

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARÁ
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
FACULDADE DE MEDICINA**

**ANA CRISTINA CARDOSO DE SOUSA
DÉBORA CAROLINA HENRIQUES GALENDE**

**PREVALÊNCIA DE PARTO PRÉ-TERMO ELETIVO E SUAS
PRINCIPAIS REPERCUSSÕES NEONATAIS EM HOSPITAL DE
REFERÊNCIA NA CIDADE DE BELÉM- PA.**

Belém
2011

ANA CRISTINA CARDOSO DE SOUSA
DÉBORA CAROLINA HENRIQUES GALENDE

**PREVALÊNCIA DE PARTO PRÉ-TERMO ELETIVO E SUAS
PRINCIPAIS REPERCUSSÕES NEONATAIS EM HOSPITAL DE
REFERÊNCIA NA CIDADE DE BELÉM- PA.**

Trabalho de Conclusão de Curso
apresentado como requisito
parcial para obtenção do grau de
Bacharel em Medicina pela
Universidade Federal do Pará.

Orientadora: Prof^a. Dra^a. Nara Macedo Botelho

Belém
2011

ANA CRISTINA CARDOSO DE SOUSA
DÉBORA CAROLINA HENRIQUES GALENDE

**PREVALÊNCIA DE PARTO PRÉ-TERMO ELETIVO E SUAS
PRINCIPAIS REPERCUSSÕES NEONATAIS EM HOSPITAL DE
REFERÊNCIA NA CIDADE DE BELÉM- PA.**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado como requisito parcial para obtenção do grau de Bacharel em Medicina pela Universidade Federal do Pará

Banca Examinadora:

Orientador

Nome/Instituição

Nome/Instituição

Aprovado em: ____/____/____

Conceito: _____

AGRADECIMENTOS

À minha **FAMÍLIA** pelo constante incentivo e compreensão ao longo de todo caminho percorrido.

Ao meu **NAMORADO** e **SOGROS**, pelo apoio e paciência por terem me acolhido inúmeras vezes, proporcionando o conforto e a paz nesse momento, tornando real a conclusão desse trabalho.

À minha parceira deste trabalho e amiga, **DÉBORA**, sem a qual não seria possível a elaboração desta pesquisa.

À nossa orientadora, Prof^a Dra **NARA MACEDO BOTELHO**, pela receptividade e pelos ensinamentos ao longo deste trabalho e ao longo de minha vida acadêmica.

Aos **FUNCIONÁRIOS** da divisão de arquivo médico do hospital Fundação Santa Casa de Misericórdia do Pará pela intensa ajuda no momento da coleta de dados.

À **DEUS**, pelas infinitas bênçãos, pela força, coragem e determinação que tem me proporcionado, fundamentais não só para o cumprimento deste trabalho como para o início desta nova jornada que é a medicina.

Ana Cristina Cardoso de Sousa

AGRADECIMENTOS

Ao meu pai, **JORGE**, exemplo de profissional que com sabedoria trilhou meu caminho com um bem muito precioso: a educação.

À minha mãe, **FÁTIMA**, quem sempre abdicou dos seus sonhos pela sua família e quem tenho como exemplo de amor.

Às minhas irmãs, **EDWIGUES** e **MÔNICA**, com quem compartilhei tantos anos da minha vida.

À minha afilhada linda, **ISADORA**, quem me faz sorrir todos os dias.

A todos os meus **FAMILIARES** e **AMIGOS**, os quais sempre entenderam os motivos de minhas ausências, contribuindo para realização deste trabalho.

À minha grande amiga e companheira de TCC, **ANA CRISTINA CARDOSO DE SOUSA** (“*Poli the Girl*”), por me acolher quando mais precisei e por quem tenho grande admiração.

Ao meu namorado, **FELIPE**, por seu um grande incentivador e quem me faz feliz nos dias mais exaustivos.

À nossa orientadora Prof^ª. Dr^ª. **NARA MACEDO BOTELHO** por seus conhecimentos e orientação terem nos ajudado na concretização desta obra.

Aos **FUNCIONÁRIOS** da Fundação Santa Casa de Misericórdia do Pará, pela boa vontade e gentileza.

Às **PACIENTES** que foram nossa fonte de inspiração para realização deste tema.

A **DEUS** por me proporcionar toda essa realidade!

Débora Carolina Henriques Galende

Agradeço todas as dificuldades que enfrentei; não fosse por elas, eu não teria saído do lugar. As facilidades nos impedem de caminhar. Mesmo as críticas nos auxiliam muito.

Chico Xavier

RESUMO

PREVALÊNCIA DE PARTO PRÉ-TERMO ELETIVO E SUAS PRINCIPAIS REPERCUSSÕES NEONATAIS EM HOSPITAL DE REFERÊNCIA NA CIDADE DE BELÉM- PA.

Objetivo: Estudar a prevalência de partos pré-termo eletivos ocorridos no hospital Fundação Santa Casa de Misericórdia do Pará (FSCMPA), no ano de 2010, assim como conhecer as suas principais repercussões neonatais. **Metodologia:** Estudo epidemiológico, transversal, de coleta e descritivo, de 108 casos de pacientes do sexo feminino, grávidas de feto único, vivo, ausente de malformações, com idade gestacional (IG) superior a 20 e inferior a 37 semanas de gestação que estiveram internadas nas enfermarias de médio (enfermaria Santa Marta) e alto riscos da clínica tocoginecológica do hospital FSCMPA, no período de 1º de janeiro de 2010 a 1º de janeiro de 2011, que tiveram a indicação de parto prematuro em virtude de alguma intercorrência materna e/ou fetal. **Resultados:** A maioria das pacientes estava na faixa etária entre 20 e 30 anos de idade (53,7%) e eram solteiras (60,2%); quanto à escolaridade, 38,9% não haviam completado o ensino fundamental e 64,8% ou eram estudantes ou trabalhavam em sua própria casa. Como antecedente pessoal, 30,8% eram portadoras de HAS e, dentre os antecedentes obstétricos, 45,8% já haviam gestado anteriormente, 37,3% já haviam parido e 16,9% já tinham história de abortamento. Das gestações anteriores, 11,0% foram nascimentos pré-termos. Das intercorrências em gestações anteriores, o abortamento respondeu por 48,8% dos casos, e pré-eclampsia e eclampsia por 14,8% e 9,7%, respectivamente, sendo que, pré-eclampsia, com 42,8% dos casos e eclampsia, com 28,6%, foram os principais motivos que indicaram parto prematuro. Em relação a gestação atual, somente 31,7% haviam realizado pré-natal com seis ou mais consultas; prevaleceram, como intercorrências maternas, perda líquida e sangramento vaginal (18,8% e 18,0%, respectivamente), sendo que o principal motivo materno de indicação de parto pré-termo foi a pré-eclampsia, com 32,0%, e fetal foi sofrimento fetal agudo com 61,5% dos casos. A maioria dos recém-nascidos foi do gênero masculino (58,3%), classificados em sua maior parte como baixo peso (64,8%), prematuros limítrofes (57,4%; 7,4% foram prematuros extremos) e como PIG (52,8%). Das intercorrências neonatais, as respiratórias somaram 92,9% dos casos. **Conclusão:** A ocorrência de partos pré-termos ainda é um grande problema de saúde pública, principalmente quando ocorre a falta de procura e de assistência pré-natais, o que traz drásticas conseqüências à gestante, ao recém-nascido e mais tarde à criança, problemas esses que poderiam ser minimizados caso uma política de saúde ao binômio mãe-filho fosse mais adequada, quanto à divulgação de medidas preventivas e educativas, quanto à melhor qualificação dos profissionais médicos e a melhor estruturação dos serviços de saúde para que haja uma prestação de serviço eficiente.

Palavras-chave: gestação; gravidez de alto risco; prematuridade; parto pré-termo; neonatal; pré-eclampsia.

ABSTRACT

PREVALENCE OF PRE-TERM ELECTIVE BIRTH AND ITS MAIN NEONATAL REPERCUSSIONS IN REFERENCE HOSPITAL IN THE CITY OF BELÉM- PA

Objective: To study the prevalence of elective preterm deliveries occurred in the Fundação Santa Casa de Misericórdia do Pará (FSCMPA) hospital in the year 2010, and know its main neonatal repercussions. **Methodology:** A epidemiological study, cross-sectional, of collect and descriptive, of 108 cases of female patients, pregnant with one fetus, alive, absent of malformations, with gestational age (GA) greater than 20 and less than 37 weeks gestation who were admitted in wards medium (ward Santa Marta) and high risks of clinical toco-gynecology FSCMPA hospital in the period from 1 January 2010 to 1 January 2011, who had an indication for early delivery because to some complications maternal and/or fetus. **Results:** Most patients were age group between 20 and 30 years of age (53.7%) and were single (60.2%); in relation to education, 38.9% hadn't completed elementary school and 64.8% were students or working on their own house. The personal history, 30.8% had hypertension and, among obstetric history, 45.8% had previous pregnancies, 37.3% had given birth and 16.9% had history of abortion. Of the previous pregnancies, 11.0% were preterm births. Of the complications in previous pregnancies, abortion resulted for 48.8% of cases, and pre-eclampsia and eclampsia by 14,8% and 9,7%, respectively, and, pre-eclampsia, with 42,8% and eclampsia, with 28,6% were the main reasons that indicated preterm delivery. In relation to current pregnancy, only 31.7% had received prenatal care with six or more visits; prevailed as maternal complications, vaginal fluid loss and vaginal bleeding (18.8% and 18.0%, respectively), and the main reason for maternal indication of preterm delivery was pre-eclampsia, with 32.0%, and fetal acute fetal distress with 61.5% of cases. Most newborns were male (58.3%), most classified as underweight (64.8%), borderline premature (57.4%, 7.4% were very preterm extreme) and as small for gestational age (52.8%). Of the neonatal complications, the respiratory totaled 92.9% of cases. **Conclusion:** The occurrence of preterm birth remains a big public health problem, especially when occurs the lack of demand and lack of prenatal care, which has drastic consequences for pregnant women, newborn and later to child, these problems could be minimized if a health politic to both, mother and child, were most appropriate, with the dissemination of preventive and educational measures, with the best qualified medical professionals and the best structure of health services aiming efficient provision service.

Key-words: pregnancy, high risk pregnancy, prematurity, preterm delivery, neonatal; pre-eclampsia.

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO.....	9
1.1. OBJETIVOS.....	10
1.1.1. GERAL.....	10
1.1.2. ESPECÍFICOS.....	10
2. REFERENCIAL TEÓRICO.....	11
3. CASUÍSTICA E MÉTODO.....	17
4. RESULTADOS.....	21
5. DISCUSSÃO.....	58
6. CONCLUSÃO.....	72
REFERÊNCIAS.....	74
APÊNDICE.....	85
ANEXOS.....	87

1. INTRODUÇÃO

O parto prematuro como um todo, apresenta-se como um dos mais sérios problemas encontrados durante a gestação. Embora a sobrevivência dos recém-nascidos prematuros tenha melhorado nos últimos anos, a prematuridade ainda é a principal causa de morbidade e mortalidade neonatal, sendo que a morbidade neonatal costuma ser maior entre os prematuros eletivos (AGUIAR et al, 2009; BARAMARCHI et al, 2008).

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), o parto pré-termo é definido como aquele que ocorre entre as 20^a e a 37^a semanas de gestação. Gestações interrompidas antes da 20^a semana de idade gestacional são consideradas abortamentos (MARTINS- COSTA et al, 2006; OMS, 2002).

A prematuridade é uma condição que pode resultar de múltiplas etiologias; de acordo com a sua evolução clínica, pode ser classificada em espontânea, a qual decorre do trabalho de parto prematuro espontâneo ou da rotura prematura de membranas, e em eletiva, quando ocorre por indicação médica, em virtude de complicações maternas e/ou fetais (DUARTE et al, 2009).

A prematuridade eletiva representa de 20 a 30% dos partos prematuros, podendo chegar a 35,2% quando gestações múltiplas são incluídas. De acordo com estudos realizados nos EUA, o parto pré-termo eletivo corresponde a 19 a 29% de todos os nascimentos enquanto que no Brasil, apesar de pesquisas escassas e limitadas, acredita-se que a prevalência de nascimento prematuro por indicação médica seja maior (FATORES..., 2005).

A prematuridade pode ser considerada um dos maiores desafios da obstetrícia; apesar das estratégias de prevenção durante o pré-natal e da assistência neonatal terem evoluído muito, a sua incidência, morbidade e mortalidade neonatal continuam elevadas. Assim, é imprescindível que os casos de maior risco à ocorrência do parto pré-termo eletivo sejam monitorados cuidadosamente. Com isso, pode-se não apenas

impedir o nascimento prematuro, como também, postergá-lo, propiciando assim, melhores condições de nascimento (BITTAR; CARVALHO; ZUGAIB, 2005).

Dessa forma, este trabalho teve por objetivo estudar a prevalência de parto pré-termo eletivo e suas principais repercussões neonatais.

1.1. OBJETIVOS

1.1.1. Objetivo Geral

Estudar a prevalência de partos pré-termos eletivos ocorridos no Hospital Fundação Santa Casa de Misericórdia do Pará (FSCMPA), no ano de 2010, assim como conhecer as suas principais repercussões neonatais.

1.1.2. Objetivos Específicos

- Caracterizar as gestantes submetidas ao parto prematuro eletivo quanto ao perfil epidemiológico e obstétrico;
- Investigar possíveis fatores de risco para a ocorrência de parto pré-termo eletivo;
- Identificar as principais causas maternas, obstétricas e/ou fetais responsáveis pela indicação do parto prematuro;
- Identificar as repercussões neonatais mais observadas e a relação entre elas.

2. REFERENCIAL TEÓRICO

Antigamente, a prematuridade era definida em função do peso do recém-nascido (RN); eram considerados prematuros todos aqueles nascidos com 2.500g ou menos. No entanto, a partir da década de 60, notou-se que esse critério não era fidedigno; os RN com menos de 2.500g poderiam ser fruto tanto do nascimento prematuro quanto da restrição do crescimento intra-uterino, que poderiam ser RNs de termo, porém, pequenos para a idade gestacional (IG). Convencionou-se então, definir a prematuridade adotando a IG segundo o tempo transcorrido desde o primeiro dia do último período menstrual até o momento do nascimento (FATORES..., 2005).

Atualmente, a OMS conceitua prematuridade como todo RN que nasce antes das 37 semanas completas de IG; gestações interrompidas antes da 20ª semana são consideradas abortamentos (OMS, 2002; ANANTH; VINTZILEOS, 2006). No Brasil, a Federação Brasileira das Sociedades de Ginecologia e Obstetrícia (FEBRASGO) define o pré-termo como todo RN que nasce entre a 22ª e a 36ª semana e 6 dias de IG (FEBRASGO, 2004b). Esses conceitos tornaram-se mais adequados para a definição de prematuridade, porém não estão isentos de erros; o cálculo para estimar a IG pode ser equivocado devido: engano na data do último período menstrual, ciclos menstruais irregulares e sangramentos após a concepção. Tendo isso em vista, torna-se necessária a utilização de métodos mais precisos para datar a gravidez, como a ultrassonografia precoce da gestação (MILANEZ, 2005).

A realização de ultrassonografia precoce na gestação (durante o primeiro trimestre de gravidez) tem como uma de suas principais indicações determinar a IG. Sabe-se que esse exame é o melhor método para datar a gravidez, quando realizado entre a 8ª e 12ª semanas de gestação, especialmente na ocorrência de ciclos menstruais irregulares, com expectativa de 5 dias para mais ou para menos. Dessa forma, a ultrassonografia precoce na gestação torna-se um importante instrumento para auxiliar em certos casos como nas cesáreas planejadas, prevenindo assim a prematuridade iatrogênica; para avaliar o crescimento fetal de acordo com determinada IG, além de

orientar o médico, na hora do parto, que cuidados esperar para o RN, se prematuro ou não. (DEMIANCZUK; VAN DEN HOF, 2003; HARTMANN et al, 2008).

O parto pré-termo é uma condição que pode decorrer de múltiplas etiologias, inclusive genética (BUUS et al, 2006). Segundo a sua evolução clínica, a prematuridade pode ser classificada em espontânea, a qual ocorre em consequência do trabalho de parto prematuro espontâneo propriamente dito ou da rotura prematura de membranas, cuja causa, no geral, é complexa, multifatorial ou idiopática; e em eletiva, a qual ocorre por indicação médica em virtude de intercorrências maternas e/ou fetais, de modo que há contra-indicação absoluta da continuidade da gestação. Neste caso, a etiologia é geralmente conhecida. (CARITIS; SIMHAN, 2007). A distinção entre essas formas clínicas de nascimento prematuro possui grande relevância epidemiológica uma vez que demonstram diferentes causas que culminam com o nascimento pré-termo (ABRAMS; PICKETT; SELVIN, 2000; BITTAR; ZUGAIB, 2009).

O parto pré-termo eletivo é amplamente estudado nos países desenvolvidos e ainda assim, pouco se sabe sobre o assunto no sentido de sua recorrência (ANANTH et al, 2006). Enquanto que nos países em desenvolvimento os dados ainda são escassos e limitados. No Brasil, a prevalência do nascimento prematuro eletivo tende a ser subestimada devido a poucos estudos sobre o assunto e somada a isso, há problemas nos sistemas de informação, o que resulta em sub-registros, diminuindo assim, a confiabilidade das informações. Contudo, estima-se que a proporção da prematuridade eletiva que ocorre no país seja maior do que aquela que ocorre nos EUA (AGUIAR et al, 2009).

A prematuridade é um importante fator de morbi-mortalidade neonatal, principalmente em países em desenvolvimento, como o Brasil. Quando se trata da prematuridade eletiva, a morbidade neonatal torna-se maior, pois estes têm mais tendência a apresentar altas taxas de síndrome do desconforto respiratório, broncodisplasia, hipoglicemia e maior incidência de doença pulmonar crônica, além de usualmente apresentarem menor potencial de crescimento (FATORES..., 2005; KO et al, 2009; JANES, et al, 2009). Dessa forma, os riscos de problemas de saúde em longo prazo são maiores, assim como suas complicações, dentre elas: persistência do canal

arterial, hemorragia intracraniana e hiperbilirrubinemia grave - estão entre as principais causas de morte no primeiro ano de vida destas crianças (MILANEZ, 2005; GRANDI; LARGUÍA, 2003).

A sobrevivência dos pré-termos eletivos tem aumentado nos últimos anos graças aos avanços em neonatologia, tais quais respiradores modernos, surfactante, antibióticos potentes, entre outros; essa é a razão pela qual os cuidados intensivos com esse neonato são indispensáveis e por isso, se mostram uma das intervenções mais caras de cuidados de saúde (ANDRADE; MARCOLINO, 2007). No entanto, a frequência das seqüelas associadas a essa prematuridade não têm mostrado redução ao longo da vida destas crianças. Tem-se assim, que a prematuridade eletiva constitui-se em um grande problema de saúde pública, com grande impacto social e econômico (BITTAR, 2001).

A etiologia do nascimento pré-termo eletivo está diretamente relacionada ao bem estar materno e fetal. Alguns estudos epidemiológicos apontam diversos fatores de risco para a prematuridade eletiva, como condições sócio-econômicas, antecedentes familiares e pessoais, o uso ou exposição a substâncias tóxicas, assistência pré-natal tardia ou ausente, saúde materna antes da gestação e durante a gestação, entre outros. Deve-se ressaltar que doenças crônicas maternas envolvendo o aparelho cardiorrespiratório, glândulas endócrinas e epilepsia constituem importantes fatores de risco e que complicações que podem ocorrer ao longo da gestação como anemia, descolamento prematuro de placenta e outros aumentam esse risco, fazendo com que grande parte desses problemas seja responsável pela indicação do parto prematuro. Fatores relacionados ao feto também são descritos; dentre estes, se destaca a restrição do crescimento intra-uterino (FATORES..., 2005; CULHANE et al, 2008a).

A decisão de se prolongar ou não uma gestação requer a análise minuciosa das condições maternas e fetais; diante de situações que tornem o ambiente intrauterino hostil ou que se agravem com a continuidade de uma gestação, não se deve hesitar em interrompê-la (BITTAR; CARVALHO; ZUGAIB, 2005; BLACKWELL et al, 2011). Na maioria das vezes, o determinante direto da indicação do parto pré-termo é a alteração da vitalidade fetal, a qual é mais difícil de verificar no prematuro, por isso, torna-se indispensável a monitorização materna e fetal, de forma que seja possível

detectar ou até mesmo tratar precocemente intercorrências que propiciem evolução desfavorável para a mãe e/ou para o feto (BITTAR, 2001).

Dentre as intercorrências maternas que mais levam à interrupção precoce da gravidez, encontram-se a pré-eclampsia, correspondendo a 42,5% de todas as indicações; e o descolamento prematuro de placenta (DPP), perfazendo 6,7% dos casos. A placenta prévia também é causa de indicação de parto pré-termo, porém com menor frequência que as causas acima citadas (MILANEZ, 2005; ANANTH; VINTZILEOS, 2008).

A pré-eclampsia, conhecida como doença hipertensiva específica da gravidez (DHEG), tem incidência de 5 a 8% nas gestantes brasileiras (ARAÚJO et al, 2007). É uma das principais causas de morbimortalidade materna e perinatal (AKOLEKAR et al, 2011). Caracteriza-se pela presença de hipertensão arterial - que na gravidez, a qual ocorre quando a pressão arterial sistólica (PAS) é maior ou igual a 140 mmHg e/ou a pressão arterial diastólica (PAD) é maior ou igual a 90 mmHg - e proteinúria significativa - entende-se por esta a excreção de 300mg de proteínas em coleção de urina de 24 horas, ou ainda, um índice de proteinúria/creatinúria maior ou igual a 0,5, observado em amostra simples de urina. Geralmente tem início lento e insidioso, manifestando-se após a 20ª semana de gestação, e ocorre especialmente em primigestas. É uma doença de etiologia ainda desconhecida e que independentemente de sua gravidade (leve, grave e eclampsia) determina risco materno e fetal (ABBOTT; SHENNAN, 2011; ARAÚJO et al, 2007; BARROS et al, 2006; PREVENCIÓN..., 2002).

