durante o trabalho de parto? (1) Sim (2) Não (9) Não sei/ Não lembro	VSOZ_____
103	Logo que o bebê nasceu, ainda na sala de parto, você pegou e/ou tocou nele? (1) Sim (2) Não, não deixaram. (3) Não, a criança teve alguma complicação e foi direto encaminhada para atendimento (4) Outro: (5) Não sabe/não lembra	VPELEBEB VPELEBBO_____
104	Você pode amamentar a criança logo após as primeiras horas do parto? (1) Sim (2) Não (3) Não sei/ Não lembro	VAMAPOS_____
105	Você teve COVID-19 durante a gestação? (1) Sim (2) Não	COVIDGEST_
106	SE SIM, teve alguma complicação/sequela relacionada à COVID-19 no parto ou após?	COMPLCOV_
BLOCO D - SAÚDE DA MULHER		
107	Qual foi a idade da sua menarca (primeira menstruação)? __ ANOS (9) Não sabe/não lembra	IDADMENARC_
108	Qual a idade da sexarca (idade da primeira relação sexual)? __ ANOS (9) Não sabe/não lembra	IDADSEX_
110	Durante a sua adolescência, houve ALGUMA conversa sobre mudanças corporais e sexualidade? (1) Sim (2) Não (9) Não sabe/não lembra	CSEXUAL_
111	SE SIM, Quem conversou com você sobre esses assuntos? (1) Família. Qual membro? (2) Escola (3) Unidade de saúde (4) Amigos (5) Outro:	QUEMSEXUAL_ FAMSEX_____ OUTROSEX_____
112	Como você considera a sua saúde? (1) Excelente (2) Boa (3) Regular (4) Ruim (5) Muito ruim	AUTOSAUDE_
113	Como você considera a qualidade do seu sono? (1) Excelente (2) Boa (3) Regular (4) Ruim (5) Muito ruim	AUTOSONO_
114	Alguma vez na vida você fez exame ginecológico preventivo? (1) Sim (2) Não (9) Não sei/não lembro	EXAMEPAPA_
114a	SE SIM, nos últimos 03 anos você fez pelo menos 01 exame ginecológico preventivo? (1) Sim (2) Não (9) Não sei/não lembro	PAPATRES_
114b	SE SIM, de que forma você soube da necessidade de fazer o exame?	FORMAPAPA_
114c	SE NÃO, por que você não fez o exame ginecológico preventivo?	MOTNAOPAPA_
115	Atualmente, você está grávida? (1) Sim (2) Não	GRAVIDA_____
115a	SE SIM, de quantas semanas? __ SEMANAS	G2SEM_
116	Você já participou de algum programa de planejamento familiar? (1) Sim (2) Não (9) Não sei/não lembro	PARTPLAN_
117	Algum profissional de saúde já te orientou sobre o uso de métodos contraceptivos (Incluindo instruções de uso, quais as opções existentes, quais os prós e contras de cada método contraceptivo)? (1) Sim (2) Não (9) Não sei/não lembro	ACONMETPRO_
118	Você está satisfeita com o método contraceptivo que utiliza atualmente? (1) Sim (2) Não (3) Não uso atualmente.	Planet9 Stub AET
118a	SE NÃO, porquê não está satisfeita?	INSAMET_

119	Você considera de fácil acesso, pelo SUS, o método contraceptivo que você escolheu utilizar? (1) Sim (2) Não (3) Não uso atualmente.	ACESSUSMET_
120	Algun profissional de saúde já te orientou sobre o que são e como se prevenir de IST's? (1) Sim (2) Não (9) Não sei/não lembro	ACONSIST_
121	Algun profissional de saúde já te orientou acerca da importância de cuidar da sua saúde? Como a importância de manter a higiene íntima, fazer exame citopatológico. (1) Sim (2) Não (9) Não sei/não lembro	ACONSCUID_
Agora vamos falar de alguns aspectos de saúde mental....		
122	Você já teve algum diagnóstico psiquiátrico? (1) Sim (2) Não	DIAPSI_
SE SIM, qual?		
122b	Transtorno Depressivo Maior não relacionada à gestação (1) Sim (2) Não (9) Não sei/não lembro	TDM
122c	Transtorno Depressivo na Gestação (1) Sim (2) Não (9) Não sei/não lembro	TDG
122d	Transtorno Depressivo Pós-Parto (excluir última gestação) (1) Sim (2) Não (9) Não sei/não lembro	TDPP
122e	Transtorno Ansioso (1) Sim (2) Não (9) Não sei/não lembro	TA
122f	Transtorno Afetivo Bipolar (1) Sim (2) Não (9) Não sei/não lembro	TAB_
122g	Transtorno Esquizoafetivo (1) Sim (2) Não (9) Não sei/não lembro	TE_
122h	Transtorno Obsessivo-compulsivo (1) Sim (2) Não (9) Não sei/não lembro	TOC_
122i	Transtorno de Personalidade (1) Sim (2) Não (9) Não sei/não lembro	TPERS_
122j	TDAH (1) Sim (2) Não (9) Não sei/não lembro (1) Outro: _____	TDAH_ OUTROTRANS_
123	Você já fez/ faz uso de medicamentos para dormir desde o último parto? (1) Sim, atualmente faço. (2) Sim, já fiz, mas não faço mais. (3) Não (4) Não sei/não lembro	MEDDORM_
124	Você já fez/ faz uso de medicamentos para depressão? (1) Sim, atualmente faço. (2) Sim, já fiz, mas não faço mais. (3) Não (4) Não sei/não lembro	MEDDEPRE_
125	Você tem algum familiar com histórico de transtorno mental? (1) Sim (2) Não (3) Não sei/não lembro	FAMTMC_
126	Você possui algum problema de dependência de substâncias ilícitas? (1) Sim (2) Não	DEPSUBST_
127	SE SIM, faz acompanhamento, seja na UBS ou no CAPS AD? (1) Sim (2) Não	ACOMPCAPS_
BLOCO E - SAÚDE DA CRIANÇA		
Agora vamos falar de alguns assuntos relacionados à saúde da criança....		
128	Qual idade ATUAL do seu bebê? ____ m ____ d	IDAB_

129	Qual foi o peso do bebê ao nascer a NASCER ? _____ g (9) Não sei/não lembro	PESNASC_____
130	Qual é o peso ATUAL do bebê? _____ g (9) Não sei/não lembro	PESOATUAL_
131	Qual foi o comprimento do bebê ao NASCER ? _____ cm (9) Não sei/não lembro	COMPNASC_
132	Qual é o comprimento ATUAL do seu bebê? _____ cm (9) Não sei/não lembro	COMPATUAL_
133	O seu bebê nasceu prematuro? (1) Sim (2) Não	PREMAT_____
134	O bebê precisou de internação em unidade neonatal assim que nasceu? (1) Sim (2) Não	UTI_
134a	SE SIM, por qual motivo? (9) Não sei/não lembro	MOTIVOUTI_
135	APGAR no 1': _____ (9) Não Sabe/não lembra	APGAR1_
136	APGAR no 5': _____ (9) Não Sabe/não lembra	APGAR5_
137	O bebê atualmente mama no peito? (1) Sim (2) Não	MAMAPEIT_
137a	SE NÃO, o bebê, em algum momento mamou no peito? (1) Sim (2) Não	MAMOU_
137b	SE NÃO MAMOU: Por que não mamou? _____	MOTIVNMAMA_
137c	SE SIM, Até que idade mamou no peito? ____ ano ____ meses (99) ainda mama	IDADEMAMOU_
138	O bebê já tomou fórmula infantil como Nan, Milupa, Aptamil, Pregomin? (1) Sim (2) Não	FORM_____
138a	SE SIM, Com que idade ele começou a tomar fórmula? ____ ano ____ meses	IDADFORM_
	Agora eu vou lhe dizer uma lista de alimentos e a Sra. vai me dizer se o bebê já começou a beber/comer. Se ele (a) está recebendo, eu quero saber quando começou?	
139	Água _____ m _____ d. (00) Nunca ingeriu (99) Não sei/não lembro	AGUA_
140	Leite em pó _____ m _____ d. (00) Nunca ingeriu (99) Não sei/não lembro	LEITEPO_
141	Leite de vaca _____ m _____ d. (00) Nunca ingeriu (99) Não sei/não lembro	LEITEVAC_
142	Chá _____ m _____ d. (00) Nunca ingeriu (99) Não sei/não lembro	CHA_
143	Suco _____ m _____ d. (00) Nunca ingeriu (99) Não sei/não lembro	SUCO_
144	Refrigerante _____ m _____ d. (00) Nunca ingeriu (99) Não sei/não lembro	REFRI_
145	Papa de frutas _____ m _____ d. (00) Nunca ingeriu (99) Não sei/não lembro	PAPAFRUT_
146	Papa salgada _____ m _____ d. (00) Nunca ingeriu (99) Não sei/não lembro	PAPASALG_
147	Caldos _____ m _____ d. (00) Nunca ingeriu (99) Não sei/não lembro	CALDO_
148	Sopa _____ m _____ d. (00) Nunca ingeriu (99) Não sei/não lembro	SOPA_
149	Iogurte _____ m _____ d. (00) Nunca ingeriu (99) Não sei/não lembro	IOGURT_
150	Bolacha _____ m _____ d. (00) Nunca ingeriu (99) Não sei/não lembro	BOLACH_
151	Pão _____ m _____ d. (00) Nunca ingeriu (99) Não sei/não lembro	PAO_
152	Ovo _____ m _____ d. (00) Nunca ingeriu (99) Não sei/não lembro	OVO_
153	Carne _____ m _____ d. (00) Nunca ingeriu (99) Não sei/não lembro	CARNE_
154	Massa _____ m _____ d. (00) Nunca ingeriu (99) Não sei/não lembro	MASSA_
155	Legumes _____ m _____ d. (00) Nunca ingeriu (99) Não sei/não lembro	LEGUM_
156	Arroz _____ m _____ d. (00) Nunca ingeriu (99) Não sei/não lembro	ARROZ_
157	Outro? _____ m _____ d. (00) Nunca ingeriu (99) Não sei/não lembro	OUTROAL_
Sobre as vacinas, o seu bebê já tomou:		
PEÇA PARA VER A CADERNETA DE VACINAÇÃO DA CRIANÇA		
158	AO NASCER BCG ID (1) Sim (2) Não (4) Não sei/não lembro/ sem carteirinha	BCG