O descolamento prematuro de placenta (DPP), também conhecido como hemorragia retroplacentária e apoplexia uteroplacentária, corresponde à separação abrupta da placenta do seu sítio de implantação no corpo uterino, antes do nascimento do feto, em uma gestação de 20 ou mais semanas completas. Sua incidência varia em torno de 0,5 a 3% das gestações, mas apresenta grande impacto sobre a mortalidade materna, a qual ocorre em 1 a 2% dos casos; sobre a mortalidade perinatal, correspondendo de 40 a 80% dos casos; sobre a incidência de nascimentos pré-termos eletivos, responsável por 5,1% destes. O principal fator associado ao DPP é a

hipertensão arterial, seja esta ou não relacionada à pré-eclampsia ou à hipertensão crônica (BITTAR; LIAO; PEREIRA, 2008; FEBRASGO, 2004a).

Já as complicações fetais que mais freqüentemente levam à indicação do término precoce de uma gestação são o sofrimento fetal agudo (SFA), perfazendo 26,7% de todas estas indicações; e a restrição do crescimento intra-uterino responsável por 10% dos casos (MILANEZ, 2005). O sofrimento fetal agudo é a consequência de transtornos metabólicos causados pela diminuição das trocas materno-fetais; em função disso, se altera a composição química do sangue e do meio interno fetal, o que é manifestado pela hipoxemia, hipercapnia, acidose, hipoglicemia, entre outros. Todo esse processo pode resultar em morte intrauterina, ou, em lesões no sistema nervoso central, muitas das quais, irreversíveis. É por isso que, na prática, o sofrimento fetal agudo não acaba quando o feto nasce; o problema continua mesmo após o nascimento (GOFFI, 2001; FAHEY; KING, 2005).

Devemos ficar atentos para os primeiros sinais de sofrimento fetal, uma vez que o feto responde, com reações compensatórias, às perturbações ocasionadas pela deficiência das trocas materno-fetais. As reações circulatórias são uma das mais importantes, devido ter grande valor diagnóstico, uma vez que acarreta modificações na frequência cardíaca fetal, que pode ser observada através da cardiotocografia (CTG) de repouso (mais praticada), cardiotocografia estimulada e/ou pela cardiotocografia sobrecarga (BARRENA; CARVAJAL, 2006; CHUDÁČEK et al, 2011). Há outras formas também de se verificar o sofrimento fetal, entre elas: ultrassonografia com doppler, exame do líquido amniótico, avaliação por pH do sangue fetal, entre outras. Esses procedimentos orientam o profissional médico para o tratamento desse sofrimento fetal intraútero ou, quando este persiste, deve-se proceder à resolução imediata da gravidez, poupando assim, a vida fetal (BLANCA; PECINO, 2004; BRIZOT; CARVALHO; FRANCISCO, 2008).

O crescimento intrauterino restrito (CIUR) não é uma doença específica, pois é resultado de qualquer distúrbio materno ou fetal capaz de limitar o potencial intrínseco de crescimento fetal intraútero. Manifesta-se por um crescimento fetal abaixo do percentil 10 para a idade gestacional correspondente. É considerado uma anormalidade fetal comum, com incidência variável, ocorrendo em 5 a 10% das gestações. Os fatores

associados aos casos de CIUR podem ser divididos em fetais, como alterações cromossômicas, infecções fetais; uteroplacentários, tais quais, anormalidade uterinas e placentárias; e maternos, como uso de drogas teratogênicas, doenças maternas, entre outros (FRITSCH; MAGALHÃES, 2006).

O parto prematuro é considerado um grande desafio para a área da saúde, especialmente o eletivo, já que este advém de condições e intercorrências maternas e/ou fetais que proporcionam um risco a mais ao RN além da prematuridade (OLIVER, 2010). A dificuldade na prevenção do parto pré-termo eletivo é resultante não só da multiplicidade de causas graves, que põem em risco a vida materna e/ou fetal, como também da falta de informação, já que se constitui um assunto de ordem médica, educativa e social, tornando a promoção da prevenção ainda mais complexa (BITTAR, 2001; KATZ; MUGLIA, 2010).

Os esforços para minimizar ou mesmo evitar a morbimortalidade neonatal resultante da prematuridade eletiva ainda se concentram na intervenção a nível terciário, ou seja, através de cuidados em unidade de terapia intensiva (UTI) neonatal, uso de corticosteróides, antibióticos e outros (CULHANE et al, 2008b). Assim, é fundamental que seja planejada uma assistência profissional de qualidade em todas as esferas: pré-natal, pré-parto, parto, puerpério e período neonatal. Só assim, aquelas gestações de maior risco poderão ser identificadas e as ações de prevenção e cuidado contribuirão então para um prognóstico positivo a curto e longo prazo tanto para as mães quanto para esses RNs (AGUIAR et al, 2009; CUMAN; RAMOS, 2009).

3. CASUÍSTICA E MÉTODO

Tratou-se de um estudo epidemiológico, transversal, de coleta e descritivo, que foi realizado no período de novembro de 2010 a fevereiro de 2011, no hospital FSCMPA, em Belém, no Estado do Pará.

O estudo foi realizado com todas as pacientes do sexo feminino, grávidas de feto único, vivo, ausente de malformações, com IG superior a 20 e inferior a 37 semanas de gestação – prematuridade segundo a OMS – internadas nas enfermarias de médio (enfermaria Santa Marta) e alto riscos da clínica tocoginecológica do hospital FSCMPA, no período de 1º de janeiro de 2010 a 1º de janeiro de 2011, que tiveram a indicação para o parto prematuro em virtude de alguma intercorrência materna e/ou fetal. O hospital FSCMPA é referência estadual terciária no atendimento e assistência às gestações e aos RNs de médio e alto riscos.

A faixa etária das pacientes foi observada segundo conceito da Associação Latino Americana de Ginecologia e Obstetrícia – ALASGO – a qual preconiza que a idade fértil no sexo feminino ocorre entre 10 e 50 anos de idade; quando esse período é adotado em décadas, tem-se a idade fértil alargada (BOTELHO, 2006).

A profissão das pacientes foi analisada de acordo com a Classificação Brasileira de Ocupações – CBO – publicada pelo Ministério do Trabalho e Emprego – MTE – a qual é um documento que reconhece, nomeia e codifica os títulos e descreve as características das ocupações do mercado de trabalho brasileiro. Esta consiste na divisão das profissões em 10 Grandes Grupos – GG –, de 0 a 9 (CBO, 2010); são eles:

GG0: Forças Armadas, policiais e bombeiros militares;

GG1: Membros superiores do poder público;

GG2: Profissionais das ciências e das artes;

GG3: Técnicos de nível médio;

GG4: Trabalhadores de serviços administrativos;

GG5: Trabalhadores dos serviços, vendedores do comércio em lojas e mercados;

GG6: Trabalhadores agropecuários, florestais, da caça e pesca;
GG7: Trabalhadores da produção de bens e serviços industriais;
GG8: Trabalhadores da produção de bens e serviços industriais;
GG9: Trabalhadores em serviços de manutenção e reparação.

Foi ainda acrescentado à CBO, um novo item: sem trabalho, que corresponderá à classe das estudantes e daquelas responsáveis somente por cuidar do seu próprio lar.

A IG foi determinada segundo a informação sobre o primeiro dia do último período menstrual e/ou de acordo com a ultrassonografia (USG) obstétrica do primeiro trimestre. Devido à determinação da IG pelo último período menstrual ser passível de erros (engano de data, sangramento pós-concepção, ciclos menstruais irregulares) e a ultrassonografia precoce nem sempre ser disponível, a IG foi corroborada pelo exame físico do RN, o qual é confiável e disponível; para isso, foi utilizado os métodos Capurro e/ou Ballard, adotados na FSCMPA para verificação de prematuridade. O método Capurro (ANEXO A) estima a IG através das características físicas do RN; sua desvantagem é que não permite verificar a IG em prematuros extremos. Para isso, o método Ballard (ANEXO B) é mais eficaz, uma vez que avalia o RN de acordo com suas características físicas e neurológicas, oferecendo uma melhor correlação com a real IG. Já a prematuridade dos RNs foi considerada de acordo com a seguinte classificação: prematuridade limítrofe – RN com IG de 35 a 36 semanas; prematuridade moderada – RN com IG de 31 a 34 semanas, e prematuridade extrema, a qual corresponde aos RN com IG igual ou menor a 30 semanas de gestação. O estado geral do RN também foi analisado; para tal, utilizou-se o escore APGAR (ANEXO C), que avalia o estado do RN no 1º e 5º minutos de vida, de acordo com cinco sinais clínicos gerais da criança. Cada critério recebe uma pontuação de zero a dois e quando somados resultam no índice de APGAR, o qual então foi subdividido em: boas condições ao nascimento (quando APGAR de 8 a 10) e presença de anóxia ao nascimento (APGAR menor ou igual a 7) (FRÔNIO ET AL, 2010).

Com relação ao peso dos RNs, este foi considerado segundo classificação da OMS: de baixo peso o RN com menos de 2.500g; de muito baixo peso o RN com menos de 1.500g e de extremo baixo peso o RN com menos de 1000g até 500g. Os RN que não apresentarem baixo peso, muito baixo peso ou extremo baixo peso foram

colocados como aqueles com peso maior que 2.500g. Quanto à análise da relação peso e IG foi adotada a curva de Alexander, a mais utilizada nacional e internacionalmente, a qual corresponde a uma curva de classificação do RN, na qual o RN é Adequado para a Idade Gestacional (AIG) se o peso ao nascer está entre os percentis 10 e 90 para sua IG; já, o RN é considerado Pequeno para a Idade Gestacional (PIG) se o peso ao nascer está abaixo do percentil 10 para sua IG e o RN é Grande para a Idade Gestacional (GIG) se o peso ao nascer está acima do percentil 90 para sua IG; o gráfico do percentil da relação peso e IG pode ser visualizado no ANEXO D.

As intercorrências ao nascimento foram observadas de acordo com o sistema envolvido: intercorrências respiratórias, cardíacas, neurológicas e outros; além disso, foram mais bem caracterizadas as intercorrências respiratórias, uma vez que têm grande importância no período neonatal. Assim, estas foram analisadas de acordo com a clínica observada ao nascer: bradipnéia ou apnéia, taquipnéia, batimento de asa de nariz (BAN), gemido respiratório (GR), tiragem intercostal (TIC), (MARGOTTO, 2004).

Critérios de Inclusão

Foram incluídas no estudo as pacientes grávidas de feto único, vivo, ausente de malformações, com idade gestacional superior a 20 e inferior a 37 semanas de gestação, internadas nas referidas enfermarias, submetidas ao parto prematuro eletivo em decorrência de alguma condição materna e/ou fetal.

Critérios de Exclusão

Foram excluídas da pesquisa as pacientes grávidas de múltiplos fetos, de feto único com IG inferior a 20 e superior a 37 semanas de gestação, os óbitos fetais intraútero, os natimortos, os RN portadores de malformações e os partos prematuros que ocorreram espontaneamente (sem indicação médica).

Coleta de dados

Os dados foram coletados a partir dos prontuários das pacientes gestantes internadas nas enfermarias de médio e alto riscos da clínica tocoginecológica do hospital FSCMPA e catalogados no protocolo de pesquisa (APÊNDICE A), elaborado baseado na literatura nacional acerca do assunto. As variáveis analisadas neste estudo foram: faixa etária, cor/raça, escolaridade, procedência, antecedentes mórbidos pessoais

e familiares, dados referentes à história obstétrica pregressa e atual, aos testes utilizados para a avaliação da vitalidade fetal, características do RN prematuro tais quais: sexo, IG ao nascimento, exame físico do RN segundo o método Capurro e/ou Ballard, peso ao nascer, APGAR do 1º e 5º minuto de vida e quaisquer outras intercorrências responsáveis pela indicação do parto prematuro.

Análise dos dados

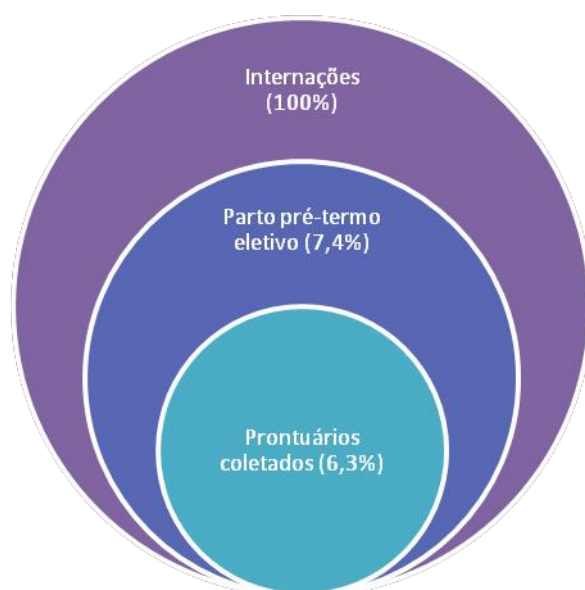
As informações coletadas foram organizadas em um banco de dados no programa Microsoft Excel 2007, os quais foram analisados nos programas Epi Info 7.0 e BioEstat 5.0 a fim de gerar resultados estatísticos, considerando o intervalo de confiança (IC) 95% e nível α 5% (ou seja, p - valor $\leq 0,05$), isto é, um achado foi estatisticamente significativo se valor de “ p ” for menor ou igual a 0,05. Os testes estatísticos realizados foram: Teste G e o Teste Exato de Fisher. A apresentação dos dados foi feita por meio dos programas Microsoft Word 2007 e Microsoft PowerPoint 2007.

Aspectos éticos

Este estudo foi elaborado de acordo com as Diretrizes e Normas de Pesquisa em Seres Humanos através da Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, estabelecida em outubro de 1996. O projeto foi avaliado e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital FSCMPA, sob o protocolo de número 081/10 (ANEXO E).

4. RESULTADOS

A **figura 1** mostra que, durante o período do estudo, houve 1.715 (100%) internações nas enfermarias de médio e alto riscos da clínica tocoginecológica do hospital FSCMPA; no entanto, somente 127 (7,4%) destas internações evoluíram para o parto pré-termo eletivo, sendo que só foi possível coletar os dados de 108 (6,3%) pacientes.



FONTE: Protocolo de pesquisa.

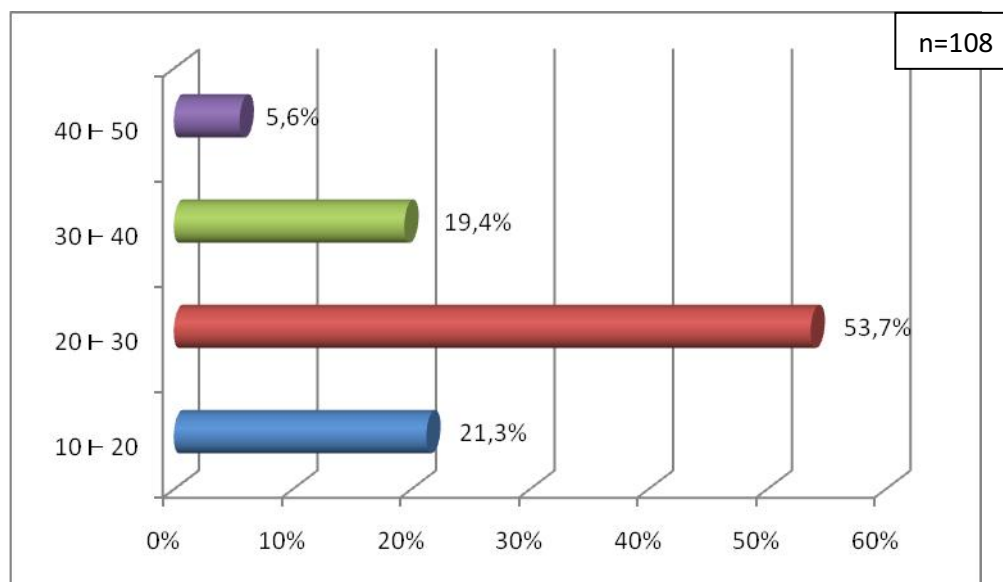
FIGURA 1 – Internações nas enfermarias de médio e alto riscos da clínica tocoginecológica do hospital FSCMPA; ocorrência de parto pré-termo eletivo no período de 1º de janeiro de 2010 a 1º de janeiro de 2011 e prontuários coletados e analisados em número e porcentagem.

As pacientes que evoluíram para o parto pré-termo eletivo têm, em sua maioria, entre 20 a 30 anos de idade, perfazendo 53,7% dos casos; já a faixa etária menos afetada foi aquela entre 40 a 50 anos, com 5,6%, como mostra a **figura 2**.

Quanto à cor/raça (n=108), foi verificado que as pardas correspondem a 92,6% da amostra, enquanto que não foram observados pacientes de cor/raça amarela e indígena (**figura 3**). Com relação à escolaridade (n=108), foi pesquisado que 38,9% têm

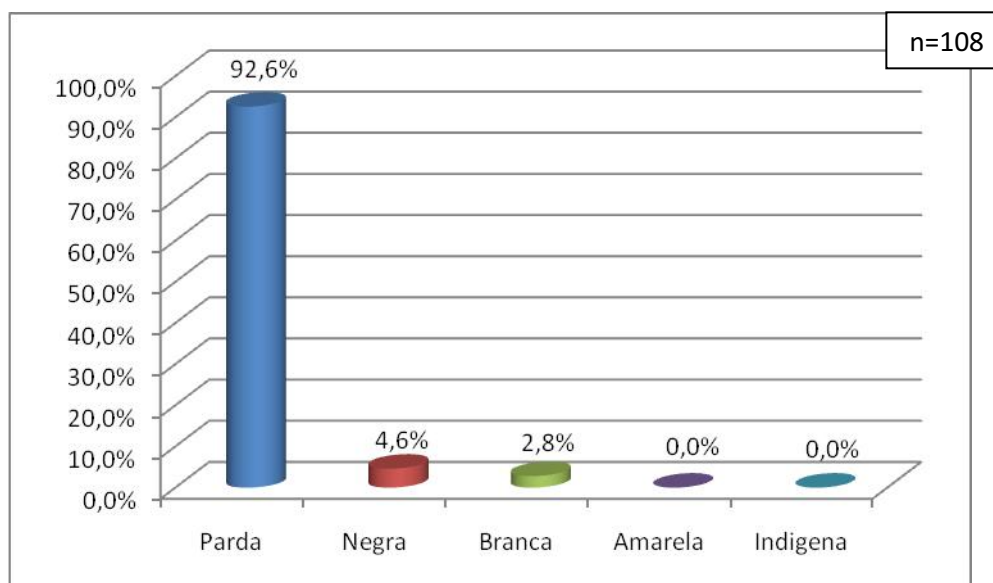
o ensino fundamental incompleto, seguido de 31,5% com o ensino médio incompleto (figura 4).

Foi constatado que 60,2% das pacientes (n=108) são solteiras, 20,4% são casadas e que nenhuma delas são divorciadas, como pode ser observado na figura 5.



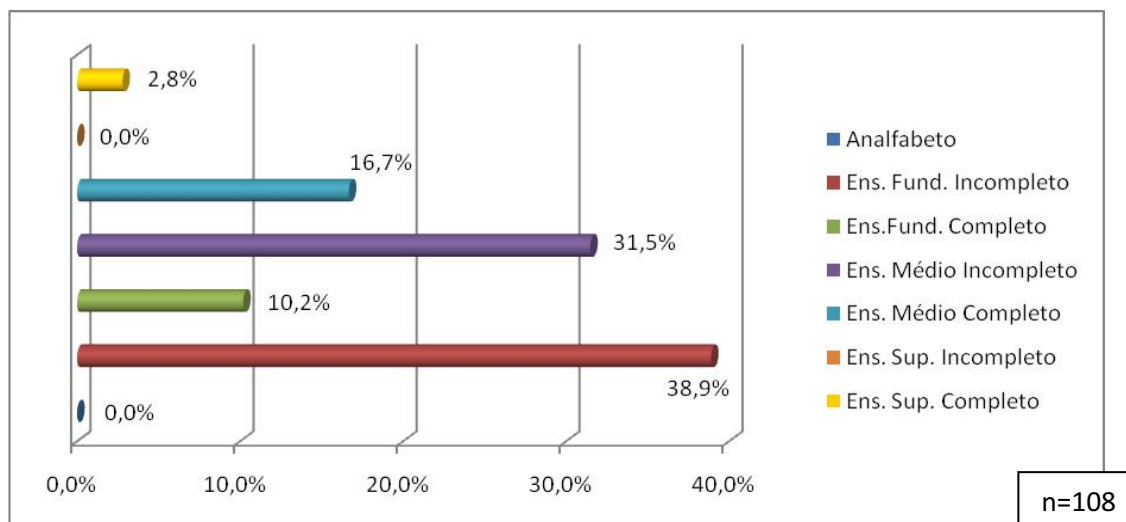
FONTE: Protocolo de pesquisa.

FIGURA 2 – Faixa etária das pacientes internadas com indicação de parto pré-termo, no hospital FSCMPA, no período de 1º de janeiro de 2010 a 1º de janeiro de 2011.



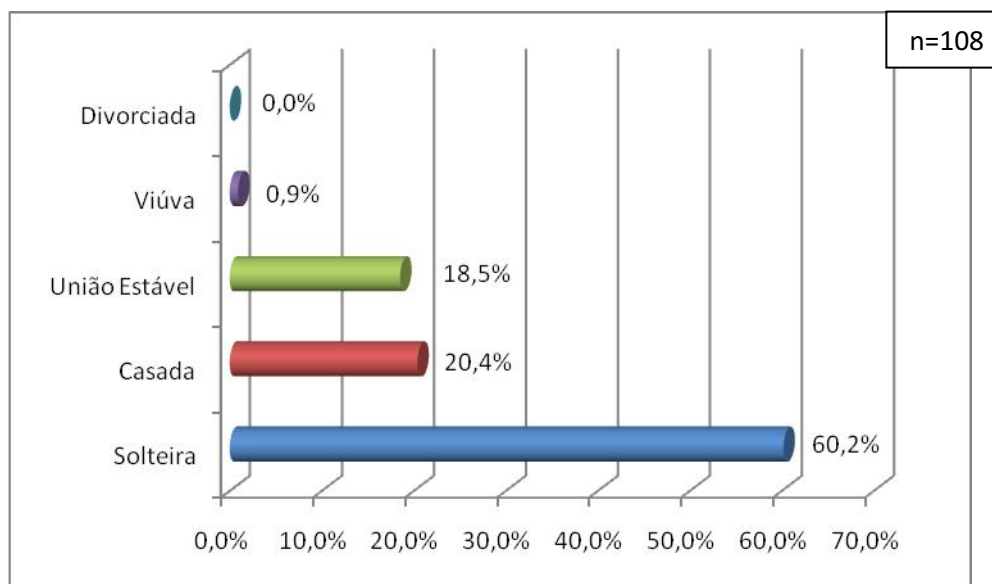
FONTE: Protocolo de pesquisa.

FIGURA 3 – Cor/raça das pacientes internadas com indicação de parto pré-termo, no hospital FSCMPA, no período de 1º de janeiro de 2010 a 1º de janeiro de 2011.



FONTE: Protocolo de pesquisa.

FIGURA 4 – Escolaridade das pacientes internadas com indicação de parto pré-termo, no hospital FSCMPA, no período de 1º de janeiro de 2010 a 1º de janeiro de 2011.

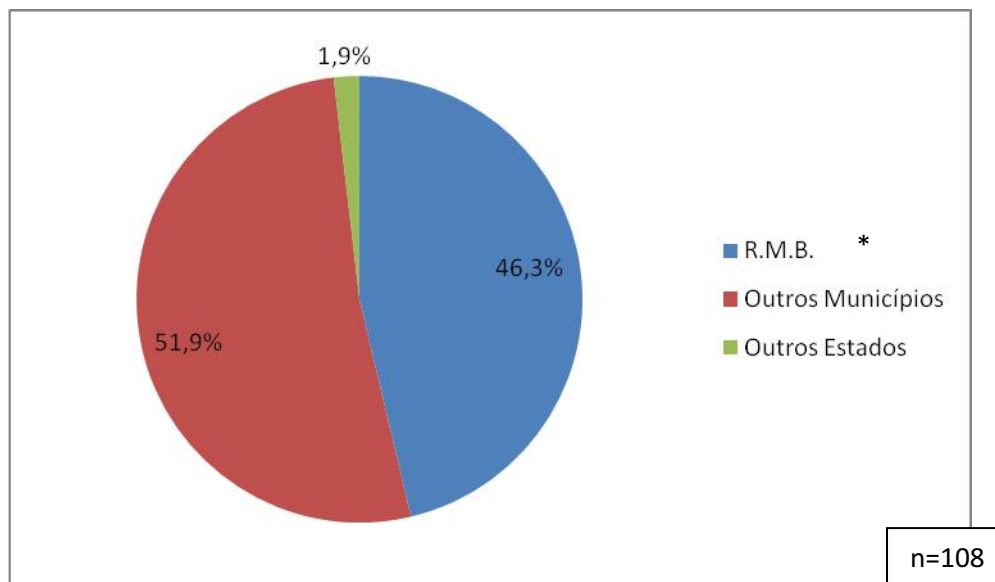


FONTE: Protocolo de pesquisa.

FIGURA 5 – Estado conjugal das pacientes internadas com indicação de parto pré-termo, no hospital FSCMPA, no período de 1º de janeiro de 2010 a 1º de janeiro de 2011.

A maioria das pacientes (n=108) é procedente de outros municípios do Estado, representando 51,9% dos casos, enquanto que 46,3% são da região metropolitana de Belém e 1,9% destas correspondem aquelas que vieram de outros estados, segundo a **figura 6**.

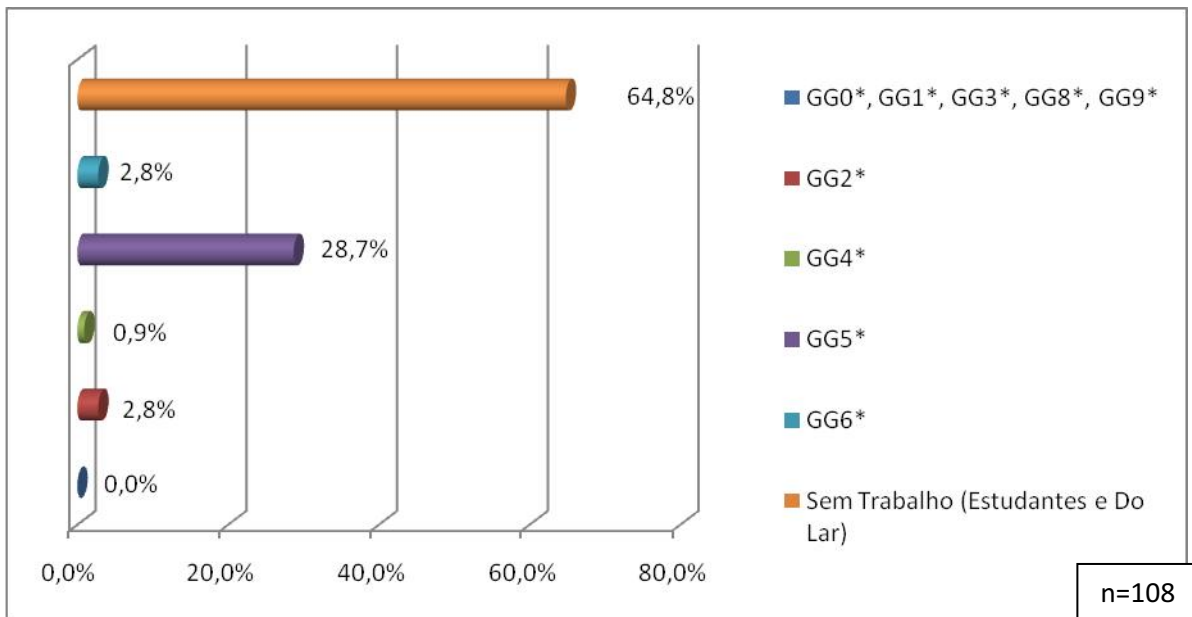
Na **figura 7**, pode-se notar que 64,8% da amostra (n=108) não exercem qualquer tipo de atividade profissional remunerada, já 28,7% destas, trabalham no setor de serviços, vendedores do comércio em lojas e mercados (empregadas domésticas, autônomas e vendedoras em comércio).



FONTE: Protocolo de pesquisa.

*R.M.B.- Região Metropolitana de Belém- compreende os municípios de: Ananindeua, Benevides, Belém, Marituba, Santa Bárbara do Pará e Santa Luzia do Pará.

FIGURA 6 – Procedência das pacientes internadas com indicação de parto pré-termo, no hospital FSCMPA, no período de 1º de janeiro de 2010 a 1º de janeiro de 2011.

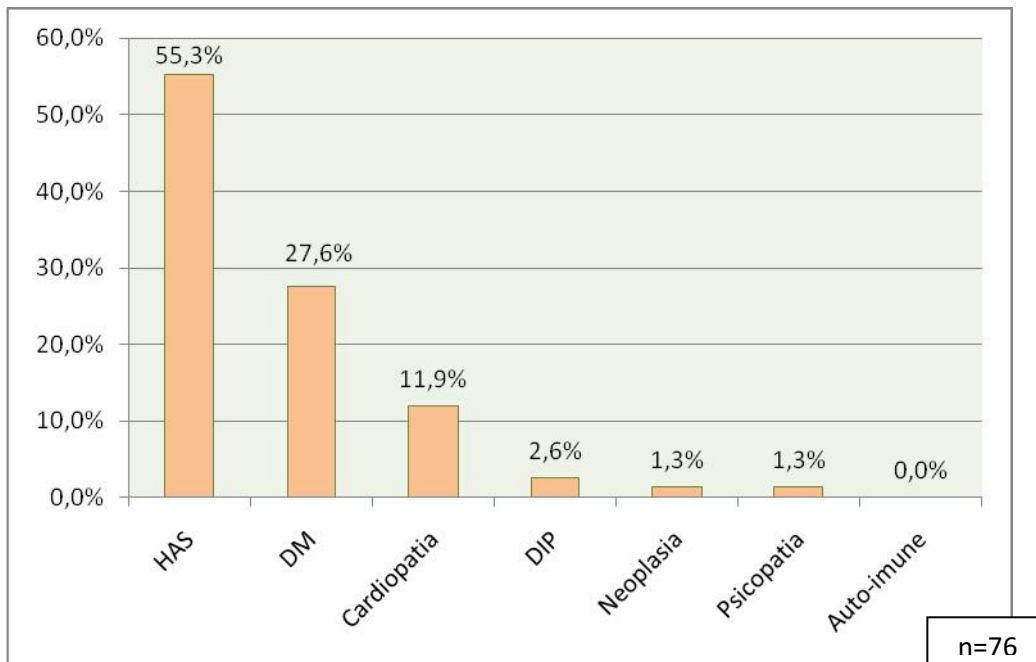


FONTE: Protocolo de pesquisa.

*GG0: Forças Armadas, policiais e bombeiros militares; GG1: Membros superiores do poder público; GG2: Profissionais das ciências e das artes; GG3: Técnicos de nível médio; GG4: Trabalhadores de serviços administrativos; GG5: Trabalhadores dos serviços, vendedores do comércio em lojas e mercados; GG6: Trabalhadores agropecuários, florestais, da caça e pesca; GG8: Trabalhadores da produção de bens e serviços industriais; GG9: Trabalhadores em serviços de manutenção e reparação.

FIGURA 7 – Profissão das pacientes internadas com indicação de parto pré-termo, no hospital FSCMPA, no período de 1º de janeiro de 2010 a 1º de janeiro de 2011.

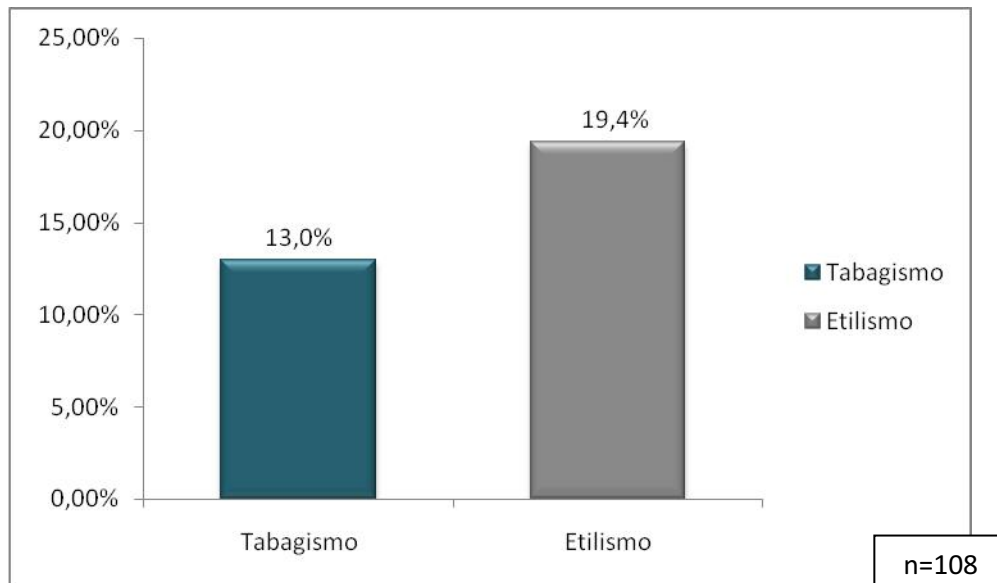
Foram computados 76 históricos de antecedentes familiares de primeiro grau patológicos (n=76) e, dentre eles, observou-se que a Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) representou mais da metade dos casos (55,3%), e o Diabetes Melitos (DM) representando 27,6% (**figura 8**).



FONTE: Protocolo de pesquisa.

FIGURA 8 – Antecedentes familiares patológicos das pacientes internadas com indicação de parto pré-termo, no hospital FSCMPA, no período de 1º de janeiro de 2010 a 1º de janeiro de 2011.

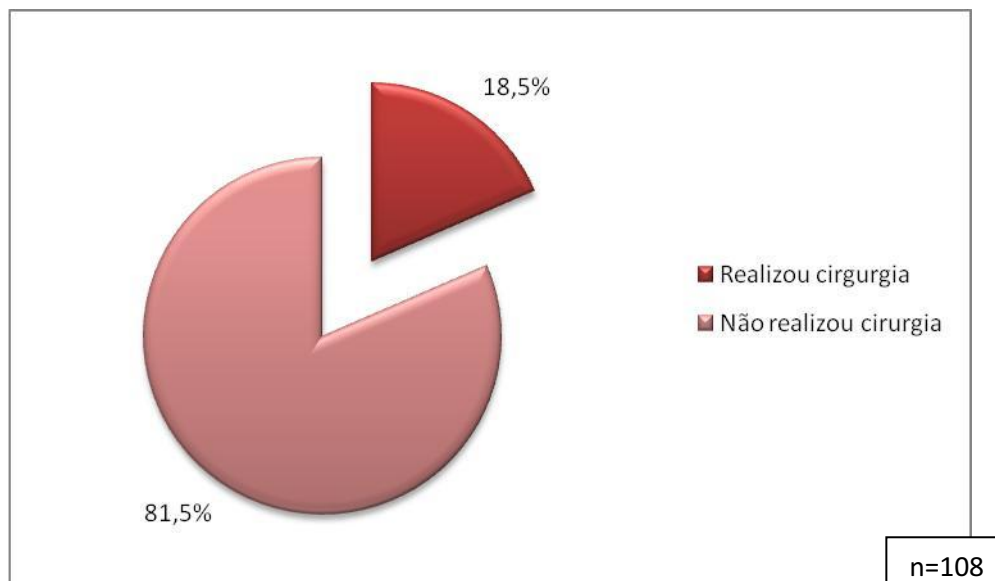
Com relação aos hábitos, constatou-se que, das 108 pacientes (n=108), o tabagismo esteve presente em apenas 13,0%, e que o etilismo predominou ao perfazer 19,4% dos casos. De nenhuma outra substância foi constatado uso (**figura 9**).



FONTE: Protocolo de pesquisa.

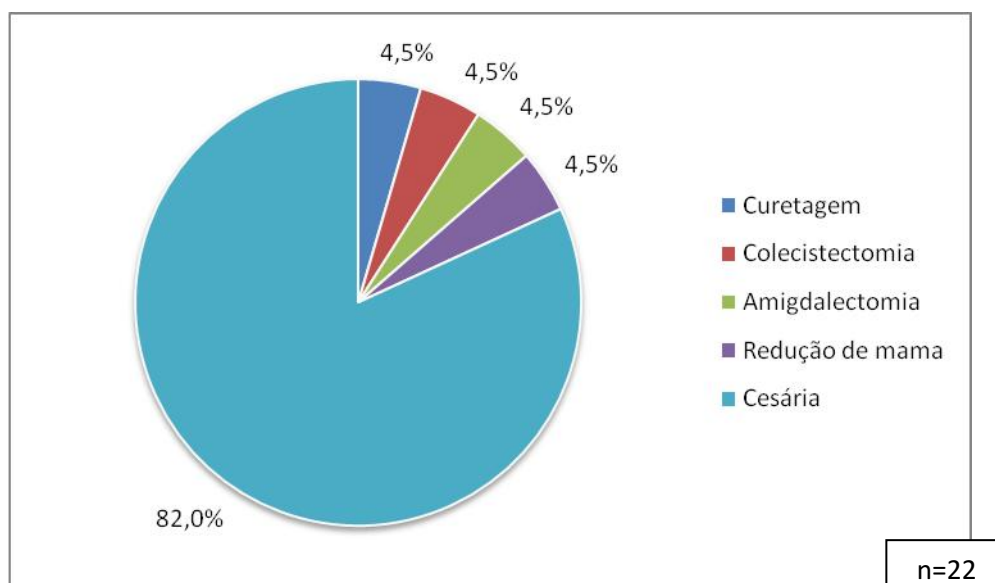
FIGURA 9 – Hábitos etilismo e tabagismo das pacientes internadas com indicação de parto pré-termo, no hospital FSCMPA, no período de 1º de janeiro de 2010 a 1º de janeiro de 2011.

Em relação a antecedentes pessoais de cirurgias, das 108 pacientes (n=108), um pouco mais de 80% das pacientes já haviam realizado (81,5%). A cesárea correspondeu a 80,0% das intervenções cirúrgicas e outras como curetagem e colecistectomia perfizeram 4,5% dos casos, cada (n=22) (**figuras 10 e 11**).



FONTE: Protocolo de pesquisa.

FIGURA 10 – Antecedente pessoal de cirurgia das pacientes internadas com indicação de parto pré-termo, no hospital FSCMPA, no período de 1º de janeiro de 2010 a 1º de janeiro de 2011.

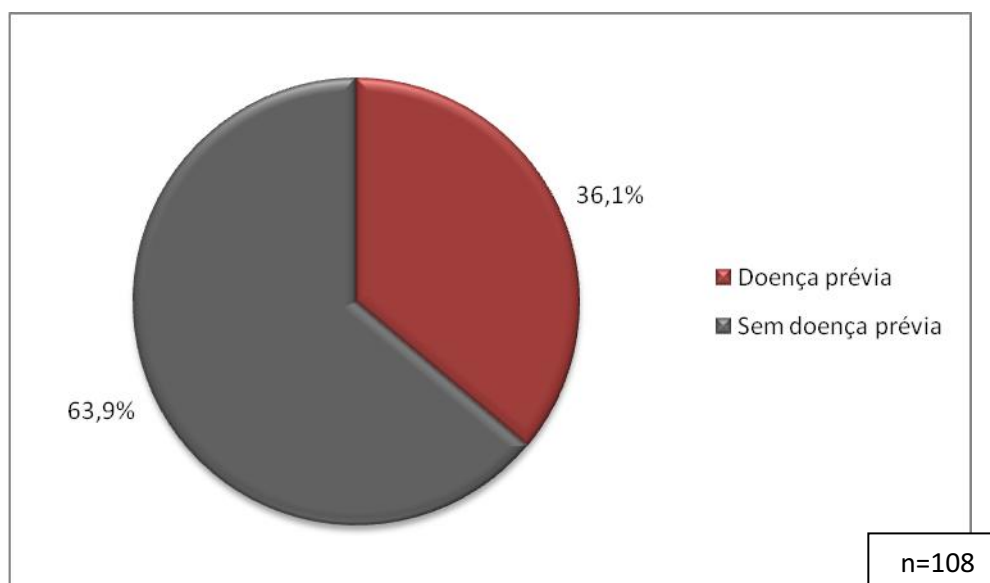


FONTE: Protocolo de pesquisa.

FIGURA 11 – Antecedente do tipo de cirurgia prévia das pacientes internadas com indicação de parto pré-termo, no hospital FSCMPA, no período de 1º de janeiro de 2010 a 1º de janeiro de 2011.

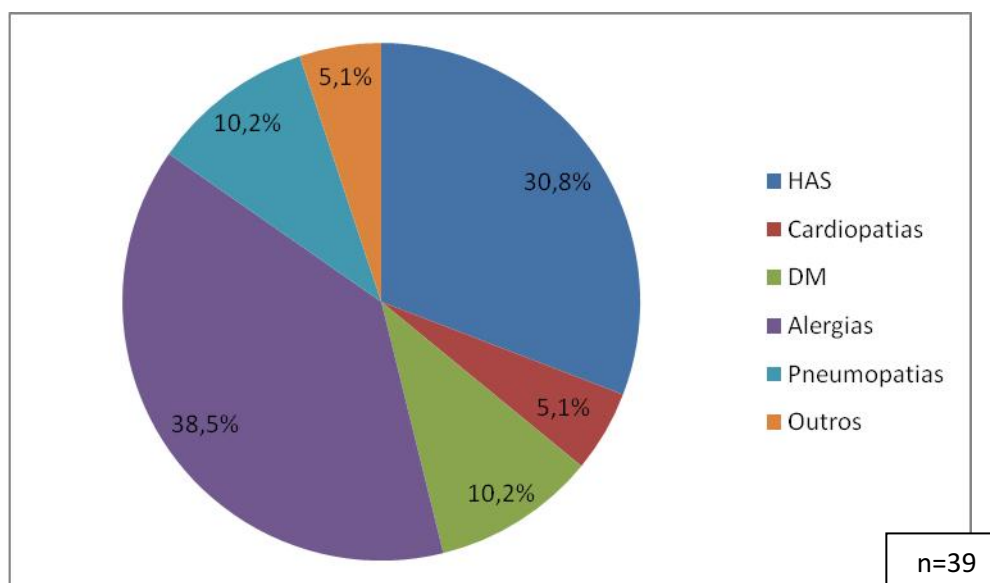
Nas **figuras 12 e 13**, observou-se que das 108 pacientes (n=108), 36,1% relataram algum tipo de doença prévia, dentre as quais (n=39), destacaram-se alergias

(respiratórias e medicamentosas) com 38,5% dos casos e a HAS representada por 30,8% dos casos.



FONTE: Protocolo de pesquisa.