159	Hepatite B (1) Sim (2) Não (4)Não sei/não lembro/ sem carteirinha	HEPBNASC
<i>AOS 2 MESES (PENTA = Hepatite B + Tríplice Bacteriana + Haemophilus Influenzae)</i>		
160	Hepatite B (1) Sim (2) Não (3)Não se aplica (4)Não sei/não lembro/ sem carteirinha	HEPB2_
161	DTP/DTPa (Tríplice Bacteriana) (1) Sim (2) Não (3) Não se aplica (4)Não sei/não lembro/ sem carteirinha	DTPA2_
162	Hib (Haemophilus influenzae) (1) Sim (2) Não (3) Não se aplica (4)Não sei/não lembro/ sem carteirinha	HIB2_
163	Rotavírus (1) Sim (2) Não (3)Não se aplica (4)Não sei/não lembro/ sem carteirinha	ROTA2_
164	VOP/VIP (Poliomielite) (1) Sim (2) Não (3) Não se aplica (4)Não sei/não lembro/ sem carteirinha	VOP2_
165	Pneumocócica conjugada (1) Sim (2) Não (3) Não se aplica (4)Não sei/não lembro/ sem carteirinha	PNEMO2_
<i>AOS 3 MESES</i>		
166	Meningocócica conjugada C e ACWY (1) Sim (2) Não (3)Não se aplica (4)Não sei/não lembro/sem carteirinha	MENINGOC3_
167	Meningocócica B recombinante (1) Sim (2) Não (3)Não se aplica (4)Não sei/não lembro/ sem carteirinha	MENINGOB3_
<i>AOS 4 MESES, REFORÇOU: (PENTA = Hepatite B + Tríplice Bacteriana + Haemophilus Influenzae)</i>		
168	Hepatite B (1) Sim (2) Não (3)Não se aplica (4)Não sei/não lembro/ sem carteirinha	HEPB4_
169	DTP/DTPa (Tríplice Bacteriana) (1) Sim (2) Não (3)Não se aplica (4)Não sei/não lembro/ sem carteirinha	DTPA4_
170	Hib (Haemophilus influenzae) (1) Sim (2) Não (3)Não se aplica (4)Não sei/não lembro/ sem carteirinha	HIB4_
171	Rotavírus (1) Sim (2) Não (3)Não se aplica (4)Não sei/não lembro/ sem carteirinha	ROTA4_
172	VOP/VIP (Poliomielite) (1) Sim (2) Não (3)Não se aplica (4)Não sei/não lembro/ sem carteirinha	VOP4_
173	Pneumocócica conjugada (1) Sim (2) Não (3)Não se aplica (4)Não sei/não lembro/ sem carteirinha	PNEUMO4_
<i>AOS 5 MESES, REFORÇOU:</i>		
174	Meningocócica conjugada C e ACWY (1) Sim (2) Não (3)Não se aplica (4)Não sei/não lembro/sem carteirinha	MENINGOC5_
175	Meningocócica B recombinante (1) Sim (2) Não (3)Não se aplica (4)Não sei/não lembro/ sem carteirinha	MENINGOB5_
<i>AOS 6 MESES, REFORÇOU: (PENTA = Hepatite B + Tríplice Bacteriana + Haemophilus Influenzae)</i>		
176	Hepatite B (1) Sim (2) Não (3)Não se aplica (4)Não sei/não lembro/ sem carteirinha	HEPATB6
177	DTP/DTPa (Tríplice Bacteriana) (1) Sim (2) Não (3)Não se aplica (4)Não sei/não lembro/ sem carteirinha	DTPA6_
178	Hib (Haemophilus influenzae) (1) Sim (2) Não (3)Não se aplica (4)Não sei/não lembro/ sem carteirinha	HIB6_
179	VOP/VIP (Poliomielite) (1) Sim (2) Não (3)Não se aplica (4)Não sei/não lembro/ sem carteirinha	VOP6_
180	Pneumocócica conjugada (1) Sim (2) Não (3)Não se aplica (4)Não sei/não lembro/ sem carteirinha	PNEUMO6
<i>AOS 7-11 MESES</i>		
181	Febre Amarela (1) Sim (2) Não (3)Não se aplica (4)Não sei/não lembro/ sem carteirinha	FEBRE7_
<i>AOS 12 MESES, REFORÇOU:</i>		
182	Pneumocócica conjugada (1) Sim (2) Não (3)Não se aplica (4)Não sei/não lembro/ sem carteirinha	PNEUMO12_
183	Meningocócica conjugada C e ACWY (1) Sim (2) Não (3)Não se aplica (4)Não sei/não lembro/ sem carteirinha	MENINGOC12
184	Meningocócica B recombinante (1) Sim (2) Não (3)Não se aplica (4)Não sei/não lembro/ sem carteirinha	MENINGOB12
Agora vamos falar sobre a periodicidade de consultas médicas realizadas pelo seu bebê nos 2 primeiros anos de vida....		
185	1 semana (1) Sim (2) Não (3) Não se aplica (4)Não sei/não lembro	SEM_
186	1 mês (1) Sim (2) Não (3) Não se aplica (4)Não sei/não lembro	MES1_
187	2 meses (1) Sim (2) Não (3) Não se aplica (4)Não sei/não lembro	MES2_
188	4 meses (1) Sim (2) Não (3) Não se aplica (4)Não sei/não lembro	MES4_
189	6 meses (1) Sim (2) Não (3) Não se aplica (4)Não sei/não lembro	MES6_
190	9 meses (1) Sim (2) Não (3) Não se aplica (4)Não sei/não lembro	MES9_
191	12 meses (1) Sim (2) Não (3) Não se aplica (4)Não sei/não lembro	MES12_
192	18 meses (1) Sim (2) Não (3) Não se aplica (4)Não sei/não lembro	MES18_
193	24 meses (1) Sim (2) Não (3) Não se aplica (4)Não sei/não lembro	MES24_
Agora vamos falar sobre tempo de tela e desenvolvimento infantil		

194	Atualmente o (a) <NOME DA CRIANÇA> vê televisão ? (0) Não (1) Sim (2) TV está sempre ligada (9) ignorada <i>SE NÃO OU IGNORADO, ir para a questão 198</i>	TV ____
194a	SE SIM, A partir de qual idade <NOME DA CRIANÇA> começou a ver televisão? ____ (meses)	IDATV
194b	Quais os programas/ desenhos que o (a) <NOME DA CRIANÇA> assiste na TELEVISÃO? (assinalar todos que a criança assiste) 1. _____ 2. _____ 3. _____	PROTV1 ____ PROTV2 ____ PROTV3 ____
195	Quanto tempo<NOME DA CRIANÇA> vê televisão pela manhã? ____ minutos	TPTVM ____
196	Quanto tempo <NOME DA CRIANÇA> vê televisão pela tarde? ____ minutos	TPTVT
197	Quanto tempo<NOME DA CRIANÇA> vê televisão pela noite? ____ minutos	TPTVN ____
198	Atualmente o (a) <NOME DA CRIANÇA> usa celular, tablets/ipad, computador? (0) Não (1) Sim (9) ignorada <i>SE NÃO OU IGNORADO, ir para a questão 198</i>	DISP ____
198a	SE SIM, A partir de qual idade <NOME DA CRIANÇA> começou a usar esses dispositivos? ____ (meses)	IDADISP ____
198b	Quais os programas/ desenhos que o (a) <NOME DA CRIANÇA> assiste nesses dispositivos? (assinalar todos que a criança assiste) 1. _____ 2. _____ 3. _____	PRODISP1 ____ PRODISP2 ____ PRODISP3 ____
199	Quanto tempo<NOME DA CRIANÇA> usa esses dispositivos pela manhã? ____ minutos	TPDISPM ____
200	Quanto tempo <NOME DA CRIANÇA> usa esses dispositivos pela tarde? ____ minutos	TPDISPT ____
201	Quanto tempo<NOME DA CRIANÇA> usa esses dispositivos pela noite? ____ minutos	TPDISPN ____
FICHA DE ACOMPANHAMENTO DESENVOLVIMENTO INFANTIL		
Com quantos meses o seu filho começou a <i>(PEÇA PARA MÃE A CARTEIRINHA PARA CONFIRMAR ALGUNS ITENS SE POSSÍVEL, SE NÃO PERGUNTE PARA MÃE)</i> ATÉ OS SEIS MESES		
202	Postura barriga para cima, pernas e braços fletidos, cabeça lateralizada) ____ (meses) (99) não sabe/sem informação	FLEX ____
203	Olha para a pessoa que a observa ____ (meses) (99) não sabe/sem informação	OBS ____
204	Reage ao som, procura com os olhos ou muda de expressão ____ (meses) (99) não sabe/sem informação	SOMO ____
205	Com a criança de barriga para baixo, ela eleva a cabeça ____ (meses) (99) não sabe/sem informação	ELEVVC
206	Sorri quando estimulada ____ (meses) (99) não sabe/sem informação	SORSOC
207	Abre as mãos espontaneamente em alguns momentos ____ (meses) (99) não sabe/sem informação	ABREMS

208	Emite sons, que não seja choro ____ (meses) (99) não sabe/sem informação	SONS
209	Movimenta os braços e pernas ____ (meses) (99) não sabe/sem informação	MOVMM ____
210	Responde ao contato social ____ (meses) (99) não sabe/sem informação	SOCIAL ____
211	Segura objetos ____ (meses) (99) não sabe/sem informação	SEGOBJ ____
212	Emite sons, como gugu, eeee ou emite gargalhadas (ri alto) ____ (meses) (99) não sabe/sem informação	RIALTO
213	De barriga para baixo, levanta a cabeça e apoia-se nos antebraços ____ (meses) (99) não sabe/sem informação	SUSTCAB ____
214	Busca ativa de objetos ____ (meses) (99) não sabe/sem informação	BUSCOBJ ____
215	Leva objetos a boca ____ (meses) (99) não sabe/sem informação	OBJBOCA
216	Localiza som, virando a cabeça ____ (meses) (99) não sabe/sem informação	SOMCAB ____
217	Rola (muda de posição) ____ (meses) (99) não sabe/sem informação	ROLA
6 MESES - 1 ANO E 6 MESES		
218	Brinca de esconde-achou ____ (meses) (99) não sabe/sem informação	ESCACH
219	Transfere objeto de uma mão para outra ____ (meses) (99) não sabe/sem informação	TROCAM ____
220	Duplica sílabas (mama, dada, papa) ____ (meses) (99) não sabe/sem informação	DUPSIL
221	Senta-se sem apoio ____ (meses) (99) não sabe/sem informação	SENTA ____
2022	Imita gestos (tchau, bater palmas) ____ (meses) (99) não sabe/sem informação	TCHAU
2023	Faz movimento de pinça (pega um objeto pequeno com movimento de pinça) ____ (meses) (99) não sabe/sem informação	PINCA ____
2024	Produz conversas consigo mesma (incompreensível) ____ (meses) (99) não sabe/sem informação	CONVER ____
2025	Anda com apoio ____ (meses) (99) não sabe/sem informação	ANDAAP
2026	Mostra o que quer ____ (meses) (99) não sabe/sem informação	MOSTRA
2027	Coloca blocos na caneca (objetos dentro de outros) ____ (meses) (99) não sabe/sem informação	OBJDENT ____
2028	Diz uma palavra ____ (meses) (99) não sabe/sem informação	UMAPALA
2029	Anda sem apoio ____ (meses) (99) não sabe/sem informação	ANDASOZ ____
230	Usa colher ou garfo (derramando pouco) ____ (meses) (99) não sabe/sem informação	TALHER ____
231	Constrói torres com 2 cubos ____ (meses) (99) não sabe/sem informação	TORRE2C
232	Fala 3 palavras ____ (meses) (99) não sabe/sem informação	TRESPALA
233	Anda para trás ____ (meses) (99) não sabe/sem informação	ANDATRAS
1 ANO E MEIO – 2 ANOS		
234	Tira a roupa (sapato, casacos, calça) ____ (meses) (99) não sabe/sem informação	TIRARROUP ____
235	Constrói torre com 3 cubos ____ (meses) (99) não sabe/sem informação	TORRE3C ____
236	Aponta 2 figuras (reconhece) ____ (meses) (99) não sabe/sem informação	APONT2F ____
237	Chuta bola sem apoio ____ (meses) (99) não sabe/sem informação	CHUTA
Responda as questões abaixo sobre comportamento do seu filho(a)		
CRIANÇAS COM IDADE MAIOR IGUAL 16 MESES <i>SE NÃO FOR UM COMPORTAMENTO FREQUENTE A RESPOSTA É NÃO</i> (M-CHAT-R/F)TM		
238	Se você apontar para algum objeto no quarto, o seu filho(a) olha para este objeto? <i>(POR EXEMPLO, se você apontar para um brinquedo ou animal, o seu filho(a) olha para o brinquedo ou para o animal?)</i> (0) Sim (1) Não (9) Ignorado	OBJAPONT
239	Alguma vez você se perguntou se o seu filho(a) pode ser surdo? (0) Sim (1) Não (9) Ignorado	DIFAUD
240	O seu filho (a) brinca de faz de contas? <i>(POR EXEMPLO, faz de conta que bebe em um copo vazio, faz de conta que fala ao telefone, faz de conta que dá comida a uma boneca ou a um bichinho de pelúcia?)</i> (0) Sim (1) Não (9) Ignorado	FAZCONT ____