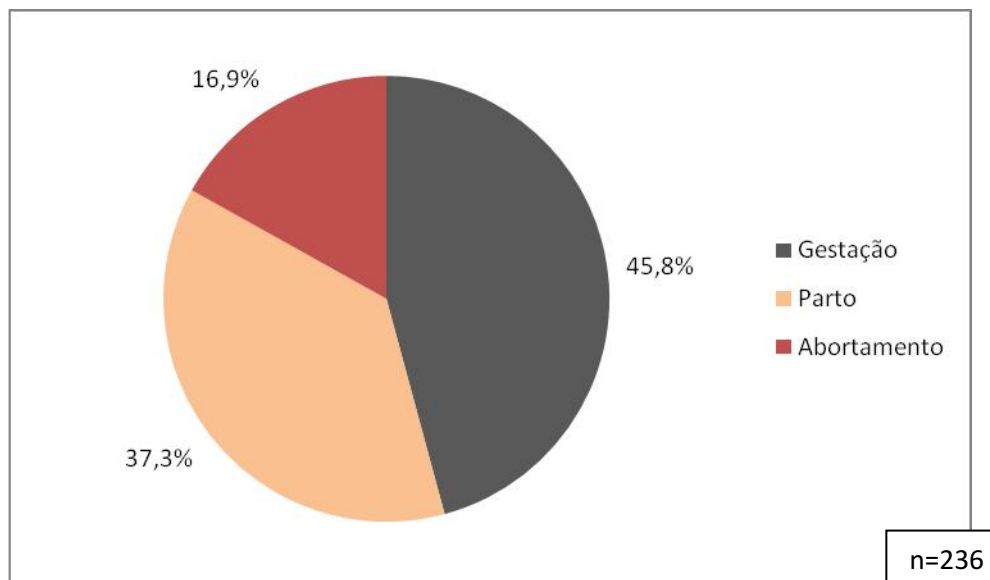
FIGURA 12 – História de doença prévia das pacientes internadas com indicação de parto pré-termo, no hospital FSCMPA, no período de 1º de janeiro de 2010 a 1º de janeiro de 2011.



FONTE: Protocolo de pesquisa.

FIGURA 13 – Tipo de doença prévia das pacientes internadas com indicação de parto pré-termo, no hospital FSCMPA, no período de 1º de janeiro de 2010 a 1º de janeiro de 2011.

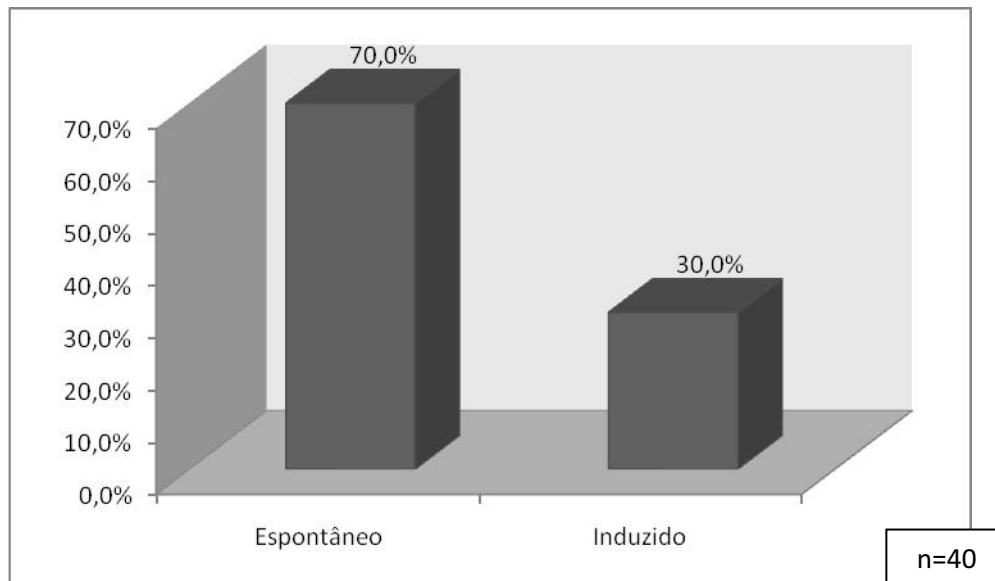
Observou-se que dentre os antecedentes obstétricos (n=236), 45,8% já haviam gestado pelo menos uma vez e que 16,9% já tinham história de abortamento (**figura 14**).



FONTE: Protocolo de pesquisa.

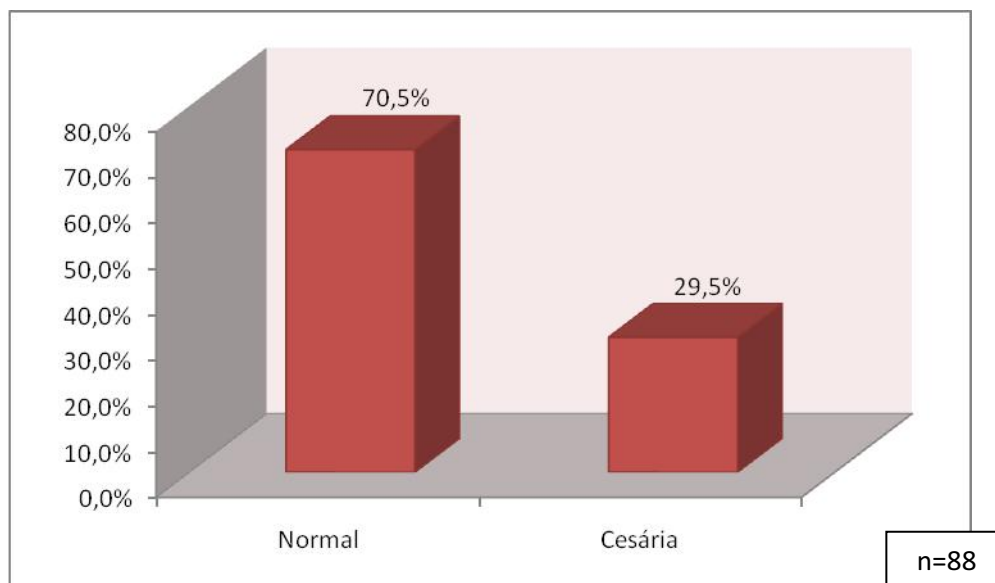
FIGURA 14 – Antecedentes obstétricos em relação ao número de gestações, partos e abortamentos, das pacientes internadas com indicação de parto pré-termo, no hospital FSCMPA, no período de 1º de janeiro de 2010 a 1º de janeiro de 2011.

Dentre os antecedentes obstétricos de abortamentos (n=40), 70% haviam sido espontâneos (**figura 15**); dentre o tipo de parto (n=88), 70,5% corresponderam ao parto normal (**figura 16**); e dentre as que já haviam gestado anteriormente (n=108), 54,6% das gestações foram múltiplas (**figura 18**).



FONTE: Protocolo de pesquisa.

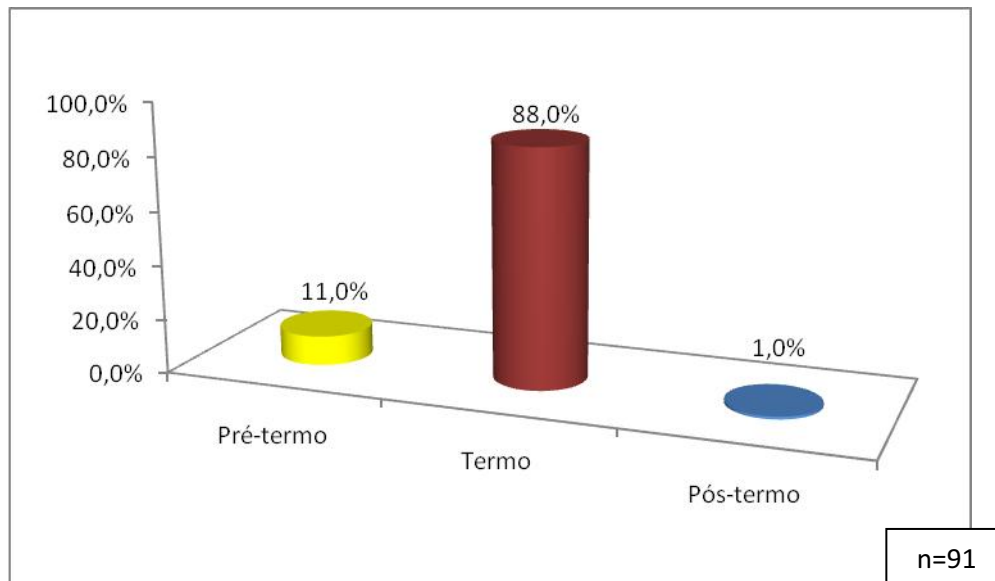
FIGURA 15 – Antecedentes obstétricos em relação ao tipo de abortamento já ocorrido, das pacientes internadas com indicação de parto pré-termo, no hospital FSCMPA, no período de 1º de janeiro de 2010 a 1º de janeiro de 2011.



FONTE: Protocolo de pesquisa.

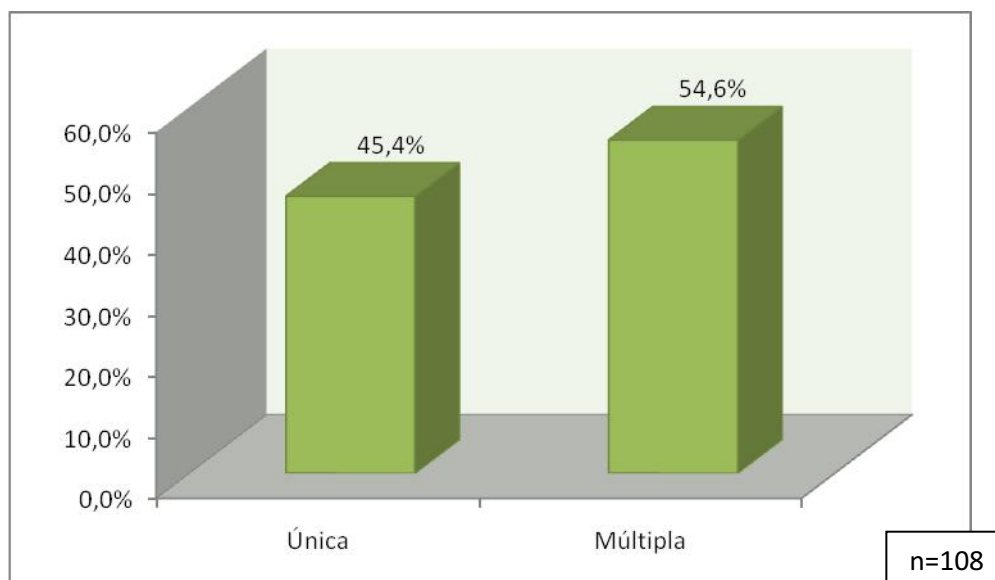
FIGURA 16 – Antecedentes obstétricos em relação ao tipo de parto já ocorrido, das pacientes internadas com indicação de parto pré-termo, no hospital FSCMPA, no período de 1º de janeiro de 2010 a 1º de janeiro de 2011.

Considerando que houve gestações anteriores do tipo gemelar, do total de nascimentos ocorridos (n=91), 11% foram pré-termos, contra 88% a termo e 1% pós-termos (**figura 17**).



FONTE: Protocolo de pesquisa.

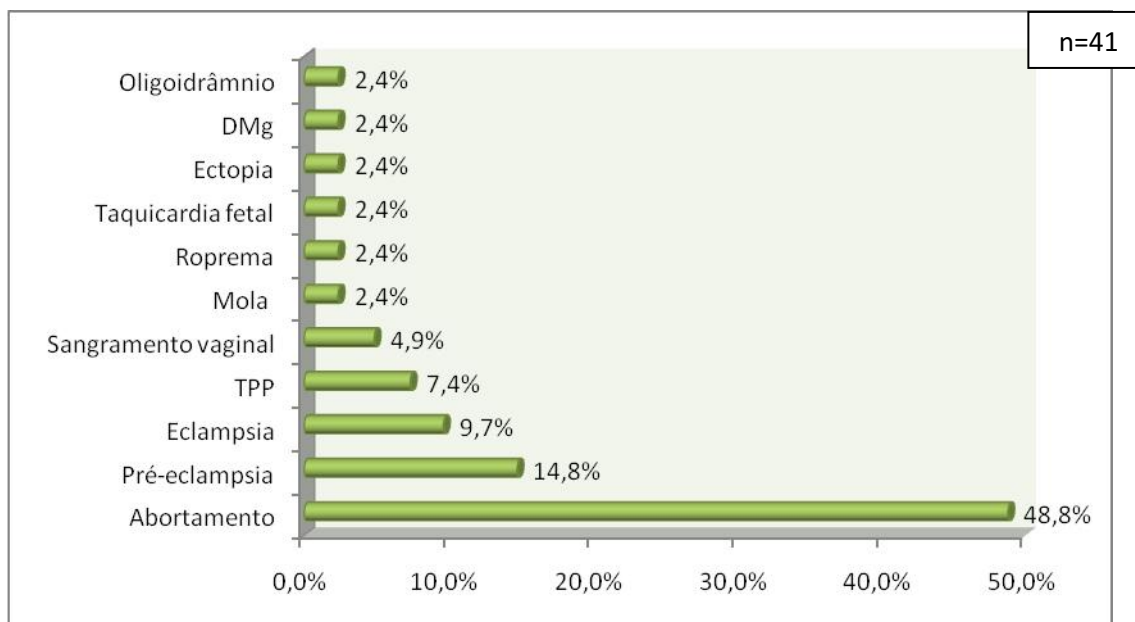
FIGURA 17 – Antecedentes obstétricos em relação a classificação dos nascimentos em pré-termo, a termo e pós-termo das pacientes internadas com indicação de parto pré-termo, no hospital FSCMPA, no período de 1º de janeiro de 2010 a 1º de janeiro de 2011.



FONTE: Protocolo de pesquisa.

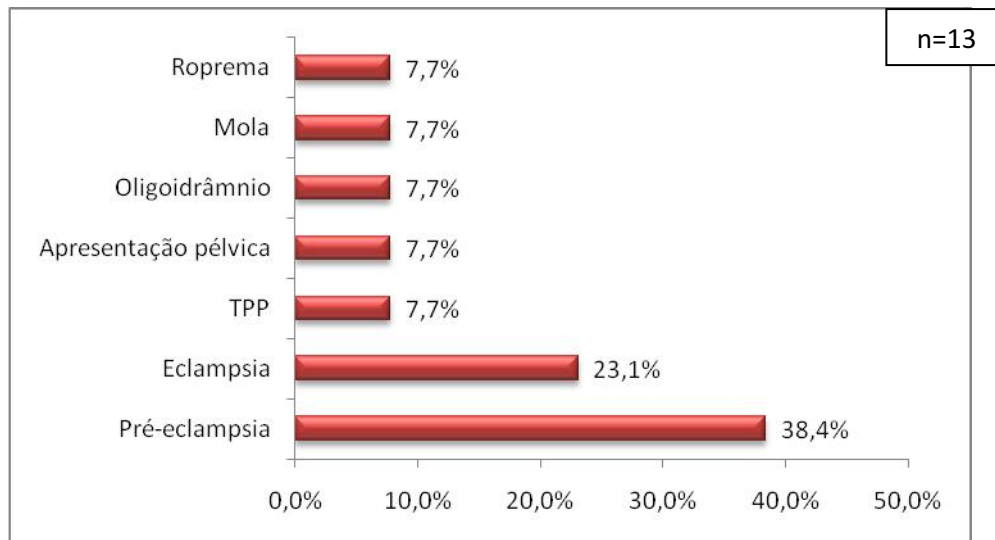
FIGURA 18 – Antecedentes obstétricos em relação ao número de gestações únicas e/ou múltiplas, das pacientes internadas com indicação de parto pré-termo, no hospital FSCMPA, no período de 1º de janeiro de 2010 a 1º de janeiro de 2011.

Foi investigada a ocorrência de intercorrências em gestações anteriores e constatou-se que, do total de intercorrências (n=41), 48,8% evoluíram para abortamento, 14,8% com pré-eclampsia e 9,7% com eclampsia (**figura 19**). E, dentre os motivos (n=13) que levaram a internação das pacientes em gestações anteriores, pré-eclampsia e eclampsia perfizeram a maior parte, representando, cada uma, 38,4% e 23,1% (**figura 20**).



FONTE: Protocolo de pesquisa.

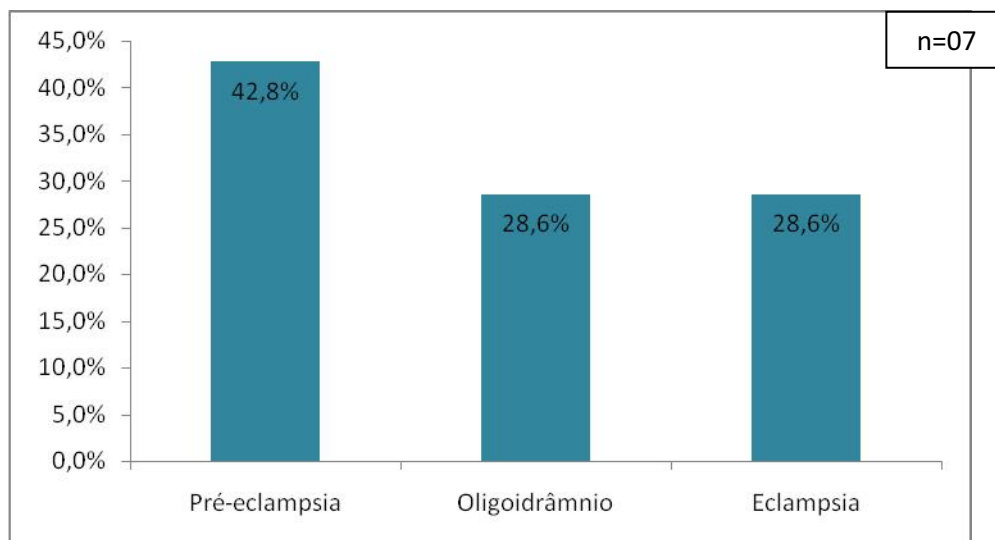
FIGURA 19 – Intercorrências nas gestações anteriores, das pacientes internadas com indicação de parto pré-termo, no hospital FSCMPA, no período de 1º de janeiro de 2010 a 1º de janeiro de 2011.



FONTE: Protocolo de pesquisa.

FIGURA 20 – Motivos que levaram a internação, nas gestações anteriores, das pacientes internadas com indicação de parto pré-termo, no hospital FSCMPA, no período de 1º de janeiro de 2010 a 1º de janeiro de 2011.

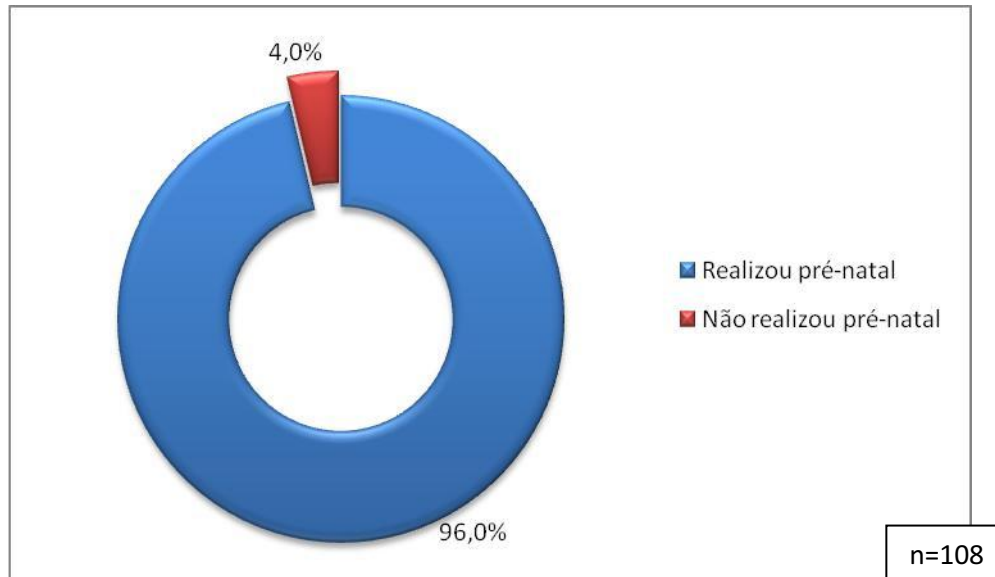
Já os motivos que indicaram trabalho de parto prematuro em gestações anteriores (n=07), a pré-eclampsia respondeu por 42,8% e eclampsia juntamente com oligodrâmnio, cada um, representaram 28,6% (**figura 21**).



FONTE: Protocolo de pesquisa.

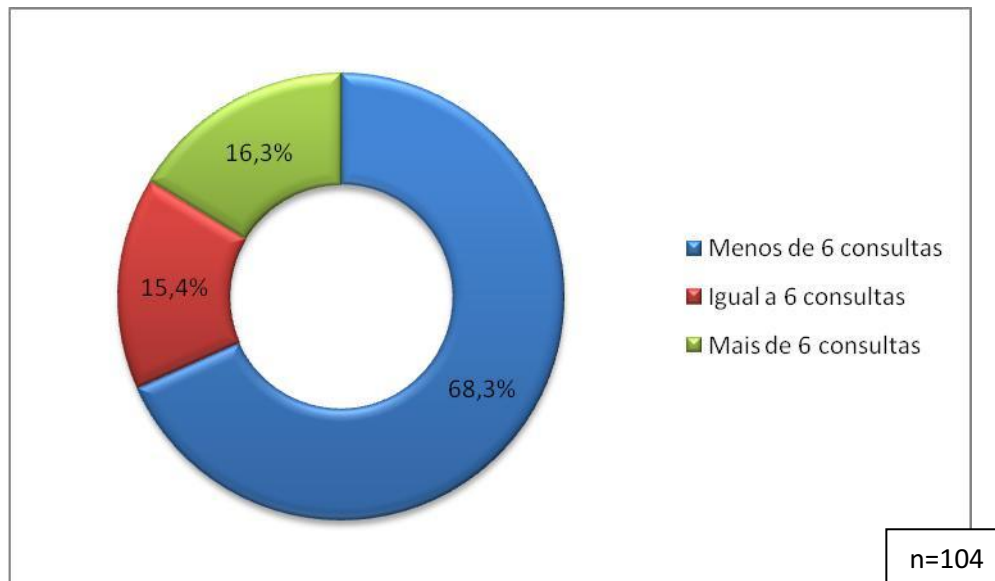
FIGURA 21 – Motivos que indicaram trabalho de parto prematuro, nas gestações anteriores, das pacientes internadas com indicação de parto pré-termo, no hospital FSCMPA, no período de 1º de janeiro de 2010 a 1º de janeiro de 2011.