UNIVERSIDADE FEDERAL DA FRONTEIRA SUL - CAMPUS PASSO FUNDO – RS		
Título da pesquisa: Saúde da mulher e da criança no ciclo gravídico-puerperal em usuárias do Sistema Único de Saúde.		
ID do Questionário	NQUES ____	
Nº do entrevistador(a)		
Data da entrevista: ____/____/____		
Local da entrevista: (1) UBS São Luiz Gonzaga (2) UBS Donária/Santa Marta (3) UBS São José (4) UBS Parque Farroupilha	LOCAL ____	
ESCALA AUTOAPLICADA DE DEPRESSÃO PÓS-PARTO DE EDIMBURGO (EPDS)		
Você teve um bebê há pouco tempo e gostaríamos de saber como você está e sentindo nos ÚLTIMOS SETE DIAS...		
1	Eu tenho me sentido capaz de rir e achar graça das coisas (0) Como eu sempre fiz (1) Não tanto quanto antes (2) Sem dúvida, menos que antes (3) De jeito nenhum	RIR__
2	Eu sinto prazer quando penso no que está por acontecer no meu dia-a-dia. (0) Como sempre senti (1) Talvez, menos que antes (2) Com certeza menos (3) De jeito nenhum	PRA __
3	Eu tenho me culpado sem necessidade quando as coisas saem errado (3) Sim, na maioria das vezes (2) Sim, algumas vezes (1) Não muitas vezes (0) Não, nenhuma vez	CUL__
4	Eu tenho me sentindo ansiosa ou preocupada sem uma boa razão (0) Não, de maneira alguma (1) Pouquíssimas vezes (2) Sim, algumas vezes (3) Sim, muitas vezes	ANS__
5	Eu tenho me sentido assustada ou em pânico sem um bom motivo (3) Sim, muitas vezes (2) Sim, algumas vezes (1) Não muitas vezes (0) Não, nenhuma vez	PAN__
6	Eu tenho me sentido esmagada pelas tarefas e acontecimentos do meu dia-a-dia (3) Sim, na maioria dos dias não consigo lidar bem com eles (2) Sim. Algumas vezes não consigo lidar tão bem quanto antes (1) Não. Na maioria das vezes consigo lidar bem com eles (0) Não. Eu consigo lidar com eles tão bem quanto antes	ESM__
7	Eu tenho me sentido tão infeliz que tenho dificuldade para dormir (3) Sim, na maioria das vezes (2) Sim, algumas vezes (1) Não muitas vezes (0) Não, nenhuma vez	DOR__
8	Eu tenho me sentido triste ou arrasada (3) Sim, na maioria das vezes (2) Sim, algumas vezes (1) Não muitas vezes (0) Não, nenhuma vez	TRI__
9	Eu tenho me sentido tão infeliz que eu tenho chorado (3) Sim, quase o tempo todo (2) Sim, muitas vezes (1) De vez em quando (0) Não, nenhuma vez	CHO__
10	A ideia de fazer mal a mim mesma passou por minha cabeça (3) Sim, muitas vezes, ultimamente (2) Algumas vezes nos últimos dias (1) Pouquíssimas vezes, ultimamente (0) Nenhuma vez	MAL__

ANEXO B

UNIVERSIDADE FEDERAL DA
FRONTEIRA SUL - UFFS



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DA EMENDA

Título da Pesquisa: SAÚDE DA MULHER E DA CRIANÇA NO CICLO GRAVÍDICO-PUERPERAL EM USUÁRIAS DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

Pesquisador: SHANA GINAR DA SILVA

Área Temática:

Versão: 4

CAAE: 62903222.8.0000.5564

Instituição Proponente: UNIVERSIDADE FEDERAL DA FRONTEIRA SUL - UFFS

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 6.871.168

Apresentação do Projeto:

A Emenda trata do pedido para o aumento do tamanho amostral e da inclusão de novas variáveis no instrumento de coleta de dados.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

- Avaliar indicadores de saúde materna e infantil no ciclo gravídico-puerperal em usuárias do Sistema Único de Saúde, assim como os fatores sociodemográficos, clínicos e comportamentais associados.

Objetivo Secundário:

- Avaliar a prevalência de adequação da assistência pré-natal, assim como a relação entre assistência adequada com características maternas (idade, escolaridade e cor da pele) e do recém-nascido (peso ao nascer e idade gestacional).

- Estimar a proporção de mulheres que realizam aleitamento materno exclusivo.

- Investigar a ocorrência de morbidades maternas como diabetes gestacional e pré-eclâmpsia. -Avaliar a prevalência de realização do rastreio para câncer de mama e de colo de útero.

- Avaliar a cobertura vacinal no ciclo gravídico puerperal.

- Investigar fatores relacionados ao planejamento familiar.

- Estimar a prevalência de hábitos de vida como tabagismo, álcool e prática de atividade no

Endereço: Rodovia SC 484 Km 02, Fronteira Sul - Bloco da Biblioteca - sala 310, 3º andar

Bairro: Área Rural

CEP: 89.815-899

UF: SC

Município: CHAPECÓ

Telefone: (49)2049-3745

E-mail: cep.uffs@uffs.edu.br

Continuação do Parecer: 6.871.168

lazer.

- Estimar a prevalência de fatores de risco para doenças cardiovasculares.
- Estimar a proporção de violência obstétrica que possa ter ocorrido durante o ciclo gravídico-puerperal em mulheres usuárias do Sistema Único de Saúde.
- Estimar a proporção de depressão pós-parto na amostra analisada.
- Estimar a proporção do uso excessivo de tempo de tela e a associação dessa exposição com o desenvolvimento infantil da criança.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

Em posse do termo de ciência e concordância por parte da Secretaria Municipal de Saúde de Passo Fundo, o projeto será enviado para avaliação do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da UFFS (CEP -UFFS), conforme resolução 466/2012. A pesquisa iniciará somente após a aprovação por este comitê. As participantes que se enquadrarem nos critérios de inclusão do estudo serão convidadas a participar da pesquisa. Caso houver o aceite das mesmas, as participantes de idade 17 anos, deverão assinar o Termo de Assentimento para os menores alfabetizados e os pais ou responsáveis o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) dos pais ou responsáveis consentindo a participação dos menores. E as participantes com idade $\geq$ 18 anos deverão assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Esses documentos devem ser assinados voluntariamente, em duas vias, onde uma via ficará com o participante e a outra com a pesquisadora. Os participantes terão o direito de retirar seu consentimento a qualquer momento da pesquisa, sem qualquer penalidade. O usuário que escolher não participar do estudo não sofrerá qualquer restrição e seu atendimento no serviço será mantido. Em relação aos participantes, os princípios éticos serão assegurados por meio de participação no estudo somente após leitura e assinatura dos Termos de Consentimento Livre e Esclarecido e de Assentimento, de garantir o direito de não participar na pesquisa sem prejuízo do atendimento na ESF e da desistência em qualquer fase do estudo, além de garantir o sigilo sobre os dados coletados, de forma a preservar a identificação dos participantes. Quanto aos riscos, há o risco de exposição accidental da identificação das participantes. Visando minimizar esse risco, e para garantir o sigilo e a privacidade dos participantes, os dados de identificação do participante serão substituídos por um número nos instrumentos de coleta de dados. Caso haja quebra de sigilo, e vazamento de informações o estudo será interrompido, a participante será informada sobre o ocorrido, assim como o local de coleta de dados (UBS e SMS). Ainda, há

Endereço: Rodovia SC 484 Km 02, Fronteira Sul - Bloco da Biblioteca - sala 310, 3º andar

Bairro: Área Rural

CEP: 89.815-899

UF: SC

Município: CHAPECÓ

Telefone: (49)2049-3745

E-mail: cep.uffs@uffs.edu.br

o risco emocional e de constrangimento. De modo a minimizar esse risco, a entrevista será realizada em local reservado garantindo a privacidade da participante. Além disso, a participante será informada que poderá interromper e deixar de responder qualquer pergunta do questionário de pesquisa e, caso seja necessário, poderá ser encaminhada para atendimento psicológico na rede de saúde.

Benefícios:

Como principal benefício, a partir do decorrer da entrevista será possível que a participante identifique e reconheça as principais práticas de promoção, cuidado e atenção à saúde materna e infantil. Além disso, a comunidade poderá ser indiretamente beneficiada, pois através das informações obtidas, será possível identificar e discutir ações para validar leis e políticas públicas, no âmbito do SUS, na Atenção Básica, que proponham ações educativas para a troca de saberes entre os profissionais de saúde e mulheres, para esclarecimento de dúvidas, críticas e promoção da saúde, sendo possível repensar nas estratégias de assistência ao pré-natal e a saúde materna e infantil. A devolutiva dos resultados da pesquisa para às instituições envolvidas por meio da entrega de uma cópia física impressa em papel das publicações científicas, como por exemplo, artigos em revistas e resumos em anais de eventos nos quais serão divulgados os resultados do projeto. Para as participantes a devolutiva será a partir de cartilhas informativas sobre os temas abordados. Os dados físicos serão armazenados em local seguro e privativo em sala específica na UFFS, Campus Passo Fundo, sala 014, destinada aos trabalhos científicos, por cinco anos e posterior a isso serão destruídos através de incineração. Os arquivos digitais serão armazenados no computador da pesquisadora responsável, com login e senha, de acesso restrito, e após os cinco anos de armazenamento os arquivos serão deletados de forma permanente (esvaziamento da lixeira do computador).

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

O pedido de Emenda trata do aumento do tamanho amostral e da inclusão de novas variáveis no instrumento de coleta de dados com a justificativa de que, para alguns dos desfechos avaliados, em especial aqueles de menor prevalência, o tamanho amostral inicialmente estimado não teve poder estatístico na análise das associações realizadas.

Levando em conta os resultados já alcançados durante o estudo, a ampliação é necessária para aumentar a precisão estatística e o poder do estudo. Os resultados preliminares indicam que a amostra atual pode não capturar adequadamente toda a gama de variação presente na

Endereço: Rodovia SC 484 Km 02, Fronteira Sul - Bloco da Biblioteca - sala 310, 3º andar

Bairro: Área Rural

CEP: 89.815-899

UF: SC

Município: CHAPECO

Telefone: (49)2049-3745

E-mail: cep.uffs@uffs.edu.br

população-alvo. Ao aumentar o tamanho da amostra, busca-se reduzir o efeito dessa variabilidade, proporcionando estimativas mais precisas dos parâmetros de interesse.

Quanto a inclusão das novas variáveis, o tempo de tela se tornou uma preocupação crescente no que diz respeito ao desenvolvimento infantil. O uso excessivo pode acarretar uma série de consequências negativas para as crianças, sendo associado a problemas de saúde física e mental, como obesidade, distúrbios do sono, ansiedade e depressão. Além disso, pode interferir no desenvolvimento cognitivo, social e emocional das crianças, limitando suas habilidades de interação social, comunicação e imaginação. Portanto, é indiscutível a importância de estudar e compreender os impactos do tempo de tela no desenvolvimento infantil. Ao compreender melhor os efeitos do tempo de tela, pode-se tomar medidas proativas para mitigar os impactos negativos. Todas as modificações, tanto no instrumento como no corpo do texto estão detalhadas na nova versão do projeto, e estão transcritas a seguir:

1. Novo cálculo de tamanho amostral:

A definição do novo cálculo amostral, para este estudo, foi realizada em duas etapas: (a) inicialmente foi realizado um cálculo para estudo de prevalência considerando os seguintes parâmetros: (1) prevalência esperada de 20%; (2) margem de erro de 5 pontos percentuais. Em uma segunda etapa, para o (b) estudo de associação entre desfecho e exposição de interesse foram adotados os seguintes critérios: (1) nível de confiança de 95%; (2) frequência esperada do desfecho em não expostos de 10% (3) poder de 80% considerando uma razão de expostos/não expostos=1,5, e RP de 2. No estudo de associações, foi adicionado um aumento de 15% para perdas e recusas, e para controle de possíveis fatores de confusão. Assim, o maior tamanho de amostra necessário para o estudo foi de n=455 participantes.

2. Variáveis adicionadas no estudo:

Bloco G do instrumento de coletas

¿ Variáveis sobre desenvolvimento infantil

¿ Variáveis sobre uso de tela

¿ Variáveis sobre história médica pregressa das crianças

3. Inclusão de objetivo e hipótese para as novas variáveis incluídas: Estimar a proporção do uso

Endereço: Rodovia SC 484 Km 02, Fronteira Sul - Bloco da Biblioteca - sala 310, 3º andar

Bairro: Área Rural

CEP: 89.815-899

UF: SC

Município: CHAPECÓ

Telefone: (49)2049-3745

E-mail: cep.uffs@uffs.edu.br

Continuação do Parecer: 6.871.168

excessivo de tempo de tela e a associação dessa exposição com o desenvolvimento infantil da criança. A proporção do uso de tempo de tela excessivo será alta na amostra e essa exposição estará associada a um atraso no desenvolvimento infantil da criança.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Termos sem alterações. Nada a declarar

Folha de rosto: adequado

DECLARAÇÃO DE CIÊNCIA E CONCORDÂNCIA DAS INSTITUIÇÕES ONDE SERÃO COLETADOS OS
DADOS: adequado

TCLE - Termo de consentimento livre e esclarecido (para maiores de 18 anos) adequado

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE) PAIS E RESPONSÁVEIS LEGAIS -

IDADE 17 ANOS: adequado

Recomendações:

Nada a declarar.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Aprovado.

Não há pendências e/ou inadequações éticas, baseando-se nas Resoluções 466/2012 e 510/2016, do Conselho Nacional de Saúde, e demais normativas complementares. Logo, uma vez que foram procedidas pelo/a pesquisador/a responsável todas as correções apontadas pelo parecer consubstanciado de número 4.097.470, o Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal da Fronteira Sul (CEP/UFFS) julga o protocolo de pesquisa adequado para, a partir da data deste novo parecer consubstanciado, agora de APROVAÇÃO, iniciar as etapas de coleta de dados e/ou qualquer outra que pressuponha contato com os/as participantes.

Considerações Finais a critério do CEP:

Prezado (a) Pesquisador(a)

Endereço: Rodovia SC 484 Km 02, Fronteira Sul - Bloco da Biblioteca - sala 310, 3º andar

Bairro: Área Rural

CEP: 89.815-899

UF: SC

Município: CHAPECO

Telefone: (49)2049-3745

E-mail: cep.uffs@uffs.edu.br

Continuação do Parecer: 6.871.168

A partir desse momento o CEP passa a ser corresponsável, em termos éticos, do seu projeto de pesquisa e vide artigo X.3.9. da Resolução 466 de 12/12/2012.

Fique atento(a) para as suas obrigações junto a este CEP ao longo da realização da sua pesquisa. Tenha em mente a Resolução CNS 466 de 12/12/2012, a Norma Operacional CNS 001/2013 e o Capítulo III da Resolução CNS 251/1997. A página do CEP/UFFS apresenta alguns pontos no documento "Deveres do Pesquisador".

Lembre-se que:

1. No prazo máximo de 6 meses, a contar da emissão deste parecer consubstanciado, deverá ser enviado um relatório parcial a este CEP (via NOTIFICAÇÃO, na Plataforma Brasil) referindo em que fase do projeto a pesquisa se encontra. Veja modelo na página do CEP/UFFS. Um novo relatório parcial deverá ser enviado a cada 6 meses, até que seja enviado o relatório final.
2. Qualquer alteração que ocorra no decorrer da execução do seu projeto e que não tenha sido prevista deve ser imediatamente comunicada ao CEP por meio de EMENDA, na Plataforma Brasil. O não cumprimento desta determinação acarretará na suspensão ética do seu projeto.
3. Ao final da pesquisa deverá ser encaminhado o relatório final por meio de NOTIFICAÇÃO, na Plataforma Brasil. Deverá ser anexado comprovação de publicização dos resultados. Veja modelo na página do CEP/UFFS.

Em caso de dúvida:

Contate o CEP/UFFS: (49) 2049-3745 (8:00 às 12:00 e 14:00 às 17:00) ou cep.uffs@uffs.edu.br;

Contate a Plataforma Brasil pelo telefone 136, opção 8 e opção 9, solicitando ao atendente suporte Plataforma Brasil das 08h às 20h, de segunda a sexta;

Contate a "central de suporte" da Plataforma Brasil, clicando no ícone no canto superior direito da página eletrônica da Plataforma Brasil. O atendimento é online.

Boa pesquisa!

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_2356445_E1.pdf	04/06/2024 11:17:52		Aceito
Outros	Emenda_PSMC_junho2024.pdf	04/06/2024	SHANA GINAR DA	Aceito

Endereço: Rodovia SC 484 Km 02, Fronteira Sul - Bloco da Biblioteca - sala 310, 3º andar

Bairro: Área Rural

CEP: 89.815-899

UF: SC

Município: CHAPECO

Telefone: (49)2049-3745

E-mail: cep.uffs@uffs.edu.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DA
FRONTEIRA SUL - UFFS



Continuação do Parecer: 6.871.168

Outros	Emenda_PSMC_junho2024.pdf	11:16:54	SILVA	Aceito
Outros	QUES_SMCemenda_JUN24.pdf	04/06/2024 11:15:38	SHANA GINAR DA SILVA	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	projetoSMC_emenda_jun2024.pdf	04/06/2024 11:14:38	SHANA GINAR DA SILVA	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_Saude_Mulher_e_da_Crianca.p df	01/11/2022 10:38:03	NATASHA CECILIA SILVA VILELA	Aceito
Outros	Anexo_Carta_Pendencias.pdf	01/11/2022 10:37:39	NATASHA CECILIA SILVA VILELA	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_PAIS_E_RESPONSABLEIS_modif icado.pdf	12/10/2022 13:00:49	NATASHA CECILIA SILVA VILELA	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_modificado.pdf	12/10/2022 13:00:38	NATASHA CECILIA SILVA VILELA	Aceito
Outros	Instrumento_de_Coleta_de_Dados.pdf	12/10/2022 13:00:07	NATASHA CECILIA SILVA VILELA	Aceito
Folha de Rosto	Folha_de_Rosto.pdf	02/09/2022 08:46:07	NATASHA CECILIA SILVA VILELA	Aceito
Declaração de concordância	Autorizacao_Pesquisa_SMS.pdf	01/09/2022 17:45:49	SHANA GINAR DA SILVA	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TALE.pdf	01/09/2022 17:42:34	SHANA GINAR DA SILVA	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

CHAPECO, 06 de Junho de 2024

Assinado por:
Izabel Aparecida Soares
(Coordenador(a))

Endereço: Rodovia SC 484 Km 02, Fronteira Sul - Bloco da Biblioteca - sala 310, 3º andar

Bairro: Área Rural

CEP: 89.815-899

UF: SC

Município: CHAPECO

Telefone: (49)2049-3745

E-mail: cep.uffs@uffs.edu.br

2.2 RELATÓRIO DE PESQUISA

A presente pesquisa, intitulada “Prevalência e fatores associados à prematuridade em usuárias do Sistema Único de Saúde”, objetiva analisar a prevalência e os fatores relacionados à ocorrência de partos prematuros entre mulheres atendidas na Atenção Primária em Saúde.

O projeto foi desenvolvido no componente curricular (CCR) de Trabalho de Curso I, durante o primeiro semestre de 2025, tendo sido continuado no segundo semestre do mesmo ano (Trabalho de Curso II) e finalizado no primeiro semestre de 2026 (Trabalho de Curso III). Em todos os períodos, o projeto esteve sob orientação da Prof.^a Dr.^a Shana Ginar da Silva, além de ter sido coorientado pela Prof.^a Dr.^a Giovana Paula Bonfantti Donato a partir do segundo semestre de 2025. Ainda, o presente estudo trata-se de um recorte da pesquisa denominada “Saúde da mulher e da criança no ciclo gravídico-puerperal em usuárias do Sistema Único de Saúde”, que já havia sido aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos (CEP) da Universidade Federal da Fronteira Sul (UFFS) quando foi escrito esse projeto, sob o número de parecer 6.871.168 (Anexo B).

A coleta de dados do projeto maior ao qual essa pesquisa está vinculada incluiu duas etapas de coleta, sendo a primeira etapa realizada no período de dezembro de 2022 a agosto de 2023, e a segunda etapa, de ampliação do tamanho da amostra, foi realizada de junho a dezembro de 2024. A estimativa inicial de 455 participantes não foi alcançada devido à saturação dos dados nas Unidades Básicas de Saúde inicialmente selecionadas.

Os dados foram obtidos por meio da aplicação de um questionário confeccionado especialmente para a pesquisa, conforme anexo A do presente projeto. As entrevistas foram realizadas presencialmente por discentes do curso de medicina, previamente treinados para essa função. A pesquisa ocorreu em Unidades Básicas de Saúde do município de Passo Fundo (Donária/Santa Marta, Farroupilha, São Luiz Gonzaga e São José), abrangendo mulheres que possuíam filhos com idade inferior a 24 meses, os quais estavam em acompanhamento de puericultura nos territórios envolvidos. A acadêmica e autora deste trabalho, ainda antes de escrevê-lo, já atuava como voluntária na coleta de dados no ano de 2024.

O conjunto inicial do estudo era composto por 382 participantes. Para as análises do presente projeto foram excluídos os questionários que não haviam sido

respondidos pela mãe, bem como aqueles que apresentavam dados faltantes (*missing*) referentes ao desfecho de interesse, resultando em uma amostra de 378 mulheres. Além disso, participantes que tiveram gestação gemelar foram excluídas da maior parte das análises – exceto na investigação específica sobre a relação entre gestação gemelar e prematuridade – totalizando uma amostra de 367 mulheres.

Após a coleta, os dados foram duplamente digitados no programa EpiData versão 3.1 (distribuição livre). A análise estatística, que ocorreu inicialmente no programa de análises estatísticas PSPP (distribuição livre), incluiu a descrição da amostra e a verificação da prevalência do desfecho de interesse, parto prematuro, com intervalo de confiança de 95% (IC95). Além disso, foi analisada a relação da prematuridade com as variáveis preditoras (fatores sociodemográficos, comportamentais e clínicos), que foi avaliada pelo teste do qui-quadrado, admitindo-se erro α de 5% e considerando significativos os valores de $p < 0,05$.

Após, ainda foi feita uma segunda análise estatística, no programa Stata versão 12.1 (College Station, TX: StataCorp LLC; licença nº 30120 505989). As associações brutas e ajustadas foram estimadas por regressão de Poisson com variância robusta, com cálculo das razões de prevalência (RP) e respectivos intervalos de confiança de 95% (IC95%). A análise ajustada seguiu modelo hierárquico, com variáveis sociodemográficas no nível distal, comportamentais no nível intermediário e clínicas/obstétricas no nível proximal. Permaneceram no modelo variáveis com $p \leq 0,20$ na análise bruta e aquelas com relevância teórica.

Após a conclusão da análise de dados, por fim, o artigo científico intitulado “Prevalência e fatores associados à prematuridade em usuárias da Atenção Primária à Saúde” foi redigido, entre os meses de março a julho de 2026, em vigência do CCR de Trabalho de Curso III. Foi seguido o formato proposto pela “Revista Brasileira de Saúde Materno-Infantil”, na qual pretende-se publicá-lo (disponível em: <<https://www.rbsmi.org.br/journal/7>>).

3 ARTIGO CIENTÍFICO

PREVALÊNCIA E FATORES ASSOCIADOS À PREMATURIDADE EM USUÁRIAS DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

PREVALENCE AND FACTORS ASSOCIATED WITH PREMATURITY IN PRIMARY HEALTH CARE USERS

Kelly de Almeida Schläger¹

kelly.schlager@estudante.uffs.edu.br

Giovana Paula Bonfantti Donato²

giovana.donato@uffs.edu.br

Shana Ginar da Silva³

shana.silva@uffs.edu.br

^{1,2,3} Universidade Federal da Fronteira Sul. Rua Capitão Araújo, 20. Passo Fundo, Rio Grande do Sul, Brasil. CEP: 99.010-200.

¹ Acadêmica curso de Medicina da Universidade Federal da Fronteira Sul - campus Passo Fundo, RS.

² Docente do Curso de Medicina da Universidade de Passo Fundo e da Universidade Federal da Fronteira Sul, campus Passo Fundo, RS e Coordenadora do Serviço de Ginecologia e Obstetrícia do Hospital São Vicente de Paulo, Passo Fundo, RS.

³ Docente do Programa de Pós-Graduação em Ciências Biomédicas (PPGCB), dos Programas de Residência Médica e Multiprofissional em Saúde e do Curso de Medicina da Universidade Federal da Fronteira Sul, campus Passo Fundo, RS.

RESUMO

Objetivo: Determinar a prevalência de parto prematuro e identificar fatores associados em usuárias da Atenção Primária à Saúde. **Métodos:** Estudo transversal realizado entre dezembro de 2022 e dezembro de 2024 com mulheres ≥ 12 anos e filhos de até 24 meses, acompanhadas em cinco Unidades Básicas de Saúde de Passo Fundo, RS. Os dados foram coletados por entrevistas presenciais. O desfecho foi parto prematuro autorrelatado. As exposições analisadas foram variáveis

sociodemográficas, comportamentais, clínicas maternas e relacionadas ao pré-natal. Foram realizadas análises descritivas e bivariadas (teste do qui-quadrado, $p < 0,05$) e regressão de Poisson com razões de prevalência brutas e ajustadas. **Resultados:** Participaram 367 puérperas, predominantemente de 20 a 34 anos, com presença relevante de comorbidades, baixa prática de atividade física e adequada cobertura de pré-natal. A prevalência de prematuridade foi de 12,3% (IC95%: 9,1–16,1). Na análise ajustada, associaram-se ao desfecho: menor escolaridade (≥ 10 anos como fator protetor; RP=0,47; IC95%: 0,27–0,83), maior renda (tercil intermediário RP=2,28; IC95%: 1,04–5,04; tercil superior RP=3,33; IC95%: 1,51–7,34), < 6 consultas pré-natais (RP=2,84; IC95%: 1,34–6,07), ≥ 2 comorbidades pré-gestacionais (RP=2,51; IC95%: 1,31–4,80), pré-eclâmpsia (RP=3,46; IC95%: 1,32–9,07) e ganho de peso gestacional excessivo (RP=0,45; IC95%: 0,22–0,94). **Conclusão:** A prematuridade apresentou magnitude relevante e esteve associada principalmente a fatores clínicos e à inadequação do pré-natal, reforçando a necessidade de qualificar o cuidado na Atenção Primária, a fim prevenir a prematuridade e as complicações decorrentes dela. **Palavras-chave:** nascimento prematuro; cuidado pré-natal; atenção primária à saúde; saúde materno-infantil.