Do total de pacientes (n=108), a assistência pré-natal foi buscada por 96,0% delas, na gestação atual (**figura 22**), entretanto, destas, quatro não realizaram pré-natal (n=104), e somente 31,7% realizaram seis ou mais consultas (**figura 23**).



FONTE: Protocolo de pesquisa.

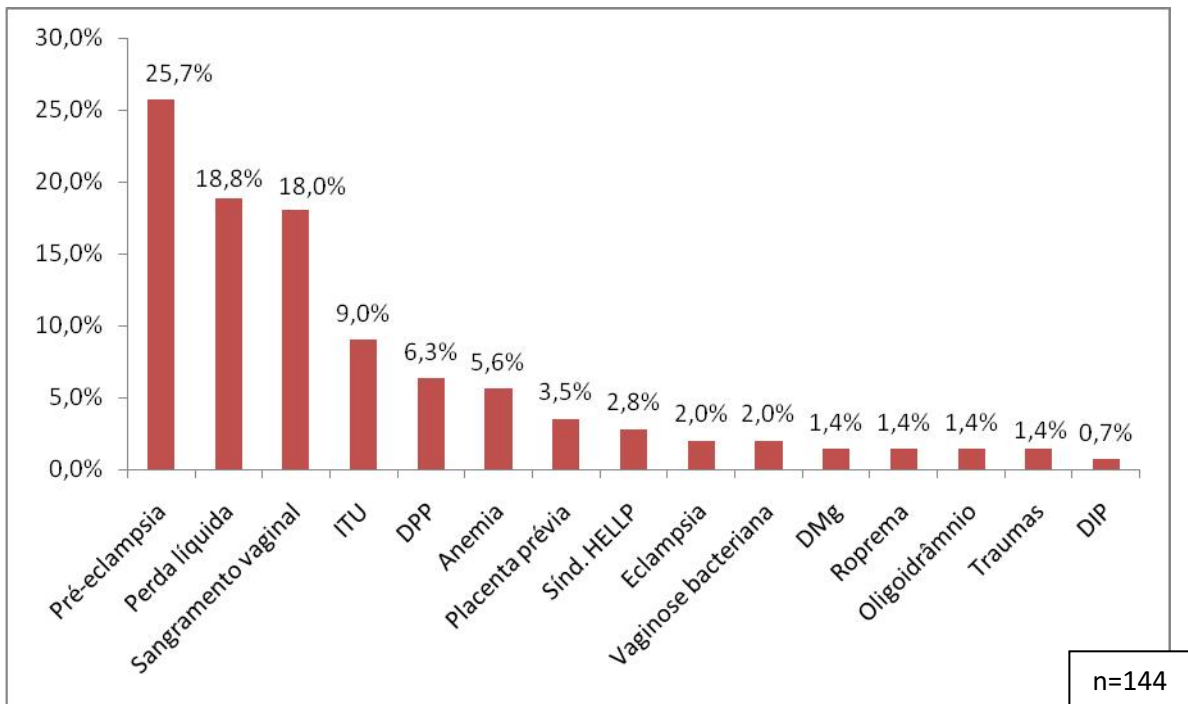
FIGURA 22 – Realização ou não de pré-natal, na gestação atual das pacientes internadas com indicação de parto pré-termo, no hospital FSCMPA, no período de 1º de janeiro de 2010 a 1º de janeiro de 2011.



FONTE: Protocolo de pesquisa.

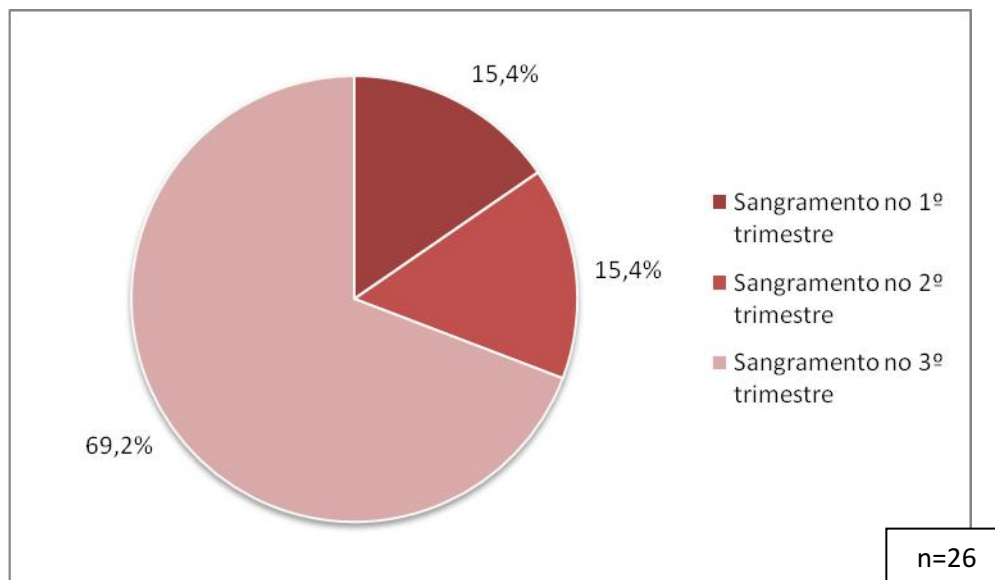
FIGURA 23 – Número de consultas pré-natais, na gestação atual, das pacientes internadas com indicação de parto pré-termo, no hospital FSCMPA, no período de 1º de janeiro de 2010 a 1º de janeiro de 2011.

A gestação atual foi marcada por algumas intercorrências maternas (n=144), dentre as quais, destacaram-se a pré-eclampsia (25,7%), a perda de líquido amniótico (18,8%) e o sangramento vaginal (18,0%), como mostra a **figura 24**. O sangramento vaginal (n=26) foi predominante no terceiro semestre da gestação, com 69,2% dos casos (**figura 25**).



FONTE: Protocolo de pesquisa.

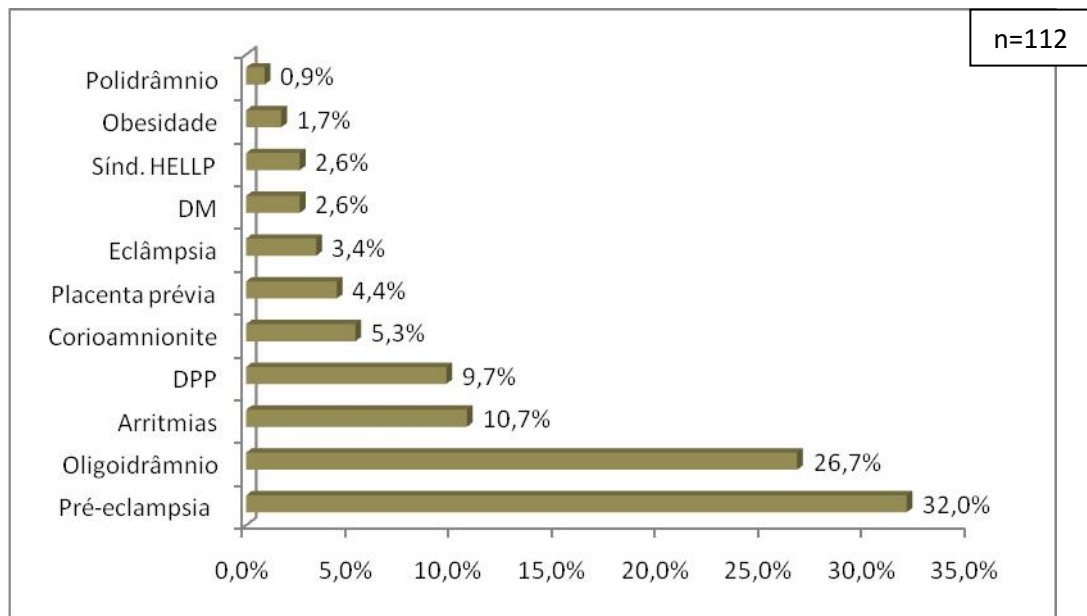
FIGURA 24 – Intercorrências maternas, na gestação atual das pacientes internadas com indicação de parto pré-termo, no hospital FSCMPA, no período de 1º de janeiro de 2010 a 1º de janeiro de 2011.



FONTE: Protocolo de pesquisa.

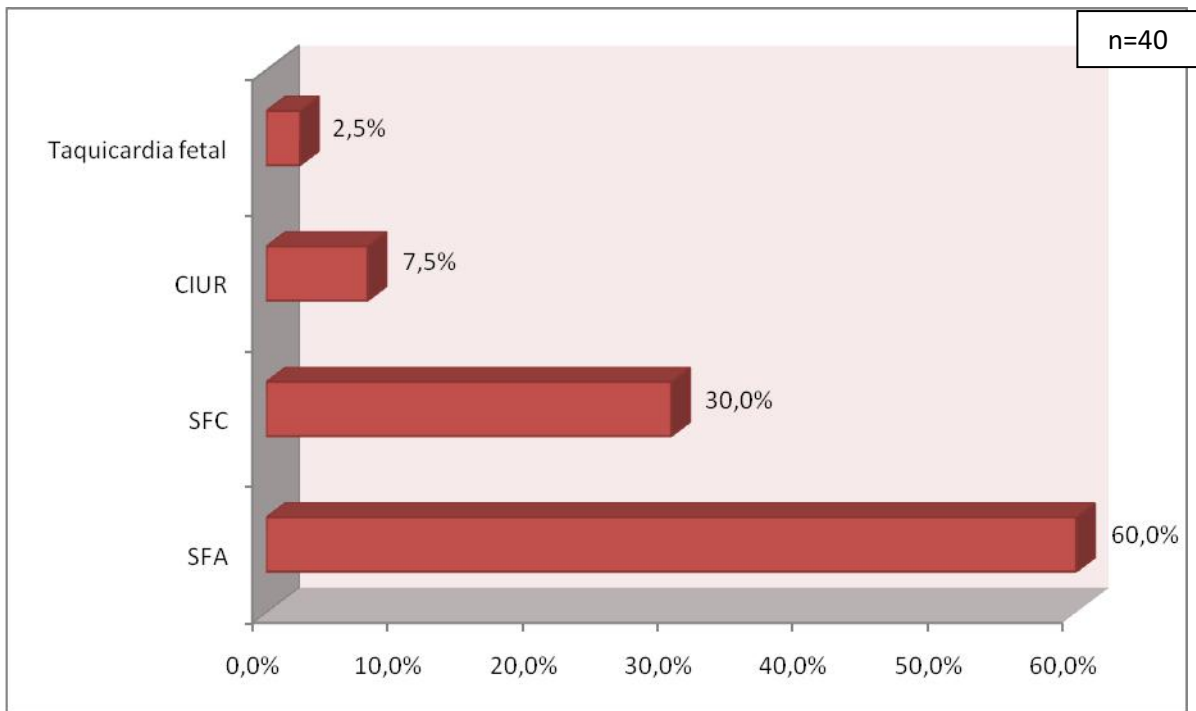
FIGURA 25 – Ocorrência de sangramento vaginal (em cada trimestre), na gestação atual das pacientes internadas com indicação de parto pré-termo, no hospital FSCMPA, no período de 1º de janeiro de 2010 a 1º de janeiro de 2011.

A indicação de trabalho de parto pré-termo na gestação atual (n=112) teve como principais motivos maternos, pré-eclampsia (32,0%) e oligoidrâmnio (26,7%), como representado na **figura 26**. E, entre os motivos fetais (n=40), SFA e sofrimento fetal crônico (SFC) estiveram presentes em 60,0% e 30,0%, respectivamente (**figura 27**).



FONTE: Protocolo de pesquisa.

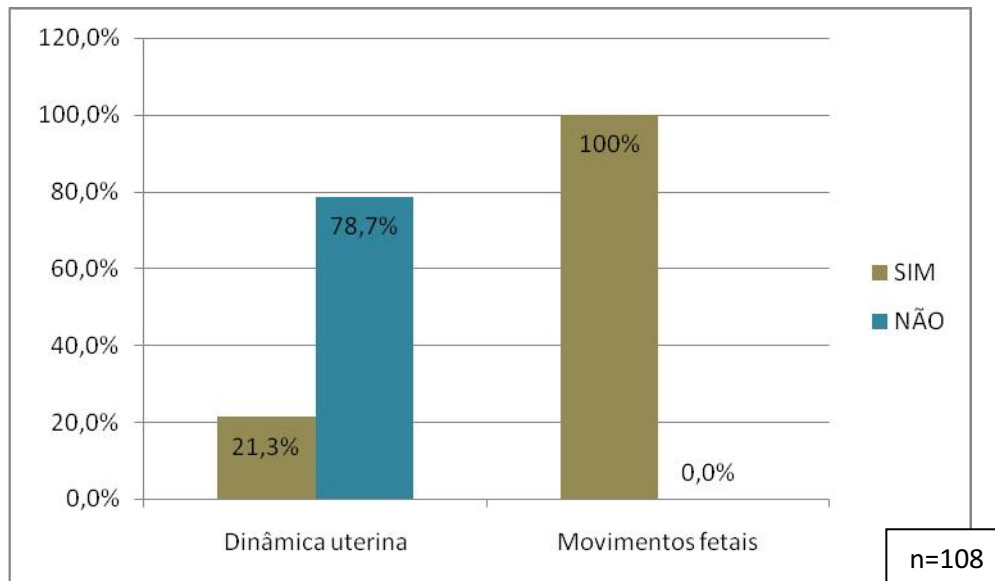
FIGURA 26 – Causas maternas que indicaram parto pré-termo na gestação atual das pacientes internadas com indicação de parto pré-termo, no hospital FSCMPA, no período de 1º de janeiro de 2010 a 1º de janeiro de 2011.



FONTE: Protocolo de pesquisa.

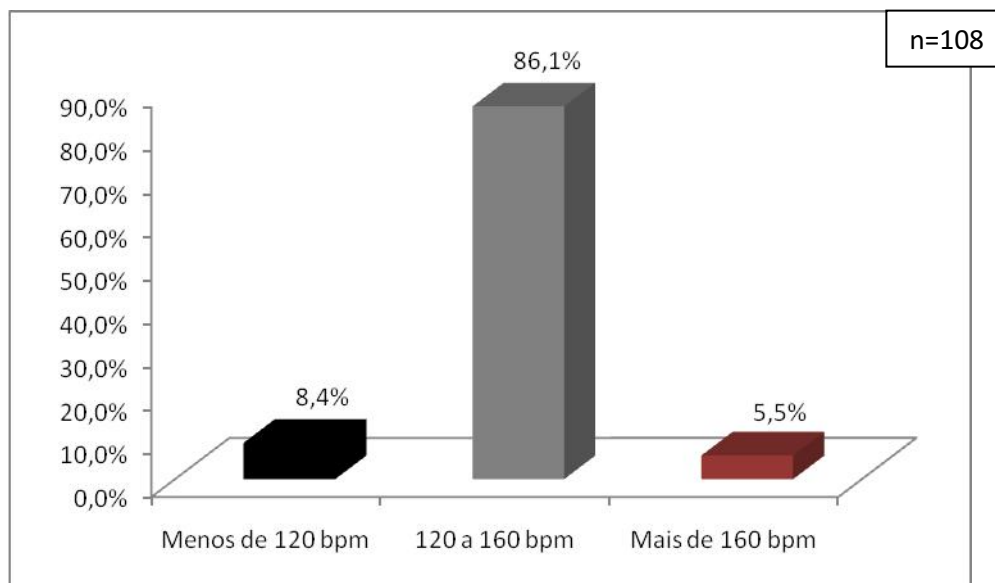
FIGURA 27 – Causas fetais que indicaram parto pré-termo na gestação atual das pacientes internadas com indicação de parto pré-termo, no hospital FSCMPA, no período de 1º de janeiro de 2010 a 1º de janeiro de 2011.

A avaliação gestacional (n=108) mostrou que 100% apresentava movimentos fetais ativos, enquanto que somente 21,3% apresentou boa dinâmica uterina (**figura 28**). Quanto a contagem do batimentos cardíacos fetais (BCF) (n=108), 86,1% dos fetos apresentaram entre 120 e 160 batimentos, assim como exposto na **figura 29**.



FONTE: Protocolo de pesquisa.

FIGURA 28 – Avaliação gestacional através da dinâmica uterina e dos movimentos fetais, na gestação atual das pacientes internadas com indicação de parto pré-termo, no hospital FSCMPA, no período de 1º de janeiro de 2010 a 1º de janeiro de 2011.

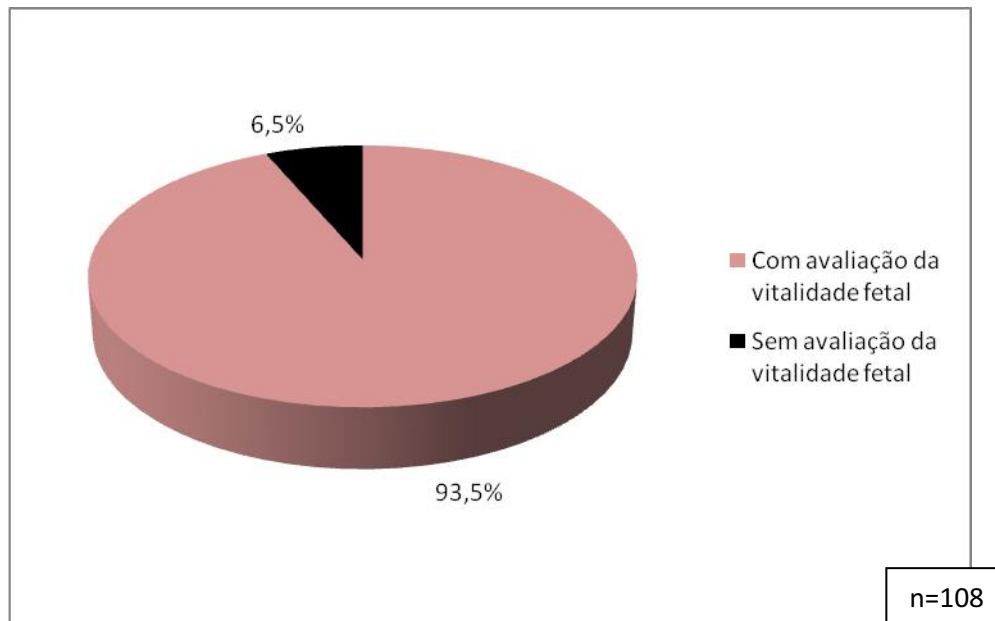


FONTE: Protocolo de pesquisa.

FIGURA 29 – Avaliação gestacional através dos BCF, na gestação atual das pacientes internadas com indicação de parto pré-termo, no hospital FSCMPA, no período de 1º de janeiro de 2010 a 1º de janeiro de 2011.

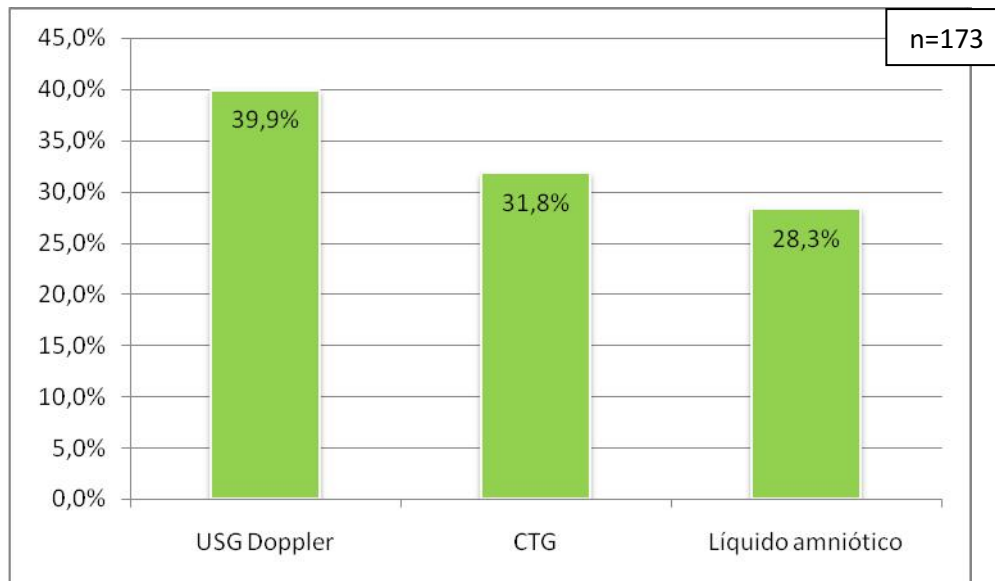
A vitalidade fetal foi avaliada (n=108) na maior parte das gestantes (93,5%) como mostra a **figura 30**, sendo que, de um total de 173 exames realizados (n=173),

39,9% foi através da USG Doppler, 31,8% através da CTG e 28,3% pela avaliação do líquido amniótico (**figura 31**).



FONTE: Protocolo de pesquisa.