ABSTRACT

Objective: To determine the prevalence of preterm birth and identify associated factors in users of Primary Health Care. **Methods:** A cross-sectional study was conducted between December 2022 and December 2024 with women ≥ 12 years old and children up to 24 months old, followed up at five Basic Health Units in Passo Fundo, RS. Data were collected through face-to-face interviews. The outcome was self-reported preterm birth. The exposures analyzed were sociodemographic, behavioral, maternal clinical, and prenatal-related variables. Descriptive and bivariate analyses (chi-square test, $p < 0.05$) and Poisson regression with crude and adjusted prevalence ratios were performed. **Results:** 367 postpartum women participated, predominantly aged 20 to 34 years, with a significant presence of comorbidities, low levels of physical activity, and adequate prenatal care coverage. The prevalence of prematurity was 12.3% (95% CI: 9.1–16.1). In the adjusted analysis, the following were associated with the outcome: lower education (≥ 10 years as a protective factor; PR=0.47; 95% CI: 0.27–0.83), higher income (intermediate tertile PR=2.28; 95% CI:

1.04–5.04; upper tertile PR=3.33; 95% CI: 1.51–7.34), <6 prenatal visits (PR=2.84; 95% CI: 1.34–6.07), ≥ 2 pre-gestational comorbidities (PR=2.51; 95% CI: 1.31–4.80), pre-eclampsia (PR=3.46; 95% CI: 1.32–9.07) and excessive gestational weight gain (PR=0.45; 95% CI: 0.22–0.94). **Conclusion:** Prematurity was of significant magnitude and was mainly associated with clinical factors and inadequate prenatal care, reinforcing the need to improve care in Primary Health Care in order to prevent prematurity and its resulting complications.

Keywords: premature birth; prenatal care; primary health care; maternal and child health.

INTRODUÇÃO

O nascimento prematuro, definido como aquele que ocorre antes de 37 semanas completas de gestação, constitui um importante problema de saúde pública e representa uma das principais causas de morbimortalidade neonatal e infantil. [1,2] A imaturidade fisiológica do recém-nascido prematuro aumenta a vulnerabilidade a complicações clínicas imediatas e tardias, com repercussões sobre o desenvolvimento neuropsicomotor, a qualidade de vida e a sobrevivência infantil. [3] Estima-se que, em 2020, aproximadamente 13,4 milhões de nascimentos tenham ocorrido de forma prematura em todo o mundo, com cerca de 900 mil óbitos infantis atribuídos a complicações desse agravo. [1, 2]

No Brasil, a prematuridade permanece como um desafio relevante, apesar dos avanços na assistência obstétrica e neonatal. Aproximadamente 11% dos nascimentos ocorrem antes do termo, configurando-se como uma das principais causas de mortalidade neonatal no país. Na Região Sul, as taxas mantêm-se relativamente estáveis e inferiores à média nacional. Entretanto, o estado do Rio Grande do Sul apresenta historicamente os maiores índices regionais, alcançando 12,87% em 2022, valor superior à média nacional, o que reforça a necessidade de análises contextualizadas, mesmo em regiões com maior cobertura assistencial. [4]

A literatura aponta que a etiologia do nascimento prematuro é multifatorial, envolvendo fatores biológicos, clínicos, sociodemográficos, comportamentais e assistenciais. Entre os fatores mais frequentemente associados destacam-se a idade materna, raça/cor, escolaridade, renda familiar, paridade, histórico de parto prematuro, presença de comorbidades crônicas, tabagismo, nível de atividade física,

bem como aspectos relacionados à qualidade e à adequação do acompanhamento pré-natal. [9,10] Parte desses fatores é passível de intervenção no âmbito da Atenção Primária à Saúde (APS), sobretudo por meio da qualificação do cuidado pré-natal.

A Atenção Primária à Saúde ocupa posição estratégica no cuidado à saúde materna, sendo responsável pelo acompanhamento longitudinal da gestação, pela identificação precoce de fatores de risco e pela coordenação do cuidado ao longo do ciclo gravídico-puerperal. [5] Apesar dessa centralidade, ainda são limitados os estudos que investigam, de forma integrada, a prevalência do nascimento prematuro e os fatores associados no contexto da APS, especialmente em níveis locais. Assim, o objetivo do estudo é estimar a prevalência de nascimento prematuro e identificar os fatores sociodemográficos, comportamentais e clínicos associados entre mulheres atendidas na Atenção Primária à Saúde.

MATERIAIS E MÉTODOS

Trata-se de um estudo epidemiológico transversal, que constitui um recorte do projeto de pesquisa intitulado *“Saúde da mulher e da criança no ciclo gravídico-puerperal em usuárias do Sistema Único de Saúde”*, institucionalizado na Universidade Federal da Fronteira Sul (UFFS), *campus* Passo Fundo, Rio Grande do Sul. O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da UFFS (parecer nº 5.761.013). A pesquisa foi desenvolvida no município de Passo Fundo, RS, no âmbito da Atenção Primária à Saúde, abrangendo Unidades Básicas de Saúde localizadas nos bairros Parque Farroupilha, São Luiz Gonzaga, São José, Santa Marta e Donária, as quais são cenários de prática do Curso de Medicina da UFFS-PF. A coleta de dados ocorreu entre dezembro de 2022 e dezembro de 2024.

A população-alvo foi constituída por mulheres assistidas na Atenção Primária à Saúde do município. Foram incluídas mulheres com idade igual ou superior a 12 anos, que possuíam filhos com até 24 meses de idade e que se encontravam em acompanhamento de puericultura nas unidades participantes. Foram excluídas as mulheres com deficiência cognitiva que impossibilitasse a compreensão dos objetivos do estudo ou a manifestação de consentimento. A seleção das participantes foi do tipo não probabilística, por conveniência.

A participação no estudo foi voluntária, após assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), em duas vias. No caso de participantes

menores de 18 anos, obteve-se o consentimento por meio da assinatura do TCLE pelos pais ou responsáveis legais, acrescido da assinatura do Termo de Assentimento pelas adolescentes alfabetizadas.

A coleta de dados foi realizada por meio de entrevistas estruturadas, conduzidas por acadêmicos previamente capacitados, nas dependências das Unidades Básicas de Saúde. Utilizou-se um questionário composto por cinco blocos temáticos: (A) identificação e características sociodemográficas; (B) hábitos de vida e presença de comorbidades; (C) informações sobre o pré-natal, parto e última gestação; (D) saúde da mulher; e (E) saúde da criança. Adicionalmente, aplicou-se a Escala de Depressão Pós-Parto de Edimburgo (Edinburgh Postnatal Depression Scale – EPDS), de forma autoadministrada. Para o presente estudo, foram utilizadas variáveis provenientes dos blocos A, B e C.

O desfecho de interesse foi o nascimento prematuro, autorrelatado pelas mães. As variáveis independentes incluíram características sociodemográficas, comportamentais, clínicas maternas e aspectos relacionados ao acompanhamento pré-natal.

Foram analisadas as seguintes variáveis sociodemográficas: idade materna ao início da gestação, cor da pele autorreferida, estado civil, escolaridade e renda domiciliar *per capita*, dividida em tercís (sendo que os limites dos tercís foram: T1: 0-1.729; T2: 1730- 3000; T3: > 3.000). Quanto aos aspectos comportamentais, avaliaram-se: tabagismo durante a gestação, consumo de álcool em algum momento da gestação, prática de atividade física nos três meses anteriores à gravidez e prática de atividade física em pelo menos 1 trimestre da gestação.

Em relação às condições clínicas maternas, investigaram-se: histórico de aborto, número de comorbidades pré-gestacionais (considerando obesidade, hipertensão arterial, diabetes, histórico de depressão, dislipidemia, cardiopatia, doença de tireoide, AIDS e câncer), diabetes gestacional, hipertensão gestacional, pré-eclâmpsia e ganho de peso gestacional. Quanto à assistência pré-natal, foi analisado o número de consultas realizadas.

Para as análises deste estudo, foram excluídas as gestações gemelares, os questionários não respondidos pela mãe e aqueles com dados faltantes na variável desfecho (nascimento prematuro). A exclusão das gestações múltiplas justificou-se pela distinta fisiopatologia e pelo elevado risco basal de prematuridade nesses casos, o que evitaria viés nas análises dos fatores maternos.

Os dados foram submetidos à dupla digitação no programa EpiData versão 3.1 (distribuição livre), seguida de validação para identificação e correção de inconsistências. A análise estatística foi realizada inicialmente no software PSPP versão 3 (distribuição livre) e complementada no Stata versão 12.1 (College Station, TX: StataCorp LLC; licença nº 30120 505989).

Realizou-se análise descritiva da amostra, com apresentação de frequências absolutas e relativas. A prevalência de nascimento prematuro foi estimada com intervalo de confiança de 95% (IC95%), calculado pelo método exato de Clopper-Pearson. A associação entre o desfecho (parto prematuro) e as variáveis independentes foi inicialmente avaliada na análise bivariada por meio do teste do qui-quadrado de Pearson, adotando-se nível de significância de 5% ($p < 0,05$).

As associações entre as variáveis independentes e o parto prematuro foram estimadas por regressão de Poisson com variância robusta, com cálculo das razões de prevalência brutas e ajustadas (RP) e respectivos intervalos de 95% de confiança (IC95%). A análise ajustada foi conduzida segundo modelo hierárquico, em que as variáveis sociodemográficas compuseram o nível distal, as variáveis comportamentais num nível medial e as variáveis clínicas/obstétricas no nível proximal. Variáveis com $p \leq 0,20$ na análise bruta e aquelas consideradas relevantes com base em plausibilidade teórica foram mantidas nos modelos ajustados.

RESULTADOS

A amostra total do estudo foi composta por 382 participantes entrevistadas, das quais foram excluídos 15 registros, sendo 2 por questionários não respondidos pela mãe, 3 por dados incompletos no desfecho e 10 por gestação gemelar. Assim, a amostra final analisada foi composta por 367 mulheres.

Quanto às características sociodemográficas, a maioria das participantes encontrava-se na faixa etária de 20 a 34 anos ao início da gestação (67,8%), enquanto 12,0% tinham 35 anos ou mais. Predominaram as mulheres que se autodeclararam brancas (51,2%), seguida das pardas (38,1%;). Em relação ao estado civil, 73,3% declararam-se casadas ou em união estável, o restante declarou-se solteira, viúva ou divorciada. Quanto à escolaridade, 29,4% possuíam até 9 anos de estudo e 70,6% tinham 10 anos ou mais. A maioria das participantes (37,69%) apresentava renda

domiciliar per capita dentro do tercil 2, correspondente aos valores de 1730 a 3000 reais (Tabela 1).

Em relação aos aspectos reprodutivos e comportamentais, 62,0% relataram gestação não planejada. O tabagismo durante a gestação foi referido por 12,7% das mulheres, e o consumo de bebida alcoólica no período gestacional por 5,8%. A prática de atividade física nos três meses anteriores à gestação foi relatada por 35,8% das mulheres e durante a gravidez 27,9% praticaram atividade física em pelo menos um trimestre (Tabela 1).

Tabela 1. Caracterização sociodemográfica e comportamental de uma amostra de mulheres atendidas na Atenção Primária à Saúde. Passo Fundo, RS, 2025 (n= 367).

Variáveis	n	%
Idade materna ao início da gestação		
< 20 anos	74	20,20
20-34 anos	248	67,80
≥ 35 anos	44	12,00
Cor da pele		
Branca	188	51,2
Preta	36	9,80
Parda	140	38,10
Indígena	1	0,30
Estado Civil		
Casada/União estável	269	73,30
Outro	98	26,70
Escolaridade		
Até 9 anos de estudo	108	29,40
10 anos ou mais	259	70,60
Renda domiciliar per capita		
T1	117	35,56
T2	124	37,69
T3	88	26,75
Tabagismo durante a gestação		
Sim	46	12,70
Não	316	87,30
Consumo de álcool em algum momento da gestação		
Sim	21	5,80
Não	342	94,20
Atividade física nos 3 meses antes da gravidez		
Sim	131	35,80
Não	235	64,20
Atividade física durante a gestação (≥1 trimestre)		
Sim	102	27,90
Não	263	72,10

A variável com maior número de missing foi Renda domiciliar per capita (missing=38).

Quanto aos antecedentes obstétricos e condições clínicas maternas, 21,4% relataram histórico de aborto prévio. As prevalências de condições pré-gestacionais foram: obesidade (17,5%), hipertensão arterial (18,0%), diabetes (1,6%) e histórico de depressão (15,8%). Pouco mais da metade das participantes (53,8%) não apresentava comorbidades, 29,0% possuíam uma e 17,2% tinham duas ou mais (Tabela 2).

No que se refere à assistência pré-natal, 74,5% iniciaram o acompanhamento no primeiro trimestre, 93,0% realizaram seis ou mais consultas e 92,9% foram acompanhadas pelo serviço público de saúde. As intercorrências gestacionais observadas foram: diabetes gestacional (10,9%), hipertensão gestacional (26,8%) e pré-eclâmpsia (12,0%) (Tabela 2).

Tabela 2. Caracterização clínica de uma amostra de mulheres atendidas na Atenção Primária à Saúde. Passo Fundo, RS, 2025 (n= 367).

Variáveis	n	%
Histórico de aborto prévio		
Sim	78	21,4
Não	287	78,6
Obesidade pré-gestacional		
Sim	64	17,5
Não	301	82,5
Diabetes pré-gestacional		
Sim	6	1,6
Não	359	98,4
Hipertensão arterial pré-gestacional		
Sim	66	18,0
Não	300	82,0
Histórico de depressão		
Sim	58	15,8
Não	308	84,2
Número de comorbidades pré-gestacionais		
Não possui	197	53,8
1 comorbidade	106	29,0
2 ou mais comorbidades	63	17,2
Número de consultas de pré-natal		
6 ou mais	333	93,0
Menos que 6	25	7,0
Tipo de serviço de pré-natal		
Público	338	92,9
Privado/convênio	26	7,1
Diabetes gestacional		

Sim	40	10,9
Não	327	89,1
Hipertensão gestacional		
Sim	98	26,8
Não	268	73,2
Pré-eclâmpsia		
Sim	44	12,0
Não	322	88,0
Ganho de peso gestacional		
Insuficiente	67	22,3
Adequado	55	18,3
Excessivo	179	59,5
Parto prematuro		
Sim	45	12,3
Não	322	87,7

A variável com maior número de missing foi Número de consultas de pré-natal (missing=9).

Em relação ao nascimento prematuro, foi observada uma prevalência de 12,3% (IC95%: 9,1 – 16,1) na amostra estudada.

A Tabela 3 apresenta a análise bivariada da ocorrência de nascimento prematuro segundo características sociodemográficas, comportamentais e clínicas maternas. Observou-se relação estatisticamente significativa com as seguintes variáveis: histórico de aborto prévio ($p = 0,037$); prática de atividade física nos três meses anteriores à gestação ($p = 0,018$); prática de atividade física durante a gestação (em pelo menos um trimestre) ($p = 0,058$); diabetes pré-gestacional ($p = 0,027$); hipertensão arterial pré-gestacional ($p = 0,001$); presença de comorbidade ($p = 0,006$); número de consultas de pré-natal ($p = 0,002$); diabetes gestacional ($p = 0,036$); hipertensão gestacional ($p = 0,012$) e pré-eclâmpsia ($p < 0,001$).

Tabela 3. Prevalência de parto prematuro em uma amostra de mulheres atendidas na Atenção Primária à Saúde, de acordo com características sociodemográficas, comportamentais e clínicas. Passo Fundo, RS, 2025 ($n = 367$).

Variáveis	Parto prematuro		Parto à termo		p*
	n	%	n	%	
Idade materna ao início da gestação					0,089
< 20 anos	5	6,8	69	93,2	
20-34 anos	31	12,5	217	87,5	
≥ 35 anos	9	20,5	35	79,5	
Cor da pele					0,348
Branca	26	13,8	162	86,2	
Preta/Parda/Indígena/Amarela	19	10,6	160	89,4	
Estado Civil					0,723

Casada/União estável	32	11,9	237	88,1	
Outro	13	13,3	85	86,7	
Escolaridade					0,097
Até 9 anos de estudo	18	16,7	90	83,3	
10 anos ou mais	27	10,4	232	89,6	
Renda domiciliar per capta					0,181
T1	10	8,55	107	91,45	
T2	17	13,71	107	86,29	
T3	15	17,05	73	82,95	
Tabagismo durante a gestação					0,540
Sim	7	15,2	39	84,8	
Não	38	12,0	278	88,0	
Consumo de álcool em algum momento da gestação					0,730**
Sim	3	14,3	18	85,7	
Não	41	12,0	301	88,0	
Atividade física nos 3 meses antes da gravidez (autorreferida)					0,018
Sim	9	6,9	122	93,1	
Não	36	15,3	199	84,7	
Atividade física durante a gestação (≥1 trimestre - autorreferida)					0,058
Sim	7	6,9	95	93,1	
Não	37	14,1	226	85,9	
Histórico de aborto					0,037
Sim	15	19,2	63	80,8	
Não	30	10,5	257	89,5	
Número de comorbidades pré-gestacionais					0,006
Não possui	17	8,6	180	91,4	
1 comorbidade	13	12,3	93	87,7	
2 ou mais comorbidades	15	23,8	48	76,2	
Número de consultas de pré-natal					0,002
6 ou mais	36	10,8	297	89,2	
Menos de 6	8	32,0	17	68,0	
Diabetes gestacional					0,036
Sim	9	22,5	31	77,5	
Não	36	11,0	291	89,0	
Hipertensão gestacional					0,012
Sim	19	19,4	79	80,6	
Não	26	9,7	242	90,3	
Pré-eclâmpsia					>0,001
Sim	14	31,8	30	68,2	
Não	31	9,6	291	90,4	
Ganho de peso gestacional					0,097
Insuficiente	12	17,9	55	82,1	
Adequado	9	16,4	46	83,6	
Excessivo	16	8,9	163	91,1	

*Teste qui-quadrado de Pearson; **Teste exato de Fisher. A variável com maior número de missing foi Renda domiciliar per capta (missing=38).

Os resultados da regressão de Poisson para os fatores associados à prematuridade são apresentados na tabela 4. Na análise bruta apresentaram significância estatística com o desfecho, as variáveis: idade materna ≥ 35 anos (RP = 3,03; IC95%: 1,08-8,47); atividade física nos 3 meses antes da gravidez (RP = 0,45; IC95%: 0,22-0,90); menos de 6 consultas de pré-natal (RP = 2,96; IC95%: 1,54-5,67); 2 ou mais comorbidades pré-gestacionais (RP = 2,76; IC95%: 1,46-5,20); histórico de abortos (RP = 1,84; IC95%: 1,04-3,25); diabetes gestacional (RP = 2,04; IC95%: 1,06-3,93); hipertensão gestacional (RP = 2,00; IC95%: 1,16-3,45); pré-eclâmpsia (RP = 3,30; IC95%: 1,91-5,71).

Após ajuste para potenciais fatores de confusão, permaneceram significativamente associados à prematuridade: escolaridade materna ≥ 10 anos (RP = 0,47; IC95%: 0,27–0,83); renda domiciliar per capita, com maior prevalência nos tercis intermediário (RP = 2,28; IC95%: 1,04–5,04) e superior (RP = 3,33; IC95%: 1,51–7,34), em comparação ao tercil inferior; menos de 6 consultas de pré-natal (RP = 2,84; IC95%: 1,34–6,07); presença de duas ou mais comorbidades pré-gestacionais (RP = 2,51; IC95%: 1,31–4,80); pré-eclâmpsia (RP = 3,46; IC95%: 1,32–9,07); ganho de peso gestacional excessivo (RP = 0,45; IC95%: 0,22–0,94).

Tabela 4. Análise bruta e ajustada da associação entre o parto prematuro e fatores sociodemográficos, clínicos e comportamentais em mulheres usuárias da atenção primária à saúde. Passo Fundo, RS.

	Análise bruta		Análise ajustada	
	RP (IC95%)	p	RP (IC95%)	p
Idade materna ao início da gestação		0,025		0,051
< 20 anos	1,00		1,00	
20-34 anos	1,85 (0,75-4,59)		1,80 (0,71-4,57)	
≥ 35 anos	3,03 (1,08-8,47)		2,51 (0,93-6,77)	
Cor da pele		0,351		0,512
Branca	1,00		1,00	
Não branca	0,77 (0,44-1,34)		0,83 (0,47-1,46)	
Estado Civil		0,723		0,057
Casada/União estável	1,00		1,00	
Outro	1,12 (0,61-2,04)		1,97 (0,98-3,98)	
Escolaridade		0,096		0,009
Até 9 anos de estudo	1,00		1,00	
10 anos ou mais	0,63 (0,36-1,09)		0,47 (0,27-0,83)	
Renda domiciliar per capita (tercis)		0,063		0,002
T1	1,00		1,00	
T2	1,60 (0,77-3,36)		2,28 (1,04-5,04)	

T3		1,99 (0,94-4,26)	3,33 (1,51-7,34)	
Tabagismo durante a gestação		0,536		0,680
Não		1,00	1,00	
Sim		1,27 (0,60-2,67)	0,85 (0,39-1,86)	
Consumo de álcool em algum momento da gestação		0,752		0,468
Não		1,00	1,00	
Sim		1,19 (0,40-3,54)	1,47 (0,52-4,19)	
Atividade física nos 3 meses antes da gravidez		0,025		0,188
Não		1,00	1,00	
Sim		0,45 (0,22-0,90)	1,83 (0,74-4,53)	
Atividade física durante a gestação (≥1 trimestre)		0,070		0,646
Não		1,00	1,00	
Sim		0,49 (0,22-1,06)	0,80 (0,31-2,07)	
Número de consultas de pré-natal		0,001		0,007
6 ou mais		1,00	1,00	
Menos de 6		2,96 (1,54-5,67)	2,84 (1,34-6,07)	
Número de comorbidades pré gestacionais		0,003		0,009
Nenhuma		1,00	1,00	
1		1,42 (0,72-2,81)	1,37 (0,68-2,77)	
2 ou mais		2,76 (1,46-5,20)	2,51 (1,31-4,80)	
Histórico de aborto		0,035		0,127
Não		1,00	1,00	
Sim		1,84 (1,04-3,25)	1,76 (0,85-3,62)	
Diabetes gestacional		0,032		0,610
Sim		2,04 (1,06-3,93)	0,80 (0,35-1,91)	
Não		1,00	1,00	
Hipertensão gestacional		0,013		0,761
Sim		2,00 (1,16-3,45)	0,84 (0,27-2,56)	
Não		1,00	1,00	
Pré-eclâmpsia		<0,001		0,012
Sim		3,30 (1,91-5,71)	3,46 (1,32-9,07)	
Não		1,00	1,00	
Ganho de peso gestacional		0,052		0,031
Insuficiente		1,09 (0,50-2,41)	0,72 (0,30-1,71)	
Adequado		1,00	1,00	
Excessivo		0,55 (0,26-1,17)	0,45 (0,22-0,94)	

RP: razão de prevalência; IC95%: intervalo de confiança AF: atividade física.

*modelo hierárquico de ajuste, 1º nível: idade, cor da pele, estado civil, escolaridade e renda. 2º nível: comportamentais (fumo, álcool e atividade física) n° consultas pré-natal morbididades pré-gestacionais. 3º nível: aborto prévio, morbididades gestacionais e ganho de peso gestacional.

DISCUSSÃO

O presente estudo observou uma prevalência de nascimento prematuro de 12,3% (IC95%: 9,1 – 16,1) entre mulheres atendidas na Atenção Primária à Saúde de Passo Fundo, RS. Esse resultado é semelhante aos índices registrados no Rio Grande do Sul em 2022 (12,86%) e 2023 (12,6%), segundo dados do Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (SINASC), e compatível com a média nacional, que tem se mantido entre 11,1% e 11,9% nos últimos anos. [4,6]

A prevalência encontrada é consistente com outros estudos brasileiros realizados na Região Sul do país. Estudo de coorte realizado em Pelotas, RS, demonstrou aumento progressivo da prematuridade de 5,8% em 1982 para 13,8% em 2015, evidenciando tendência crescente nas últimas décadas. [7] Da mesma forma, estudo em hospital de referência para gestações de alto risco, em Santa Cruz do Sul, RS, incluindo atendimentos pelo SUS, plano de saúde e particular, encontrou prevalência de 11,65%, valor igualmente compatível com o intervalo de confiança observado neste estudo. [8]

Em comparação com estimativas globais (9,9% em 2020) e com a média histórica da Região Sul (10,57% a 11,85%), os valores observados mostram-se sobrepostos ao intervalo de confiança da presente pesquisa, não sendo possível afirmar diferença estatisticamente relevante [1, 4]. Essa prevalência pode estar relacionada ao perfil da amostra, composta predominantemente por usuárias da rede pública de saúde, frequentemente expostas a maior carga de fatores de risco clínicos e sociais [9].