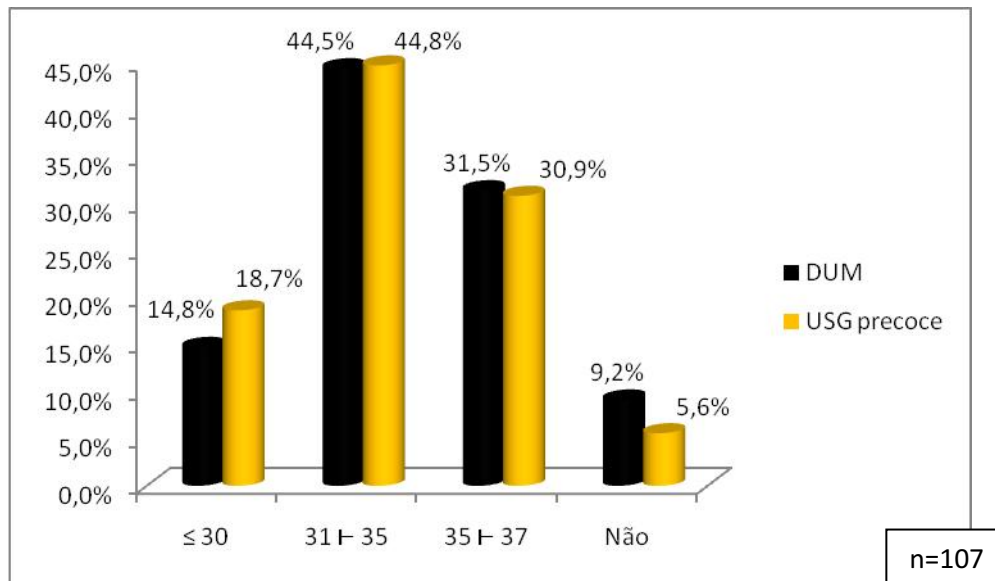
FIGURA 30 – Avaliação ou não da vitalidade fetal, na gestação atual das pacientes internadas com indicação de parto pré-termo, no hospital FSCMPA, no período de 1º de janeiro de 2010 a 1º de janeiro de 2011.



FONTE: Protocolo de pesquisa.

FIGURA 31 – Tipo de avaliação da vitalidade fetal, na gestação atual das pacientes internadas com indicação de parto pré-termo, no hospital FSCMPA, no período de 1º de janeiro de 2010 a 1º de janeiro de 2011.

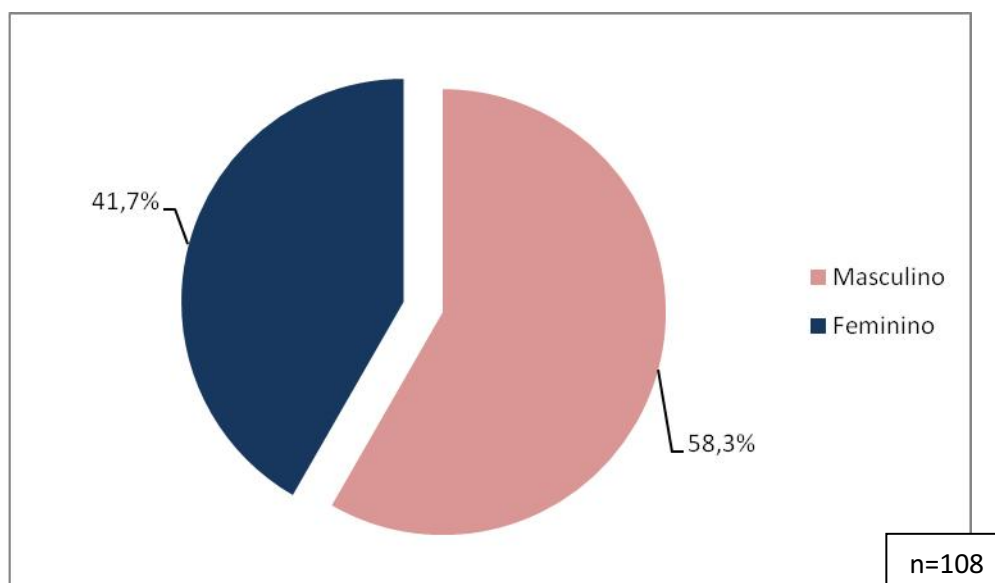
Por outro lado, a IG foi verificada tanto pela data da última menstruação (DUM) quanto pela USG precoce. Constatou-se que 44,5% e 44,8% estiveram entre 31 semanas completas e 35 semanas incompletas de gestação, respectivamente, frisando que somente uma paciente não foi avaliada através da USG Doppler (n=107), (**figura 32**).



FONTE: Protocolo de pesquisa.

FIGURA 32 – Idade gestacional compatível com a DUM e USG precoce, na gestação atual das pacientes internadas com indicação de parto pré-termo, no hospital FSCMPA, no período de 1º de janeiro de 2010 a 1º de janeiro de 2011.

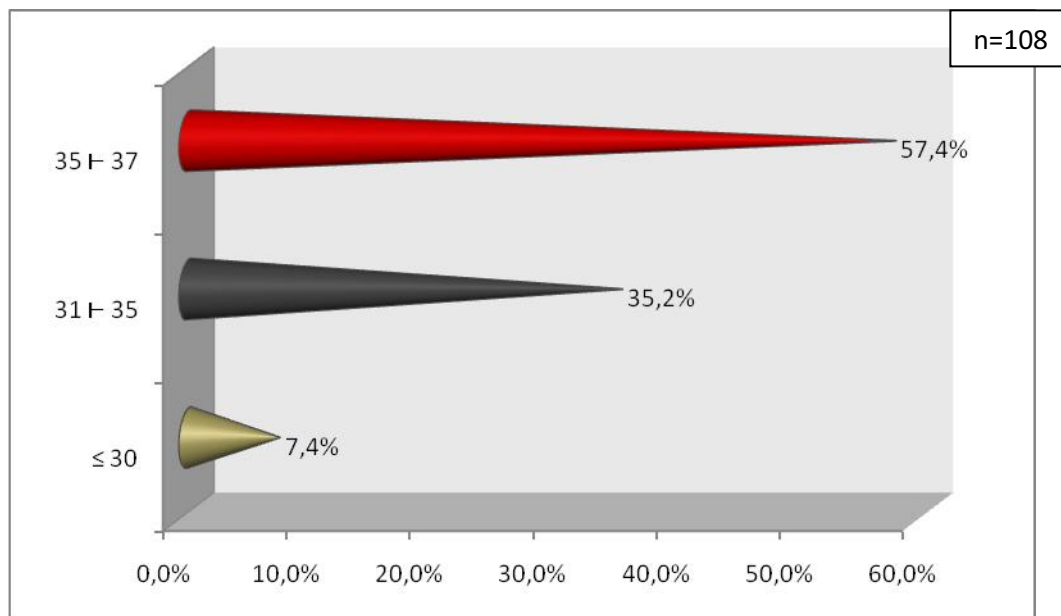
Das crianças nascidas (n=108), um pouco mais da metade foi do sexo masculino com 58,3%, restando 41,7% do sexo feminino (**figura 33**).



FONTE: Protocolo de pesquisa.

FIGURA 33 – Gêneros dos recém-nascidos das pacientes internadas com indicação de parto pré-termo, no hospital FSCMPA, no período de 1º de janeiro de 2010 a 1º de janeiro de 2011.

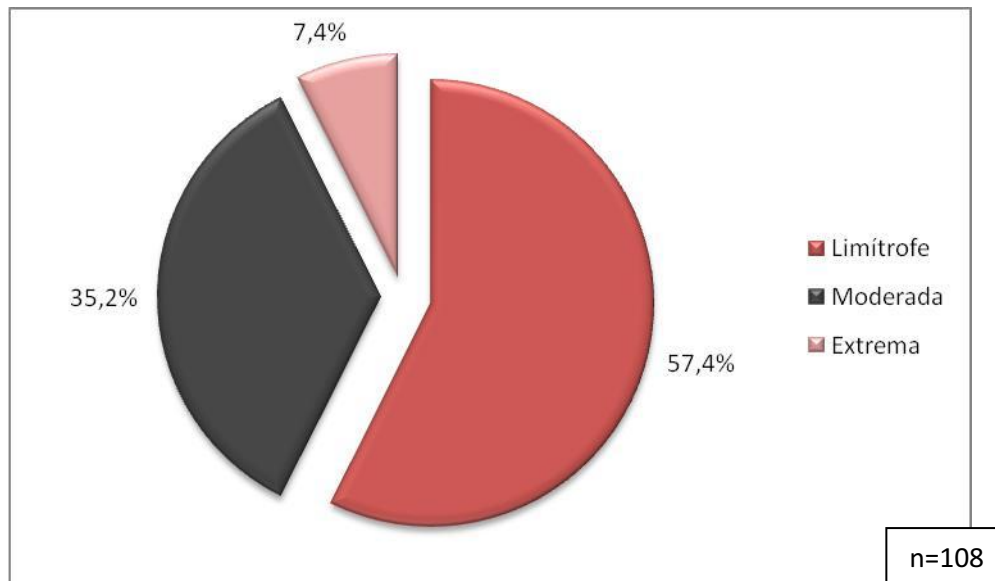
A IG dos RNs foi verificada pelo método Capurro (**figura 34**). Constatou-se que 57,4% estavam entre 35 semanas completas e 37 semanas incompletas (n=108).



FONTE: Protocolo de pesquisa.

FIGURA 34 – Avaliação da IG, de acordo com o método Capurro, dos recém-nascidos das pacientes internadas com indicação de parto pré-termo, no hospital FSCMPA, no período de 1º de janeiro de 2010 a 1º de janeiro de 2011.

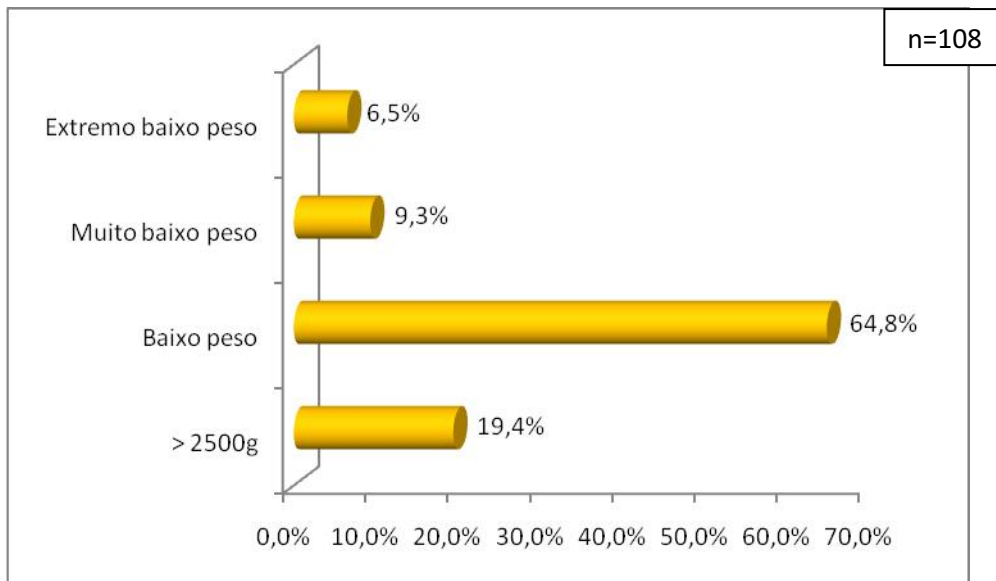
A prematuridade foi classificada como limítrofe, moderada e extrema (**figura 35**). Pouco mais da metade dos casos (57,4%) esteve na classificação moderada e somente 7,4%, na extrema (n=108).



FONTE: Protocolo de pesquisa.

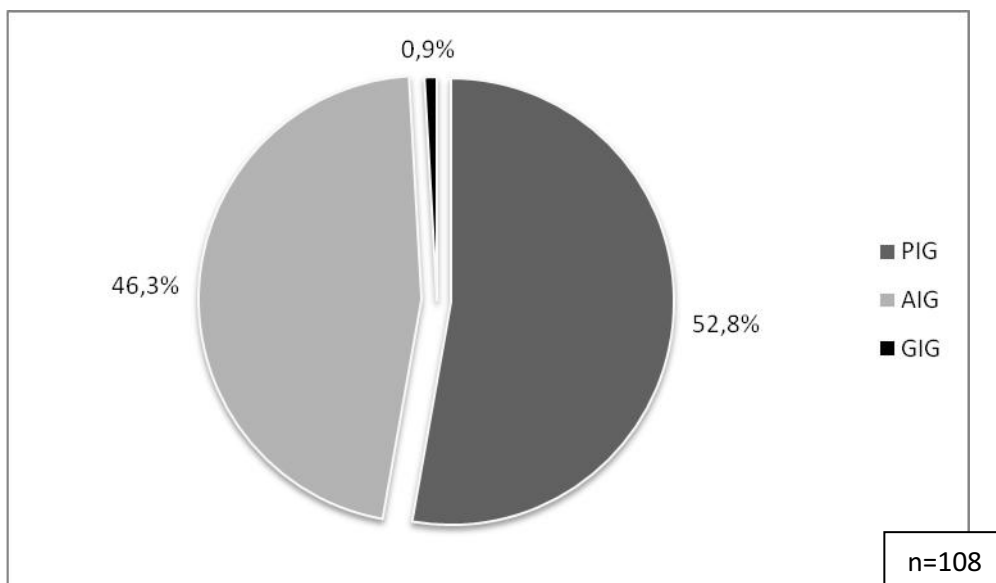
FIGURA 35 – Classificação da prematuridade dos recém-nascidos das pacientes internadas com indicação de parto pré-termo, no hospital FSCMPA, no período de 1º de janeiro de 2010 a 1º de janeiro de 2011.

Aproximadamente 60,0% (64,8%) dos RNs foram classificados, quanto ao peso ao nascimento, como baixo peso. Peso acima de 2500g representou 19,4% (n=108) (**figura 36**). De acordo com o tamanho para a IG (n=108), mais da metade dos casos foram PIG (52,8%) e apenas 0,9%, GIG, como representado na **figura 37**.



FONTE: Protocolo de pesquisa.

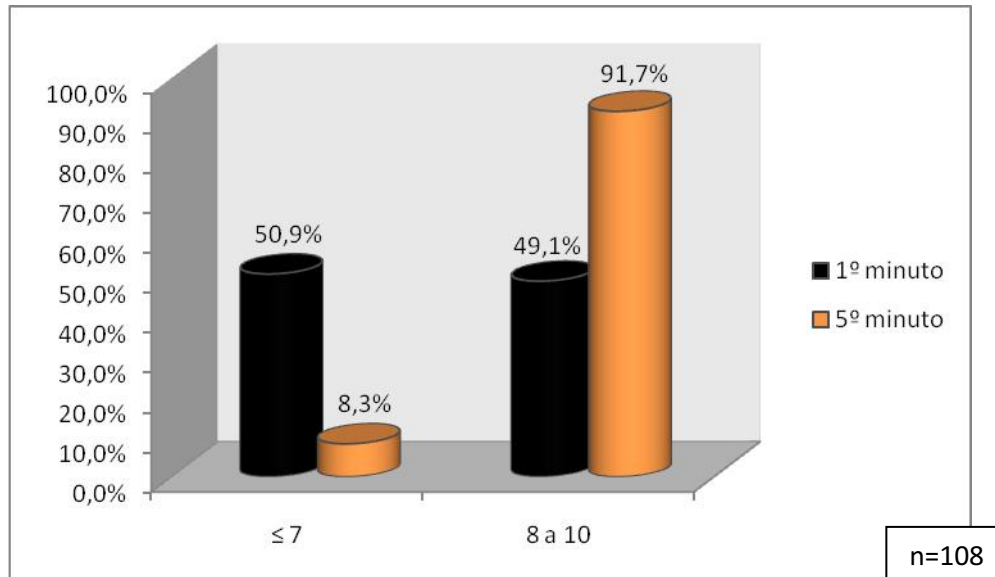
FIGURA 36 – Classificação dos recém-nascidos, quanto ao peso ao nascimento, das pacientes internadas com indicação de parto pré-termo, no hospital FSCMPA, no período de 1º de janeiro de 2010 a 1º de janeiro de 2011.



FONTE: Protocolo de pesquisa.

FIGURA 37 – Classificação dos recém-nascidos, quanto ao tamanho para a idade gestacional, das pacientes internadas com indicação de parto pré-termo, no hospital FSCMPA, no período de 1º de janeiro de 2010 a 1º de janeiro de 2011.

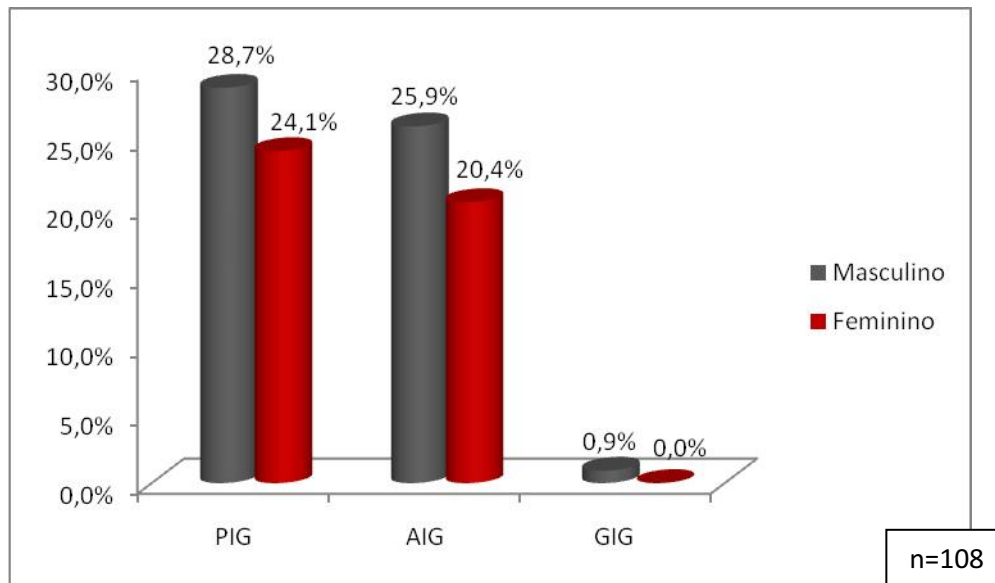
Ao se avaliar a vitalidade neonatal, de acordo com o escore APGAR (n=108), 49,1% e 91,7% foram classificados como tendo boas condições aos primeiro e quinto minutos, respectivamente (**figura 38**).



FONTE: Protocolo de pesquisa.

FIGURA 38 – Vitalidade neonatal, de acordo com o escore APGAR, dos recém-nascidos das pacientes internadas com indicação de parto pré-termo, no hospital FSCMPA, no período de 1º de janeiro de 2010 a 1º de janeiro de 2011.

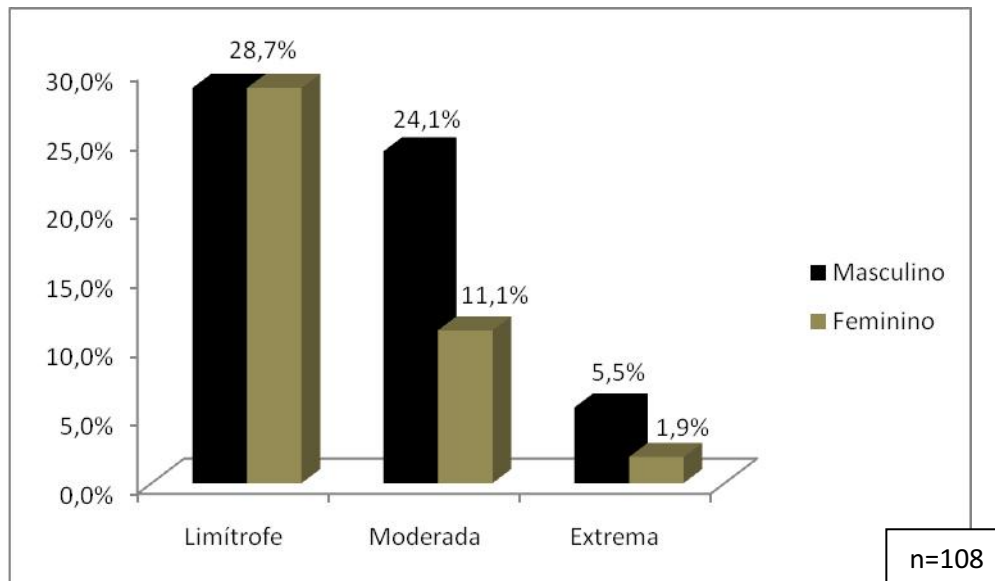
Assim como o sexo masculino, o sexo feminino apresentou mais RNs PIG (32,4% e 27,8%, respectivamente) e, nenhum dos RNs do sexo feminino foi GIG, como mostra a **figura 39** (n=108).



FONTE: Protocolo de pesquisa.

FIGURA 39 – Gêneros dos recém-nascidos, de acordo com a classificação em PIG, AIG ou GIG, das pacientes internadas com indicação de parto pré-termo, no hospital FSCMPA, no período de 1º de janeiro de 2010 a 1º de janeiro de 2011.

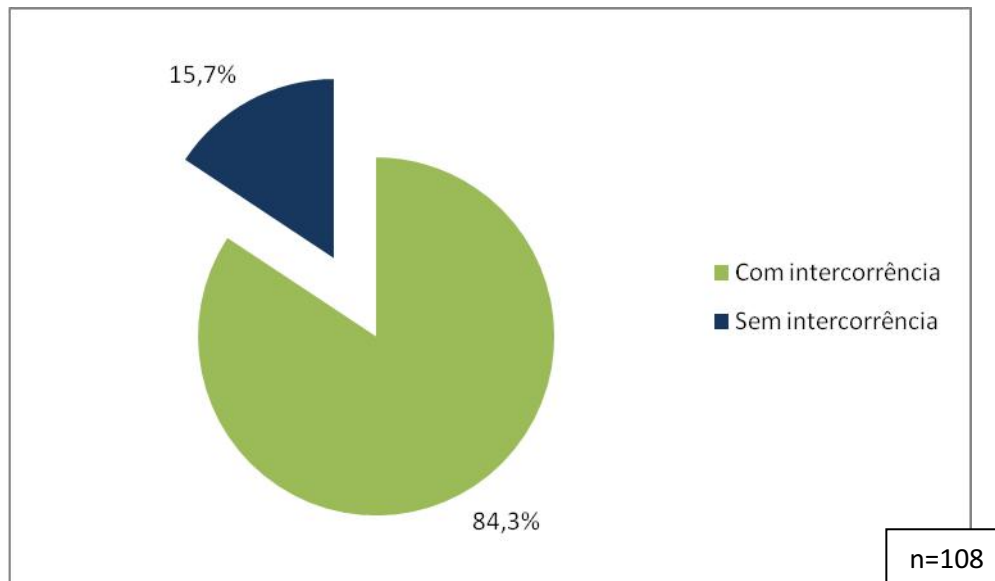
Iguais números de RNs dos sexos masculino e feminino apresentaram prematuridade limítrofe (28,7%), enquanto que nas prematuridades moderada e extrema, os homens estiveram na frente, com 24,1% e 5,5%, respectivamente (n=108), **(figura 40)**.