Ressalta-se que a prevalência de 12,3% se refere à análise principal, na qual foram excluídas as gestações gemelares devido ao seu elevado risco basal de prematuridade e fisiopatologia distinta. Quando incluídas, a prevalência aumentou para 13,3%, evidenciando o impacto desse grupo sobre a estimativa global. Observou-se que 50% das gestações gemelares resultaram em parto prematuro na análise bivariada ($p = 0,001$), em consonância com a literatura que demonstra risco de prematuridade 6 a 10 vezes maior em gestações múltiplas. [9] Sua exclusão, portanto, contribui para maior precisão na identificação de fatores maternos associados em gestações únicas.

A complexidade da prematuridade envolve a interação de fatores clínicos, sociodemográficos, comportamentais e relacionados à assistência pré-natal. No

presente estudo, realizado em usuárias da Atenção Primária, a prevalência observada indica que, mesmo em um cenário de acesso ao pré-natal, persistem vulnerabilidades que contribuem para taxas similares ou superiores às encontradas em dados populacionais estaduais.

Entre as variáveis maternas analisadas, a idade materna não permaneceu associada à prematuridade após ajuste multivariado, apesar de associação observada na análise bruta para idade ≥ 35 anos, sugerindo efeito de confundimento. Embora a literatura demonstre associação consistente entre extremos de idade materna e prematuridade, a perda de significância neste estudo pode refletir limitações metodológicas, devendo esse resultado ser interpretado com cautela. [10]

Por outro lado, a escolaridade materna de 10 anos ou mais de estudo associou-se à redução de 53% no risco de parto prematuro na análise ajustada (RR = 0,47; IC95% 0,27-0,83). Destaca-se que essa associação se tornou estatisticamente significativa apenas após o ajuste multivariado, não tendo sido observada na análise bruta nem na bivariada. Esse padrão sugere a presença de confundimento negativo, no qual outros fatores podem ter mascarado o efeito protetor da escolaridade nas análises não ajustadas. Esse achado é consistente com a literatura nacional e internacional, que consistentemente identifica a maior escolaridade materna como fator de proteção contra a prematuridade. Tal associação é frequentemente mediada por melhor acesso e qualidade do pré-natal, menor prevalência de infecções e melhor controle de condições como hipertensão arterial na gestação. [11] No presente estudo, a categorização de ≥ 10 anos de escolaridade representa um marco relevante no contexto educacional brasileiro, correspondendo ao nível de ensino médio incompleto ou completo. Esse nível educacional pode refletir maior autonomia no uso dos serviços de saúde, compreensão de orientações e adequação ao cuidado pré-natal adequado.

O estudo também observou associação positiva entre renda e prematuridade após ajuste multivariado, com maior prevalência nos tercis intermediário (RP=2,28; IC95% 1,04–5,04) e superior (RP=3,33; IC95% 1,51–7,34) em relação ao tercil inferior. Esse achado contrasta com a literatura internacional, que consistentemente demonstra maior risco em populações de menor nível socioeconômico. [12] A ausência de associação nas análises bivariada e bruta, com significância emergindo apenas após ajuste multivariado, pode sugerir confundimento. Além disso, a amostra restrita a usuárias do sistema público de saúde pode ter reduzido a variabilidade socioeconômica, limitando o poder discriminatório da variável

renda. Em populações com acesso universal à saúde, diferenças de renda podem não refletir adequadamente disparidades em acesso ou qualidade do cuidado. [13] Estudos prévios identificaram que, em populações de maior renda, a prematuridade total elevada pode estar associada a maior frequência de partos eletivos (cesariana indicada), enquanto a prematuridade espontânea permanece mais prevalente em contextos de vulnerabilidade. A ausência dessa estratificação no presente estudo limita a interpretação dos achados. [14,15] Assim, o resultado deve ser interpretado com cautela, podendo refletir limitações metodológicas e não uma relação causal direta, sendo necessárias análises adicionais para melhor compreensão dessa associação.

A prática de atividade física nos três meses anteriores à gestação esteve associada à menor ocorrência de nascimento prematuro na análise bivariada ($p = 0,018$), com taxas de 6,9% entre mulheres ativas e 15,3% entre sedentárias. Na análise de associação, observou-se efeito protetor na análise bruta ($RR = 0,45$; $IC95\%: 0,22-0,90$), indicando redução de 55% na prevalência de prematuridade entre mulheres fisicamente ativas no período pré-concepcional. No entanto, essa associação não se manteve estatisticamente significativa após ajuste para potenciais fatores de confusão, sugerindo que o efeito observado pode estar parcialmente mediado por outras variáveis maternas. A atividade física durante a gestação (em pelo menos um trimestre) mostrou associação limítrofe com o desfecho ($p = 0,058$), com tendência semelhante de proteção. Esses achados corroboram evidências recentes da literatura que apontam a atividade física como importante fator protetor contra o nascimento prematuro, possivelmente por seus efeitos sobre o controle ponderal, inflamação e complicações metabólicas. [16, 17] Uma meta-análise de estudos observacionais demonstrou que níveis altos de atividade física antes da gravidez reduziram em cerca de 13% a 25% a chance de parto prematuro. Durante a gestação, o efeito protetor foi ainda mais expressivo. Contudo, a perda de significância após ajuste sugere que a atividade física prévia possivelmente atuou como marcador de melhor perfil socioeconômico e comportamental, sem associação independente após controle das covariáveis. [17]

O histórico de aborto prévio esteve associado à maior prevalência de prematuridade na análise bivariada ($p = 0,037$), com frequência de 19,2% entre mulheres com esse antecedente, em comparação a 10,5% entre aquelas sem. Na análise de associação, observou-se aumento significativo na análise bruta ($RR = 1,84$;

IC95%: 1,04–3,25), porém a associação não se manteve após ajuste, sugerindo influência de fatores de confusão. A literatura demonstra associação consistente entre aborto prévio e prematuridade, especialmente em casos recorrentes, possivelmente mediada por alterações cervicais e inflamatórias. [18, 19] No entanto, no presente estudo, a ausência de significância após ajuste indica que essa variável pode refletir limitações metodológicas — particularmente a ausência de diferenciação entre tipo de aborto (espontâneo versus induzido), método de manejo e número de eventos — que podem ter diluído associações específicas. Dessa forma, o histórico de aborto pode ter atuado como marcador de risco associado a outras condições reprodutivas nesta amostra, embora a literatura sustente seu papel como fator de risco independente para prematuridade.

A quantidade de comorbidades maternas esteve significativamente associada ao nascimento prematuro neste estudo ($p = 0,006$). Observou-se um claro gradiente de risco: a prevalência de prematuridade foi de 8,6% entre as mulheres sem comorbidades, 12,3% entre aquelas com uma comorbidade e 23,8% entre as que apresentavam duas ou mais comorbidades. Na análise de associação, observou-se que a presença de duas ou mais comorbidades pré-gestacionais esteve significativamente associada à maior prevalência de prematuridade tanto na análise bruta ($RR = 2,76$; IC95%: 1,46–5,20) quanto na análise ajustada ($RR = 2,51$; IC95%: 1,31–4,80), indicando que esse efeito se manteve independente de potenciais fatores de confusão. Esse achado reforça o efeito cumulativo das condições crônicas sobre o desfecho gestacional, sendo consistente com evidências da literatura que apontam a multimorbidade materna como importante fator de risco para prematuridade, possivelmente explicada pela interação entre diferentes patologias, que favorece processos inflamatórios, disfunção placentária e maior ocorrência de complicações obstétricas. [20, 21]

O número de consultas de pré-natal esteve fortemente associado ao nascimento prematuro ($p = 0,002$), com prevalência de 10,8% entre mulheres com seis ou mais consultas e de 32,0% entre aquelas com menos de seis. Essa associação manteve-se significativa tanto na análise bruta ($RR = 2,96$; IC95%: 1,54–5,67) quanto na ajustada ($RR = 2,84$; IC95%: 1,34–6,07), indicando tratar-se de fator independente. Esse achado reforça a importância da adequação do pré-natal na prevenção da prematuridade, em consonância com a literatura, que demonstra redução do risco com maior número de consultas e aumento entre gestantes com acompanhamento

inadequado. [22] No contexto brasileiro, esses achados estão alinhados às recomendações do Ministério da Saúde, que estabelece o mínimo de seis consultas pré-natais para gestantes de baixo risco. [5] A inadequação do pré-natal compromete a oportunidade de rastreamento e manejo precoce de complicações como hipertensão, diabetes gestacional e infecções, além de limitar a educação em saúde e o suporte psicossocial à gestante.

As intercorrências gestacionais analisadas — diabetes gestacional, hipertensão gestacional e pré-eclâmpsia — estiveram associadas ao nascimento prematuro na análise bivariada. A prevalência de prematuridade foi de 22,5% entre as mulheres com diabetes gestacional ($p = 0,036$), 19,4% com hipertensão gestacional ($p = 0,012$) e 31,8% com pré-eclâmpsia ($p < 0,001$), valores consideravelmente superiores aos observados entre mulheres sem essas condições. Na análise de associação, todas as variáveis apresentaram significância estatística na análise bruta — diabetes gestacional (RR = 2,04; IC95%: 1,06–3,93), hipertensão gestacional (RR = 2,00; IC95%: 1,16–3,45) e pré-eclâmpsia (RR = 3,30; IC95%: 1,91–5,71). No entanto, após ajuste para potenciais fatores de confusão, apenas a pré-eclâmpsia permaneceu significativamente associada à prematuridade (RR = 3,46; IC95%: 1,32–9,07), indicando seu papel como fator independente para o desfecho, com risco 3,46 vezes maior de prematuridade. Esses achados são consistentes com a literatura nacional e internacional, que aponta as síndromes hipertensivas da gestação, especialmente a pré-eclâmpsia, como importantes determinantes de parto prematuro. Estudos demonstram que essa condição está fortemente associada à prematuridade, frequentemente com magnitudes de efeito elevadas. A associação observada provavelmente decorre da necessidade de interrupção precoce da gestação por indicação médica, diante do risco materno e fetal imposto por essas complicações, especialmente nos casos de pré-eclâmpsia. [23-25]

No presente estudo, ganho de peso gestacional excessivo associou-se a menor prevalência de parto prematuro na análise ajustada (RP=0,45; IC95%: 0,22–0,94), enquanto ganho insuficiente não apresentou associação significativa. Esse achado contrasta com a literatura internacional, que demonstra que ganho de peso insuficiente aumenta o risco de prematuridade, enquanto ganho excessivo apresenta efeitos variáveis conforme o contexto. [26] A principal limitação metodológica é a causalidade reversa, uma vez que gestações interrompidas precocemente têm menor tempo para ganho ponderal, resultando em valores artificialmente reduzido

entre casos de prematuridade. [27] A ausência de ajuste para idade gestacional no cálculo do ganho de peso limita a interpretação causal, ao confundir exposição e desfecho. Evidências indicam que o ganho insuficiente está associado ao aumento do risco de prematuridade espontânea, especialmente em gestantes com baixo ou adequado peso pré-gestacional, enquanto o ganho excessivo tem sido mais frequentemente relacionado à prematuridade eletiva, mediada por complicações obstétricas. [27, 28] Assim, o aparente efeito protetor do ganho excessivo observado neste estudo deve ser interpretado com cautela, podendo refletir viés de causalidade reversa e ausência de estratificação por tipo de prematuridade, o que impede conclusões definitivas.

Em conclusão, a prevalência de prematuridade observada neste estudo foi semelhante à de outros contextos nacionais, mantendo-se como importante problema de saúde pública. Os resultados indicam que o desfecho esteve principalmente associado a fatores clínicos maternos, à adequação do pré-natal e a aspectos psicossociais, com destaque para multimorbidade, pré-eclâmpsia, diabetes e hipertensão gestacionais, histórico de aborto e número insuficiente de consultas como fatores de risco, e maior escolaridade e atividade física pré-gestacionais sugeriram efeito protetor. Variáveis clássicas, como cor da pele, tabagismo e uso de álcool, não apresentaram associação estatisticamente significativa, possivelmente em função do tamanho amostral e da relativa homogeneidade da população estudada.

Entre as limitações do estudo, destaca-se o delineamento transversal, que impede a inferência causal, o uso de dados autorreferidos (podendo estar sujeito a vieses de memória e de desejabilidade social) e ausência de variáveis relevantes (como histórico de parto prematuro prévio). Por outro lado, o estudo apresenta elevada aplicabilidade por ter sido conduzido na Atenção Primária à Saúde, refletindo um cenário real do Sistema Único de Saúde. A utilização de questionário estruturado, dupla digitação com validação de dados e uso de regressão de Poisson com variância robusta conferem rigor metodológico. Ademais, o estudo contemplou uma ampla gama de determinantes (sociodemográficos, comportamentais, clínicos e assistenciais) oferecendo uma visão integrada dos fatores associados à prematuridade.

Por fim, os resultados reforçam a necessidade de fortalecer as ações na Atenção Primária, com ênfase no controle de comorbidades, na qualificação do pré-natal e na incorporação de estratégias de promoção da saúde materna, a fim de

prevenir a prematuridade e as complicações decorrentes dela. Estudos futuros longitudinais são recomendados para aprofundar a compreensão dessas associações e subsidiar intervenções mais efetivas na redução da prematuridade.

REFERÊNCIAS

1. Ohuma EO, Moller A-B, Bradley E, Chakwera S, Hussain-Alkhateeb L, Lewin A, *et al.* National, regional, and global estimates of preterm birth in 2020, with trends from 2010: a systematic analysis. *Lancet* [Internet]. 2023 [acesso em 2026 maio 1]; 402(10409):1261–1271. Disponível em: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(23\)00878-4](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(23)00878-4).
2. Perin J, Mulick A, Yeung D, Villavicencio F, Lopez G, Strong KL, *et al.* Global, regional, and national causes of under-5 mortality in 2000–19: an updated systematic analysis with implications for the Sustainable Development Goals. *Lancet Child Adolesc Health* [Internet]. 2021 [acesso em 2026 maio 1]; 6(2). Disponível em: [https://doi.org/10.1016/S2352-4642\(21\)00311-4](https://doi.org/10.1016/S2352-4642(21)00311-4).
3. Diemert A, Arck PC. Preterm birth: pathogenesis and clinical consequences revisited. *Semin Immunopathol* [Internet]. 2020 [acesso em 2026 maio 1]; 42(4):375–376. Disponível em: <https://doi.org/10.1007/s00281-020-00809-w>.
4. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente. Perfil epidemiológico dos nascimentos prematuros no Brasil, 2012 a 2022. *Boletim Epidemiológico*. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2024 set 30; 55(13). [acesso em 2026 maio 1]. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/boletins/epidemiologicos/edicoes/2024/boletim-epidemiologico-volume-55-no-13.pdf/view>.
5. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Atenção ao pré-natal de baixo risco. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2012. [acesso em 2026 maio 1]. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cadernos_atencao_basica_32_prenatal.pdf.
6. Victor A, Nhancololo AM, Bah HAF, Xavier SP, Gotine AREM, Moreira VA, *et al.* National and regional temporal trends and forecasting of preterm birth in Brazil: evidence from national birth data (2014–2023) with projections to 2030. *BMC Pregnancy Childbirth* [Internet]. 2025 [acesso em 2026 maio 1]. Disponível em: <https://doi.org/10.1186/s12884-025-08536-6>.
7. Silveira MF, Victora CG, Horta BL, Da Silva BGC, Matijasevich A, Barros FC, *et al.* Low birthweight and preterm birth: trends and inequalities in four population-based birth cohorts in Pelotas, Brazil, 1982–2015. *Int J Epidemiol* [Internet]. 2019 [acesso em 2026 maio 1]. Disponível em: <https://doi.org/10.1093/ije/dyy106>.
8. Snovarski MES, Ely K, Allgayer MF, Duro LN, Krug SBF, Possuelo L. Prematurity in a hospital of reference to high risk children. *Saúde Pesqui* [Internet]. 2021 [acesso em

2026 maio 1]; 14(3):e9433. Disponível em: <https://doi.org/10.17765/2176-9206.2021v14n3e9433>.

9. American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG). Prediction and prevention of spontaneous preterm birth: ACOG Practice Bulletin No. 234. *Obstet Gynecol* [Internet]. 2021 [acesso em 2026 maio 1]. Disponível em: <https://doi.org/10.1097/AOG.0000000000004479>.

10. Marmitt LP, Machado AKF, Cesar JA. Trends in preterm birth: results from five population-based surveys in the extreme south of Brazil. *Cien Saude Colet* [Internet]. 2025 [acesso em 2026 maio 1]; 30(3):305–312. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232025303.10112023>.

11. Granés L, Torà-Rocamora I, Palacio M, De la Torre L, Llupià A. Maternal educational level and preterm birth: exploring inequalities in a hospital-based cohort study. *PLoS One* [Internet]. 2023 [acesso em 2026 maio 1]; 18(4):e0283901. Disponível em: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0283901>.

12. Cordova-Ramos EG, Ruiz SY, Guyol GG, Kalluri NS, Elansary M, McConnell M, et al. Trends in US preterm birth rates by household income and race and ethnicity. *JAMA Netw Open* [Internet]. 2026 [acesso em 2026 maio 1]. Disponível em: <https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2025.50664>.

13. Kukoja K, Villeruša A, Zile-Velika I. Relationship between maternal socioeconomic factors and preterm birth in Latvia. *Medicina (Kaunas)* [Internet]. 2024 [acesso em 2026 maio 1]; 60(5):826. Disponível em: <https://doi.org/10.3390/medicina60050826>.

14. Jana A. Correlates of low birth weight and preterm birth in India. *PLoS One* [Internet]. 2023 [acesso em 2026 maio 1]. Disponível em: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0287919>.

15. Montemor MS, Demarque GF, Rodrigues AS, Francisco RPV, Carvalho MHB. Association between preterm births and socioeconomic development: analysis of national data. *BMC Public Health* [Internet]. 2022 [acesso em 2026 maio 1]. Disponível em: <https://doi.org/10.1186/s12889-022-14376-2>.

16. Di Mascio D, Magro-Malosso ER, Saccone G, Marhefka GD, Berghella V. Exercise during pregnancy in normal-weight women and risk of preterm birth: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *Am J Obstet Gynecol* [Internet]. 2016 [acesso em 2026 maio 1]; 215(5):561–571. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.ajog.2016.06.014>.

17. Li L, Lin H, Qiu D, Cox JM, Wang R, Sivak A, et al. Physical activity before and during pregnancy in relation to delivery, neonatal, and child health outcomes: a meta-analysis of observational studies with meta-regression. *Med Sci Sports Exerc* [Internet]. 2025 [acesso em 2026 maio 1]; 57(12):2846–2857. Disponível em: <https://doi.org/10.1249/MSS.0000000000003811>.

18. Swingle HM, Colaizy TT, Zimmerman MB, Morriss FH Jr. Abortion and the risk of subsequent preterm birth: a systematic review with meta-analyses. *J Reprod Med* [Internet]. 2009 [acesso em 2026 maio 1]; 54(2):95–108. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19301572/>.

19. Wu CQ, Nichols K, Carwana M, Cormier N, Maratta C. Preterm birth after recurrent pregnancy loss: a systematic review and meta-analysis. *Fertil Steril* [Internet]. 2022 [acesso em 2026 maio 1]; 117(4):811–819. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.fertnstert.2022.01.004>.
20. Mastrou L, Lamnisis D, Giannakou K. Association between maternal multimorbidity and preterm birth: a systematic review and meta-analysis. *BMC Pregnancy Childbirth* [Internet]. 2026 [acesso em 2026 maio 1]; 26. Disponível em: <https://doi.org/10.1186/s12884-026-08734-w>.
21. Azcoaga-Lorenzo A, Fagbamigbe AF, Agrawal U, Lee SI, Black M, Kennedy, J. I., *et al.* Effect of maternal multimorbidity on the risk of preterm birth: Record-linkage study. *BJOG* [Internet]. 2022 [acesso em 2026 maio 1]; 129(Suppl 1):77. Disponível em: https://doi.org/10.1111/1471-0528.10_17178.
22. Heo M, Britt JL, Zhang L, Doherty EA, Crockett AH. Optimal group and individual prenatal care visit patterns and preterm birth. *BMC Pregnancy Childbirth* [Internet]. 2025 [acesso em 2026 maio 1]; 25(1):848. Disponível em: <https://doi.org/10.1186/s12884-025-07987-1>.
23. Ye W, Luo C, Huang J, Li C, Liu Z, Liu F. Gestational diabetes mellitus and adverse pregnancy outcomes: systematic review and meta-analysis. *BMJ* [Internet]. 2022 [acesso em 2026 maio 1]; 377:e067946. Disponível em: <https://doi.org/10.1136/bmj-2021-067946>.
24. An H, Jin M, Li Z, Zhang L, Li H, Zhang Y, *et al.* Impact of gestational hypertension and pre-eclampsia on preterm birth in China: a large prospective cohort study. *BMJ Open* [Internet]. 2022 [acesso em 2026 maio 1]; 12(9):e058068. Disponível em: <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2021-058068>.
25. Franco EP, Da Gama SGN, Filha MMT, Martinelli KG, Da Costa ACC, Marano D. Efeito causal das síndromes hipertensivas da gestação sobre a prematuridade: dados do estudo transversal “Nascer no Brasil”. *Cien Saude Colet* [Internet]. 2025 [acesso em 2026 maio 1]; 30(3):e01142023. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232025303.01142023>.
26. Goldstein RF, Abell SK, Ranasinha S, Misso M, Boyle JA, Black MH, *et al.* Association of gestational weight gain with maternal and infant outcomes: a systematic review and meta-analysis. *JAMA* [Internet]. 2017 [acesso em 2026 maio 1]; 317(21):2207–2225. Disponível em: <https://doi.org/10.1001/jama.2017.3635>.
27. Pigatti Silva F, Souza RT, Cecatti JG, Passini Jr R, Tedesco RP, Lajos GJ, *et al.* Role of body mass index and gestational weight gain on preterm birth and adverse perinatal outcomes. *Sci Rep* [Internet]. 2019 [acesso em 2026 maio 1]; 9(1):13093. Disponível em: <https://doi.org/10.1038/s41598-019-49704-x>.
28. Palumbo AM, Muraca GM, Fuller A, Keown-Stoneman CDG, Birken CS, Maguire JL, *et al.* The association between self-reported total gestational weight gain by pre-pregnancy body mass index and moderate to late preterm birth. *BMC Pregnancy Childbirth* [Internet]. 2025 [acesso em 2026 maio 1]; 25. Disponível em: <https://doi.org/10.1186/s12884-024-07106-6>.

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Observou-se que a prematuridade entre mulheres atendidas na Atenção Primária à Saúde de Passo Fundo apresenta prevalência relevante e está associada principalmente a fatores clínicos maternos, à adequação do acompanhamento pré-natal e a aspectos sociodemográficos. Destacaram-se como determinantes independentes a presença de comorbidades pré-gestacionais, a ocorrência de pré-eclâmpsia e o número insuficiente de consultas pré-natais, reforçando o papel central das condições de saúde materna e da qualidade da assistência no desfecho gestacional. Por outro lado, maior escolaridade materna mostrou efeito protetor consistente, evidenciando a influência dos determinantes sociais na saúde perinatal.

Os achados também sugerem que algumas associações observadas, especialmente relacionadas à renda e ao ganho de peso gestacional, devem ser interpretadas com cautela, considerando possíveis limitações metodológicas, como confundimento residual. Além disso, a ausência de associação para variáveis classicamente descritas na literatura pode refletir características específicas da amostra e limitações inerentes ao delineamento do estudo.

Em relação às hipóteses iniciais do trabalho, a prevalência de prematuridade (12,3%) confirmou o valor esperado. O perfil da amostra apresentou concordância parcial, com predominância de mulheres de 20 a 34 anos, presença relevante de comorbidades e baixa prática de atividade física, embora com adequada cobertura de pré-natal. A hipótese de maior ocorrência de prematuridade em grupos socialmente vulneráveis foi parcialmente corroborada, pois apenas a escolaridade manteve associação independente, enquanto renda e cor da pele não se confirmaram. Em contrapartida, fatores clínicos e assistenciais apresentaram maior magnitude de associação, indicando papel determinante no contexto analisado.

Dessa forma, o estudo cumpre seu objetivo ao estimar a prevalência e identificar fatores associados à prematuridade, contribuindo para a compreensão do fenômeno no contexto da Atenção Primária. Reforça-se a necessidade de fortalecimento de estratégias voltadas ao controle de comorbidades, à qualificação do pré-natal e à incorporação de abordagens integrais no cuidado à gestante. Estudos longitudinais futuros são recomendados para aprofundar a análise das relações causais e subsidiar intervenções mais efetivas na redução da prematuridade.