FONTE: Protocolo de pesquisa.

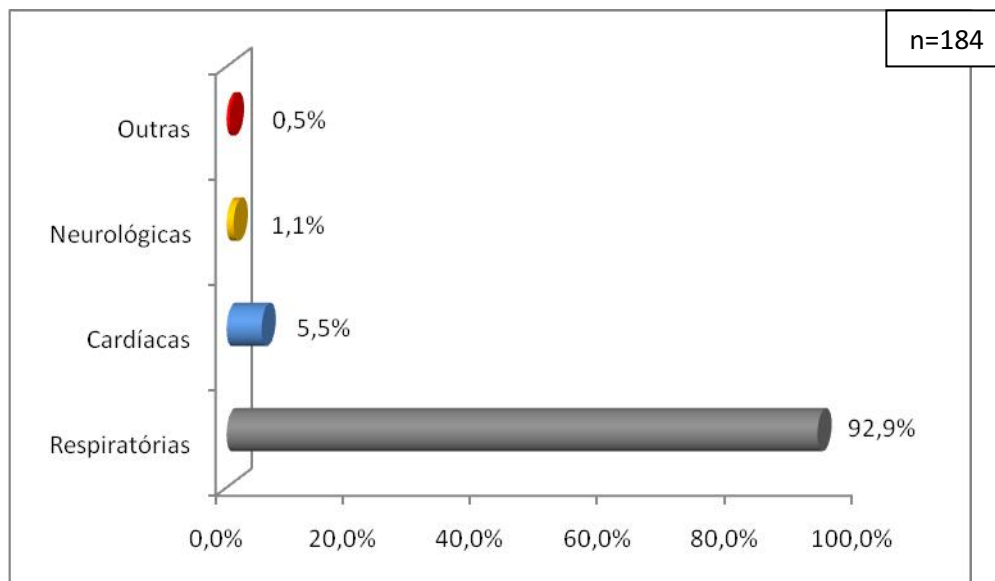
FIGURA 40 – Gêneros dos recém-nascidos, de acordo com a classificação de prematuridade, das pacientes internadas com indicação de parto pré-termo, no hospital FSCMPA, no período de 1º de janeiro de 2010 a 1º de janeiro de 2011.

De todos os recém-nascidos (n=108), a grande maioria apresentou algum tipo de intercorrência (84,3%), como está representado na **figura 41**. E, dentre as intercorrências (n=184), as respiratórias foram as mais prevalentes, com 92,9% dos casos (**figura 42**).



FONTE: Protocolo de pesquisa.

FIGURA 41 – Intercorrências nos recém-nascidos das pacientes internadas com indicação de parto pré-termo, no hospital FSCMPA, no período de 1º de janeiro de 2010 a 1º de janeiro de 2011.

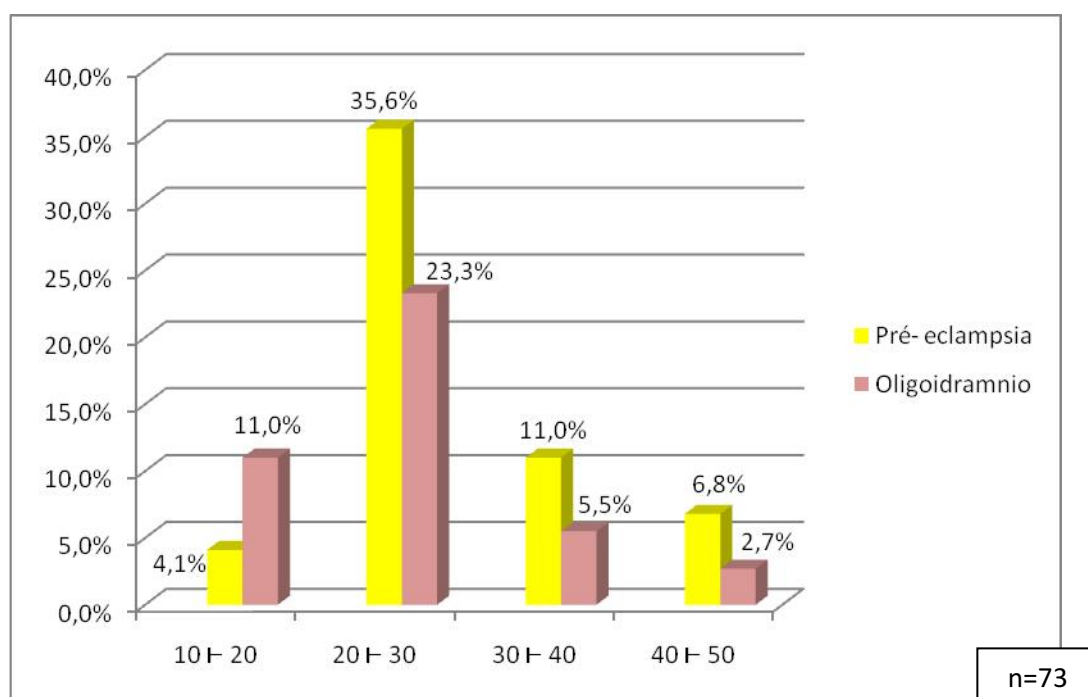


FONTE: Protocolo de pesquisa.

FIGURA 42 – Tipos de intercorrências nos recém-nascidos das pacientes internadas com indicação de parto pré-termo, no hospital FSCMPA, no período de 1º de janeiro de 2010 a 1º de janeiro de 2011.

Constatou-se que a idade materna entre 20 anos completos e 30 anos incompletos foi a que mais se relacionou com a ocorrência de pré-eclampsia e

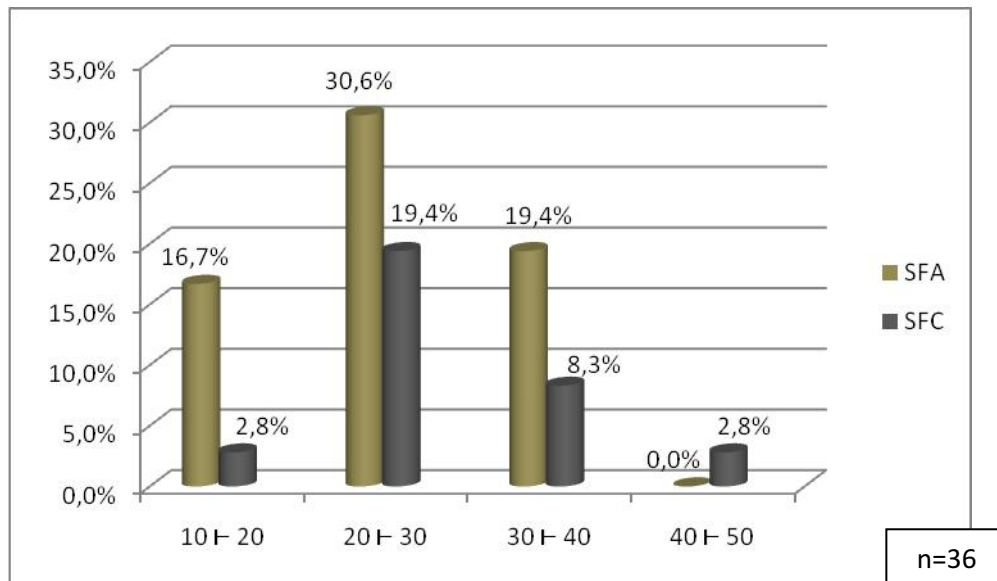
oligoidrâmnio, considerando que nem todas as gestantes apresentaram essas intercorrências (n=73), (**figura 43**).



FONTE: Protocolo de pesquisa.

FIGURA 43 – Relação da idade materna com a ocorrência de pré-eclampsia e oligoidrâmnio, das pacientes internadas com indicação de parto pré-termo, no hospital FSCMPA, no período de 1º de janeiro de 2010 a 1º de janeiro de 2011.

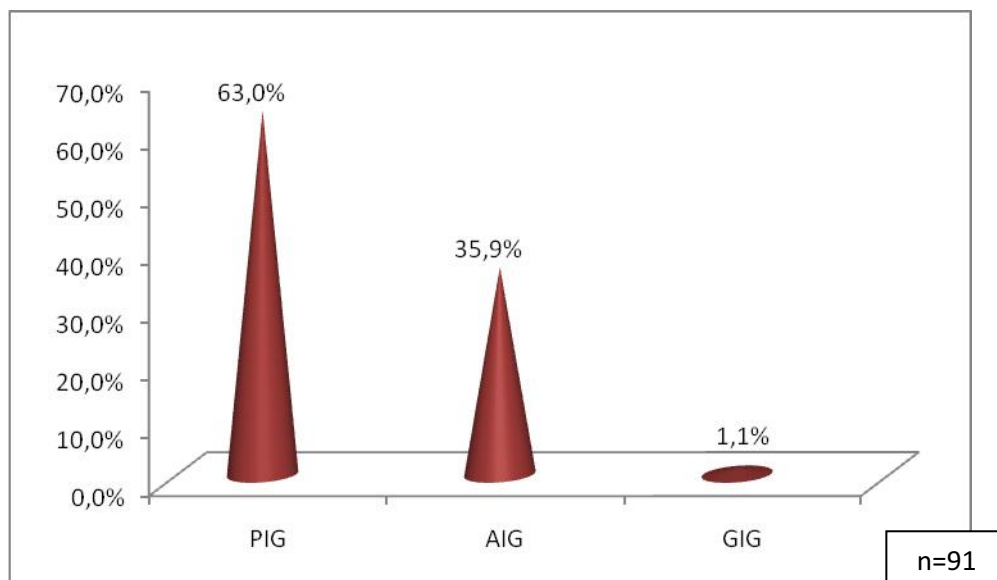
A ocorrência de SFA e SFC prevaleceu na idade materna entre 20 anos completos e 30 anos incompletos, considerando não houve ocorrência dessas intercorrências em todos os RNs (n=36). (**figura 44**).



FONTE: Protocolo de pesquisa.

FIGURA 44 – Relação da idade materna com a ocorrência de SFA e SFC, das pacientes internadas com indicação de parto pré-termo, no hospital FSCMPA, no período de 1º de janeiro de 2010 a 1º de janeiro de 2011.

Dos RNs que apresentaram algum tipo de intercorrência (n=91) estas foram prevalentes nos RNs FIG (63,0%) como representado no **figura 45**.



FONTE: Protocolo de pesquisa.

FIGURA 45 – Intercorrências neonatais de acordo com a classificação dos recém-nascidos em FIG, AIG e GIG, das pacientes internadas com indicação de parto pré-

termo, no hospital FSCMPA, no período de 1º de janeiro de 2010 a 1º de janeiro de 2011.

Foram feitas algumas análises acerca da relação de alguns fatores com a ocorrência de múltiplas indicações para o parto prematuro; esses fatores foram: a idade materna; a presença de doenças maternas prévias à gestação; a ocorrência de parto eletivo prematuro prévio; o número de intercorrências maternas durante a gestação e o uso de drogas durante a gestação. Dentre essas análises, a que se mostrou positiva estatisticamente foi a relação do número de intercorrências maternas durante a gestação com a ocorrência de múltiplas indicações para o parto prematuro, com $p=0.0108$. Essas relações podem ser observadas nas **tabelas de 1 a 5** respectivamente, a seguir:

TABELA 1 – Relação da idade materna com a ocorrência de múltiplas indicações para o parto prematuro, das pacientes internadas com indicação de parto pré-termo, no hospital FSCMPA, no período de 1º de janeiro de 2010 a 1º de janeiro de 2011.

Idade materna	Nº de Indicações				* <i>p</i>
	1 Indicação		> 1 Indicação		
	n	%	n	%	
10 20	18	16,7	5	4,6	0.6560
20 30	38	35,2	20	18,5	
30 40	13	12,1	8	7,4	
40 50	4	3,7	2	1,8	

FONTE: Protocolo de pesquisa.

*Teste G, com valor de $p>0.05$.

TABELA 2 – Relação de doenças maternas prévias à gestação com a ocorrência de múltiplas indicações para o parto prematuro, das pacientes internadas com indicação de parto pré-termo, no hospital FSCMPA, no período de 1º de janeiro de 2010 a 1º de janeiro de 2011.

Doença materna prévia à gestação*	Nº de Indicações				** <i>p</i>
	1 Indicação		> 1 Indicação		
	n	%	n	%	
1 Doença	13	12,1	7	6,5	0.7456
> 1 Doença	6	5,5	2	1,8	
Sem Doença	59	54,7	21	19,4	

FONTE: Protocolo de pesquisa.

*HAS, DM, alergias, cardiopatias, pneumopatias;

**Teste G, com valor de $p>0.05$.

TABELA 3 – Relação de parto prematuro eletivo prévio com a ocorrência de múltiplas indicações para o parto prematuro atual, das pacientes internadas com indicação de parto pré-termo, no hospital FSCMPA, no período de 1º de janeiro de 2010 a 1º de janeiro de 2011.

Parto prematuro eletivo prévio	Nº de Indicações para o parto prematuro atual				<i>*p</i>
	1 Indicação		> 1 Indicação		
	n	%	n	%	
Sim	7	6,5	0	0	0.0877
Não	65	60,2	36	33,3	

FONTE: Protocolo de pesquisa.

*Teste Exato de Fisher, com valor de $p > 0.05$.

TABELA 4 – Relação do número de intercorrências maternas durante a gestação com a ocorrência de múltiplas indicações de parto prematuro, das pacientes internadas com indicação de parto pré-termo, no hospital FSCMPA, no período de 1º de janeiro de 2010 a 1º de janeiro de 2011.

Nº de Intercorrências maternas durante a gestação*	Nº de indicações de parto prematuro				<i>**p</i>
	1 Indicação		> 1 Indicação		
	n	%	n	%	
Não	6	5,5	0	0	0.0108
1 Intercorrência	49	45,4	18	16,7	
> 1 Intercorrência	18	16,7	17	15,7	

FONTE: Protocolo de pesquisa.

*Pré- eclampsia, perda de líquido amniótico, sangramento vaginal, ITU, DPP,...;

**Teste G, com valor de $p < 0.05$.

TABELA 5 – Relação do uso de drogas lícitas durante a gestação com a ocorrência de múltiplas indicações para o parto prematuro, das pacientes internadas com indicação de parto pré-termo, no hospital FSCMPA, no período de 1º de janeiro de 2010 a 1º de janeiro de 2011.

Uso de drogas lícitas*	Nº de Indicações				<i>**p</i>
	1 Indicação		> 1 Indicação		
	n	%	n	%	
Sim	21	19,4	4	3,7	0.2022
Não	57	52,8	26	24,1	

FONTE: Protocolo de pesquisa.

*Tabagismo e etilismo;

**Teste Exato de Fisher, com valor de $p > 0.05$.

Considerando-se a prematuridade, foi verificada a relação desta com o peso dos recém-nascidos, com o número de intercorrências ao nascer (respiratórias, cardíacas, neurológicas) e com o número de distúrbios respiratórios ao nascimento (TIC, BAN, gemência e apnéia). Observou-se que a prematuridade relaciona-se com todos esses fatores, com valor de $p < 0.0001$, $p = 0.0202$ e $p = 0.0004$ respectivamente, como mostram as tabelas 6, 7 e 8, a seguir:

TABELA 6 – Relação do peso ao nascer com o tipo de prematuridade, das pacientes internadas com indicação de parto pré-termo, no hospital FSCMPA, no período de 1º de janeiro de 2010 a 1º de janeiro de 2011.

Peso ao nascer	Prematuridade						* <i>p</i>
	Limítrofe		Moderada		Extrema		
	n	%	n	%	n	%	
Peso > 2.500 g	21	19,4	0	0	0	0	< 0.0001
Baixo peso	39	36,2	30	27,9	0	0	
Muito baixo peso	2	1,8	7	6,5	2	1,8	
Extremo baixo peso	0	0	1	0,9	6	5,5	

FONTE: Protocolo de pesquisa.

*Teste G, com valor de $p < 0.05$.

TABELA 7 – Relação do número de intercorrências ao nascimento com o tipo de prematuridade, das pacientes internadas com indicação de parto pré-termo, no hospital FSCMPA, no período de 1º de janeiro de 2010 a 1º de janeiro de 2011.

Nº de Intercorrências ao nascimento*	Prematuridade						** <i>p</i>
	Limítrofe		Moderada		Extrema		
	n	%	n	%	n	%	
Ausência	11	10,2	1	0,9	0	0	0.0202
1 Intercorrência	43	39,6	31	28,7	4	3,8	
>1 Intercorrência	10	9,2	4	3,8	4	3,8	

FONTE: Protocolo de pesquisa.

*Respiratórias, cardíacas, neurológicas;

**Teste G, com valor de $p < 0.05$.

TABELA 8 – Relação do número de distúrbios respiratórios ao nascimento com o tipo de prematuridade, das pacientes internadas com indicação de parto pré-termo, no hospital FSCMPA, no período de 1º de janeiro de 2010 a 1º de janeiro de 2011.

Nº de Distúrbios respiratórios*	Prematuridade						** <i>p</i>
	Limítrofe		Moderada		Extrema		
	n	%	n	%	n	%	
Ausência	11	10,2	1	0,9	0	0	0.0004
1 Distúrbio	34	31,5	13	12,1	1	0,9	
>1 Distúrbio	17	15,7	24	22,2	7	6,5	

FONTE: Protocolo de pesquisa.

*TIC, BAN, GR, apnéia, taquipnéia;

**Teste G, com valor de $p < 0.05$.

Foi também verificada neste estudo, a relação entre a presença de intercorrências ao nascimento com o peso ao nascer, não sendo observada, entretanto, significância estatística nesta análise ($p=0.1947$), de acordo com a **tabela 9**, abaixo:

TABELA 9 – Relação da presença de intercorrências ao nascimento com o peso ao nascer, das pacientes internadas com indicação de parto pré-termo, no hospital FSCMPA, no período de 1º de janeiro de 2010 a 1º de janeiro de 2011.

Peso ao nascer	Intercorrências ao nascimento*				** <i>p</i>
	Sim		Não		
	n	%	n	%	
Peso > 2.500 g	17	15,7	4	3,8	0.1947
Baixo peso	61	56,4	8	7,4	
Muito baixo peso	11	10,2	0	0	
Extremo baixo peso	7	6,5	0	0	

FONTE: Protocolo de pesquisa.

*Respiratórias, cardíacas, neurológicas;

**Teste G, com valor de $p > 0.05$.

A relação do índice de APGAR do 1º minuto com o índice de APGAR do 5º minuto foi analisada, verificando-se resultado estatisticamente significante entre essas duas variáveis ($p= 0.0007$), de acordo com a **tabela 10**.

TABELA 10 – Relação do APGAR do 1º minuto com o APGAR do 5º minuto dos recém-nascidos, das pacientes internadas com indicação de parto pré-termo, no hospital FSCMPA, no período de 1º de janeiro de 2010 a 1º de janeiro de 2011.

APGAR 1º min	APGAR 5º min				* <i>p</i>
	>7		≤ 7		
	n	%	n	%	
>7	8	7,4	33	30,5	0.0007
≤7	0	0	67	62,1	

FONTE: Protocolo de pesquisa.

*Teste Exato de Fisher, com valor de $p < 0.05$.

1. DISCUSSÃO

O Brasil apresenta uma das taxas de cesarianas mais altas do mundo, e uma das razões para tal fato, deve-se às cesáreas eletivas em decorrência de alguma emergência materna e/ou fetal (CARMO et al, 2007). Na maioria das vezes, estas cesáreas estão ligadas à prematuridade, a qual, quando eletiva, pode representar até 30% dos partos prematuros (ABREU, 2005).

Segundo estudo de Lucheta, Olivetti e Rugolo (2009), os RNs prematuros de parto eletivo geralmente necessitam de cuidados intensivos já que, além do risco da prematuridade, a maioria destes tem pior prognóstico devido à doença materna. No presente estudo, este fato foi observado, indiretamente, pela não possibilidade de coletar todos os prontuários das internações que evoluíram para o parto pré-termo eletivo (**FIGURA 1**), uma vez que por falta de leito em UTI neonatal no hospital em questão, 19 destas pacientes necessitaram de transferência hospitalar.

Diversos estudos, entre eles os realizados por Albuquerque et al (2000) e Coutinho et al (2009), apontam que a faixa etária mais freqüente para a ocorrência de parto prematuro eletivo é a compreendida entre 20 e 30 anos de idade, uma vez que as mulheres nesta faixa etária estão mais expostas a fatores de risco como o uso de drogas, falta de interesse ou informação pela realização do pré-natal, predisposição à doenças como hipertensão arterial e a intercorrências como sangramento vaginal. Tal faixa etária também foi verificada nesta pesquisa (**FIGURA 2**).

Na **figura 3** observa-se que a maioria das pacientes do estudo é de cor/raça parda, com 92,6% dos casos, o que pode ser justificado pela grande miscigenação que ocorre na região norte/nordeste do Brasil (RIBAS, 2003). Quanto à escolaridade, verificou-se que 38,9% dos casos, a maioria, têm o ensino fundamental incompleto (**FIGURA 4**), o que segundo Cuman e Ramos (2009), reflete o baixo padrão sócio-econômico dessa população, o que é considerado um importante fator de risco para a mãe e para o RN, uma vez que tem restrito acesso a informações e orientações, o que dificulta o entendimento, por parte dessas pessoas, da necessidade de cuidados especiais

durante a gestação. Além disso, o nível de escolaridade interfere diretamente na condição profissional destas mulheres, o que foi observado nesta pesquisa, uma vez que a maioria das mulheres estudadas são donas do lar ou estudantes, ou seja, sem emprego com remuneração garantida, perfazendo 64,8% dos casos (**FIGURA 7**)

Ainda de acordo com o estudo de Cuman e Ramos (2009), quanto ao estado conjugal, tem-se que a maioria das mulheres investigadas para o parto prematuro eletivo são solteiras, com 51% dos casos, o que também foi observado nesta pesquisa, como mostra o **figura 5**, de modo que a maior parte da casuística é solteira, com 60,2% dos casos. Isso demonstra que a maioria das mães não tem apoio de um companheiro e assim, não tem com quem compartilhar suas dificuldades e responsabilidades. Deve-se, assim, destacar que o envolvimento da família auxilia positivamente na sua própria promoção e cuidado à saúde (FELIPES et al, 2004).

De acordo com uma pesquisa realizada no Paraná, em 2009, 52% das mulheres que tiveram indicação ao parto prematuro eletivo, pertenciam à zona rural (interior). Em comparação com este estudo, a maioria das mulheres investigadas também é de outros municípios, os quais correspondem ao interior do Estado do Pará, perfazendo 51,9% dos casos (**FIGURA 6**). Tal fato pode estar associado à dificuldade ao acesso aos serviços de saúde uma vez que nessas localidades o acesso aos bens e serviços de saúde com qualidade e infraestrutura adequada é bem restrito (CUMAN E RAMOS, 2009).

Doenças maternas também podem estar relacionadas à prematuridade, como mostra a revisão feita por Barros et al, em 2008, no qual os autores encontraram relação significativa entre prematuridade e HAS, além da relação da prematuridade com baixo peso materno pré-gestacional e extremos de idade materna. Gestantes com diabetes têm risco aumentado de complicações médicas e obstétricas, como o parto prematuro e a ocorrência de pré-eclampsia (CAMPOS e GOUBERT, 2008). Segundo Araújo et al. (2002), a prematuridade entre gestantes em idade avançada pode estar associada a fatores relacionados a intercorrências clínicas como HAS, DM, cardiopatia e infecção urinária. Assim também, encontrou-se em outras pesquisas que a hipertensão arterial teve representativa influência na ocorrência de prematuridade; e, além da hipertensão, outras doenças de base materna foram investigadas como doenças útero-placentárias, doenças infecciosas, cardiopatias, diabetes tipo 2 e Síndrome da Imunodeficiência

Adquirida (AGUIAR et al, 2009). No presente estudo, verificou-se que 36,1% das pacientes já apresentavam alguma patologia prévia a gestação atual, de maneira que as alergias de um modo geral albergaram 38,5% do total e a HAS 30,8% (**FIGURAS 12 e 13**). Pouco mais de 80,0% das pacientes pesquisadas já haviam sido submetidas a cirurgias prévias, representadas em 82,0% pelas cesáreas; o restante ocupou igual porcentagem, de 4,5%, em cirurgias de redução das mamas, curetagem, amigdalectomia e colecistectomia (**FIGURAS 10 e 11**). A HAS teve grande representatividade dentre os antecedentes familiares patológicos, com 55,3% dos casos e o DM, em segundo lugar, com 27,6% (**FIGURA 8**).

Há vários estudos correlacionando o tabagismo com a população gestante. Em 1999, a OMS promoveu uma consultoria internacional abordando a relação entre cigarro e a saúde infantil. Concluiu-se que o cigarro é a maior causa de síndrome de morte súbita infantil, baixo peso ao nascer e disfunções pulmonares (WHO, 1999). O feto, por ser altamente vulnerável, não é um fumante passivo qualquer, principalmente por estar numa fase de risco para o comprometimento do seu desenvolvimento. Numa revisão não sistemática realizada por Botelho, Mello e Pinto, em 2001, verificou-se que o metabólito da nicotina (cotinina), influencia na indução do trabalho de parto prematuro e aborto espontâneo em fumantes. Em revisão realizada por Barros et al, em 2008 e estudo realizado em Massachussets, em 2007, por Bhuvaneswar et al, constatou-se que o tabagismo relacionou-se a ocorrência de prematuridade. Em estudo analítico, realizado em 2009, na cidade do Rio de Janeiro, as práticas do tabagismo e etilismo não estiveram associadas a partos prematuros, baixo peso ao nascer e intercorrências do RN e gestacionais. (FREIRE; PADILHA; SAUNDERS, 2009). Outro estudo, norte americano, apresentou prevalência de 9,1% de mulheres gestantes mantendo hábito do tabagismo durante a gestação (JENSSEN et al, 2008).

No presente estudo, constatou-se que os hábitos do tabagismo e etilismo, estiveram presentes em 13,0% e 19,4%, respectivamente (**FIGURA 9**), das gestantes que evoluíram para trabalho de parto prematuro, o que aparentemente, pelo número reduzido de gestantes tabagistas e etilistas, essa correlação não pôde ser claramente realizada. Observa-se que por mais que a prevalência de hábitos nocivos à gestação não seja tão elevada, ainda continua sendo fator preocupante visto a influência negativa

sobre o conceito, tanto no pré-natal quanto no pós-natal e, portanto, o uso dessas substâncias no período gravídico-puerperal deve ser investigado e desencorajado.

A literatura acerca da prematuridade diz que os extremos de idade materna são um importante fator de risco para a ocorrência da mesma. Além da idade, considera-se também como fator de risco a presença de doença materna prévia à gestação, a multiparidade, o uso de drogas durante a gestação, história de parto prematuro prévio, entre outros (SOUSA, 2009). Com relação à idade materna e prematuridade eletiva, o estudo de Jouppila, Koivisto, Kurkinen-Räty (2000), verificou que a idade materna e a presença de doença materna prévia à gestação mostraram-se fatores de risco, sendo estatisticamente significante (ambas com $p < 0.001$); assim, quanto maior a idade, maior o risco de doenças crônicas e conseqüentemente, maior a chance de parto prematuro devido alguma intercorrência. Já neste estudo, a idade materna e a presença de doença materna prévia à gestação não foram estatisticamente significantes (**TABELA 1** e **TABELA 2**, com $p=0.6560$ e $p=0.7456$ respectivamente) para a ocorrência de múltiplas indicações para o parto prematuro. Ainda de acordo com o estudo acima citado, a ocorrência de parto prematuro eletivo prévio e o uso de drogas durante a gestação não foram considerados fatores de risco para a prematuridade eletiva (foram estatisticamente insignificantes), o que corrobora o que foi observado neste estudo, uma vez que para estas variáveis o valor de p foi respectivamente 0.0877 e 0.2022 (**TABELA 3** e **TABELA 5**).

As mães de recém-nascidos prematuros devem ser investigadas também quanto aos seus antecedentes obstétricos. Foi verificado que, como mostra o **figura 14**, 45,8% das pacientes já haviam gestado anteriormente sendo que, 37,3% e 16,9% já haviam evoluído para parto e abortamento, respectivamente. Em estudo realizado em Belém, no ano de 2009 (BRITO et al), todas as pacientes estudadas já haviam tido pelo menos uma gestação anterior, pouco mais de 60% já haviam parido pelo menos uma vez e cerca de 38% das pacientes já haviam evoluído para pelo menos um abortamento. Em ambos os estudos houve predomínio da nuliparidade, talvez pela maior divulgação dos métodos anticoncepcionais entre a população. Quanto ao tipo de parto anterior, vários estudos concordam quando afirmam que os partos normais superaram as cesarianas (ARRUDA et al, 2005; BRITO et al, 2009; ARIAS et al, 2007; APOLINÁRIO et al, 2008; ANDRADE; GABANI; SANT'ANNA, 2010). Entretanto, todos os estudos mostram

que o número de cesáreas realizadas ultrapassa o máximo de 15% preconizado pela OMS (WHO, 1985 apud MALIK e PATAH, 2011).

Essa situação é em parte decorrente da banalização da cesárea associada ao caráter comercial que assumiu nos últimos anos, além dos problemas encontrados na formação do profissional de saúde e questões ligadas à gestante, como o medo da dor do parto normal, da deformação do corpo e influência na vida sexual, como a perda do prazer em função das alterações ocorridas durante o parto. A comercialização dessa prática abre uma reflexão a respeito do possível uso indevido desses procedimentos no serviço privado, que mostram números expressivamente mais significativos (BARREIROS et al, 2009; ANDRADE; GABANI; SANT'ANNA, 2010). Diante disso, a OMS, recomenda que partos cesáreos sejam realizados quando há verdadeira indicação médica para tal (WHO, 2009).

Aliados aos fatores de risco já sabidamente conhecidos e difíceis de serem controlados, tais como a questão socioeconômica, as infecções e as complicações clínicas e obstétricas, nos últimos anos somam-se a eles, a gestação gemelar e o estresse emocional cotidiano da mulher moderna, contribuindo para o maior risco de parto prematuro (BITTAR; CARVALHO; ZUGAIB, 2005). O número de casos tem aumentado no decorrer dos anos como constatado por revisão realizada por Santos e Slowitz, em 2006. Neste mesmo estudo, apesar da revisão bibliográfica ter sido prejudicada por metodologias conflitantes, a recorrência de parto pré-termo mostrou-se associada com a recorrência de ruptura prematura de membranas, corioamnionite, pré-eclampsia, trabalho de parto prematuro e intervalo intergestacional menor que 12 meses.

Em estudo realizado em hospital de referência na cidade de Belém, o principal antecedente obstétrico patológico foi a pré-eclampsia, respondendo por 10,2%, seguido de eclampsia, respondendo por 3,0% e rotura prematura de membranas com 1,7% (BRITO et al, 2009). A pré-eclampsia também foi responsável pelo maior número de antecedentes obstétricos patológicos encontrados no estudo de Rivero (2002), correspondendo a mais da metade dos casos. No presente estudo, encontrou-se que, as intercorrências mais freqüentes em gestações anteriores foram o abortamento representando quase metade dos casos (48,8%), seguido por pré-eclampsia com 14,8%

dos casos e eclampsia com 9,7% dos casos (**FIGURA 19**). O Diabetes Melitos gestacional tanto no estudo supracitado quanto neste, respondeu com somente uma paciente. E os motivos mais freqüentes de internações nas gestações anteriores foram pré-eclampsia e eclampsia, as quais responderam com 38,4% e 23,1% dos casos, respectivamente (**FIGURA 20**).

Discussão realizada sobre estratégias práticas para prevenir recorrência de nascimentos pré-termos, também considera que partos pré-termos anteriores devem ser vistos como principal fator de risco para prematuridade (AL-KHAN et al, 2007). De maneira semelhante, Chagas et al, em 2009, coloca a história de parto prematuro prévio como um dos fatores preditores de prematuridade.

Bittar e Zugaib (2009) afirmam que entre os possíveis fatores que conferem maiores riscos, destacam-se a história de parto prematuro espontâneo, a gemelaridade e os sangramentos persistentes de segundo trimestre (concordante com Chagas et al, 2009), mesmo afirmando que atualmente indicadores ultrassonográficos e bioquímicos estão sendo utilizados com resposta mais vantajosa aos critérios clínicos uma vez que, a diversidade de etiologias, o fato de que muitos desses nascimentos ocorrem em mulheres sem fatores de risco e a não existência de modelo animal adequado para testar o parto prematuro e suas causas, não permitem que esses indicadores sejam utilizados com sucesso para a predição do parto prematuro, permanecendo apenas a suspeita. Infelizmente, este estudo não possibilitou este tipo de investigação mais aprofundada em virtude do hospital de referência em questão não utilizar estes exames como protocolos para averiguar esse tipo de intercorrência. Outros autores também concordam com a dificuldade de relacionar fatores que influenciam e são influenciados pela prematuridade (CUMAN E RAMOS, 2009; CHAGAS ET AL, 2009).

No presente estudo, observou-se que somente 11,0% das mulheres já tinham evoluído, em gestações anteriores, para parto prematuro, devido principalmente a pré-eclampsia (42,8%), oligoidrâmnio e eclampsia, com 28,6% cada (**FIGURAS 17 e 21**), o que concorda com o que é visto na literatura, pois, Chagas et al (2009) constatou em seu estudo que, a pré-eclampsia teve uma correlação em 30% dos casos de prematuridade.

A atenção à saúde da gestante e do RN esbarra em várias dificuldades no país: iniquidade no acesso, desorganização e fragmentação do sistema de saúde e inadequações técnico-científicas da assistência. No que diz respeito ao pré-natal, a hierarquização, a garantia do acesso e a qualidade do atendimento, e não apenas a quantidade de consultas, são inegavelmente pontos-chave na melhoria da atenção. A ausência de cuidados pré-natais adequados está associada a um aumento do risco de baixo peso ao nascer, partos prematuros e mortalidade materna e infantil. Matijasevich em 2008, após revisão sistemática, aponta para o fato de que o número menor ou igual a 5 consultas pré-natais, assim como a qualidade das mesmas, são, dentre outros, fatores de risco para ocorrência de prematuridade. Neste estudo, encontrou-se que, a maioria das mulheres realizou pré-natal na gestação atual (96,0%), entretanto, somente 31,7% fizeram 6 ou mais consultas (**FIGURAS 22 e 23**).

Em análise realizada no estado do Paraná (PELLOSO; SILVA, 2008) e em outra referente ao estado de Santa Catarina (BORGES et al, 2008) encontraram que cerca de 63% das parturientes realizaram pré-natal com 7 ou mais consultas. Estudos como o realizado em 2000, por Albuquerque et al, observou que 61,22% das pacientes que tiveram até 5 consultas pré-natais evoluíram para parto prematuro enquanto 41,94% das pacientes que tiveram 6 ou mais consultas evoluíram da mesma maneira, demonstrando que o risco de prematuridade foi inversamente proporcional ao número de consultas pré-natais; e ainda, estudo realizado em interior do Paraná (CUMAN; RAMOS, 2009) demonstrou que somente 51% das gestantes que evoluíram para parto prematuro, realizaram de 4 a 6 consultas, o que mais uma vez comprova a influência da assistência pré-natal com a prematuridade e a baixa adesão ao mínimo de 6 consultas preconizado pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2006). Dessa maneira, e, considerando que a assistência pré-natal compreende atividades que visam identificar, o mais precoce possível, riscos para o binômio mãe-feto, é imperativo que haja empenho para reforço desta prática.

A ocorrência de doenças na gravidez é amplamente documentada na literatura e observada em vários estudos; dentre estas se sabe que a hipertensão, DHEG, diabetes e hemorragia costumam ser as mais freqüentes, e acarretam riscos potenciais à gravidez (CÉSAR et al, 2006). No presente estudo, foi verificado que dentre as causas maternas para a indicação de parto pré-termo, a pré-eclampsia, com 32,0% dos casos, correspondeu à maioria das indicações; seguida de oligoidrânio, com 26,7%

(**FIGURA 26**). Segundo revisão realizada por Jouppila, Koivisto, Kurkinen-Räty (2000), o achado de oligoidrâmnio é comum quando há indicação de parto prematuro. De acordo com Araújo et al (2005), o feto procura adaptar-se diante de uma situação de hipóxia crônica, protegendo órgãos nobres e sacrificando outros menos significativos, assim, órgãos como pulmões e rins são privados de fluxo sanguíneo ideal, resultando em oligoidrâmnia devido redução da diurese e da secreção de fluidos pulmonares. Dessa forma, a oligoidrâmnia pode ser um importante indicador da condição fetal e alerta para a ocorrência da prematuridade eletiva. Em outros estudos, observa-se que a principal indicação materna para o parto prematuro também foi a pré-eclampsia e suas complicações. (BITTAR; RADES; ZUGAIB; 2004); (BÓRNIA et al, 2006); (FERRAZ; NEVES; 2011). O que pode ser justificado pelo fato de que a hipertensão e suas complicações serem a condição clínica mais comum na gestação (BÓRNIA et al, 2006).

Não foram encontrados relatos na literatura e em estudos recentes sobre a influência das intercorrências maternas na gestação com o desfecho da prematuridade eletiva no que diz respeito ao número de indicações para o parto prematuro. Na presente pesquisa, no entanto, foi encontrada relação estatisticamente significante ($p=0.0108$), o que se pode dizer que quanto mais intercorrências durante uma gravidez, maior a probabilidade de ocorrer múltiplas indicações para o parto prematuro (**TABELA 4**).

Na presença de sofrimento fetal agudo real, há consenso que é necessária indicação do parto, por mais que seja prematuro, para evitar potenciais danos à mãe e ao feto (FEBRASGO, 2002). Em pesquisa realizada por Bittar, Rades e Zugaib em 2004, verificou-se que entre os determinantes para o parto prematuro eletivo, a causa fetal mais encontrada foi o sofrimento fetal agudo, ocorrendo em 49,9% dos casos de prematuridade eletiva, o qual, em sua maioria, foi constatado por alterações da cardiotocografia, em 57,2% dos casos, dentre as quais, as mais comuns foram representadas por bradicardia fetal seguida por desacelerações tardias. Segundo revisão elaborada por Ferraz e Neves em 2011, a principal indicação para o parto cirúrgico foi o sofrimento fetal, sendo a mesma considerada uma das principais intercorrências para o baixo peso em RNs. Neste estudo, foi observado que em 60,0% dos casos analisados, o sofrimento fetal agudo foi a principal causa fetal de indicação do parto prematuro, estando de acordo com a maioria dos estudos acerca do assunto (**FIGURA 27**).

Em relação ao neonato, mesmo sendo o método Capurro escolhido como um dos últimos métodos para avaliação da IG (OSHIRO, 2008; SANTOS; THOMAZ; ROCHA, 2005) e, mesmo não sendo considerado apropriado para avaliação da mesma em prematuros (GUARDIOLA; EGERWARTH; PIRES, 2002), neste estudo ele foi utilizado como método para esta avaliação; encontrou-se que um pouco mais da metade dos recém-nascidos (57,4%) estiveram entre 35 semanas completas e 37 semanas incompletas (**FIGURA 34**). Também observou-se que ao ter sido analisada a IG pela DUM e USG precoce, a classificação prevalente em ambas foi entre 31 semanas completas e 35 semanas incompletas (**FIGURA 32**). O método Capurro também foi utilizado por outros estudos, como o de Matijasevich et al (2008), o qual encontrou prevalência de prematuridade de 10,2%. É importante alertar que, não se pode afirmar ao certo qual dos dois métodos (USG e Capurro) é o mais confiável, uma vez que o ultrassom pode superestimar a idade gestacional, enquanto o método Capurro, tende a subestimá-la (CASCAES ET AL, 2008). Guardiola; Egerwarth e Pires em 2002, ao analisarem as características de 35 RNs, encontraram que, pelo método Capurro, os RNs tinham IG entre 29 e 37 semanas, enquanto que pela DUM, variou de 26 a 37 semanas de IG.

Quanto à classificação da prematuridade, resultados de pesquisa com 19 RNs que apresentaram desconforto respiratório, nos mostra que 5% foram classificados como limítrofe, 69% como prematuros moderados e 26% como prematuros extremos (CAMILO, 2006). Em outro estudo, a prematuridade limítrofe, respondeu por 65% de todos os prematuros (CASTRO, 2004), semelhante ao presente estudo, no qual se encontrou que a maioria (57,4%) eram prematuros limítrofes, mesmo sendo a amostra em número doze vezes menor (**FIGURA 35**).

O baixo peso ao nascer está associado à cerca de 4 milhões de mortes neonatais anuais, principalmente em países em desenvolvimento, e uma de suas principais causas é a prematuridade. É também, considerado como o fator de maior influência na determinação da morbimortalidade neonatal (COUTINHO et al, 2009). Em revisão realizada por Castro, em 2004 foi observado que dentre os RNs prematuros do estudo, 58,9% correspondiam àqueles com baixo peso (de 1.500g a 2.500 g); tal estudo corrobora os achados desta pesquisa, na qual foi verificado que 64,8% dos RNs prematuros eletivos tiveram baixo peso ao nascer (**FIGURA 36**), o que pode ser

justificado pelo fato de que o peso ao nascer está relacionado com o tempo gestacional, assim, como a casuística está em sua maioria composta por prematuros limítrofes, o peso corresponde assim, ao baixo peso e não a peso menores ainda como muito baixo peso e extremo baixo peso ao nascer (KILSZTAJN et al, 2003).

É importante avaliar o RN prematuro logo após o nascimento já que este está suscetível a uma série de condições adversas. Uma das formas de avaliá-los é obtendo o índice de APGAR (CASTRO et al, 2006). Segundo estudo elaborado por Bittar, Rades, Zugaib, em 2004, observou-se que em 47,5% dos casos de prematuridade eletiva, o APGAR de 1º minuto foi menor que 7, enquanto que o APGAR de 5º minuto foi menor que 7 em 9,1% dos casos. Em outro estudo (CASTRO, 2004), foi verificado que o APGAR de 1º minuto foi menor que 7 em 52,9% dos casos de prematuros e o APGAR de 5º minuto foi menor que 7 em 39,2% dos casos. Neste estudo não foi diferente: o APGAR de 1º minuto menor que 7 em prematuros eletivos também prevaleceu, correspondeu a 50,9% dos casos e o de 5º minuto foi menor que 7 em 8,3% dos casos (**FIGURA 38**). Essas pesquisas confirmam que o índice de APGAR é influenciado pela prematuridade em virtude da imaturidade fetal, num primeiro momento, como também pelas manobras de reanimação num momento posterior. Pode-se também dizer que o APGAR de 1º minuto é uma variável que está relacionada com a prematuridade e não se associa com as causas responsáveis pela indicação do parto prematuro (BITTAR; RADES; ZUGAIB, 2004).

O estudo de Castro, 2005, verificou que o APGAR de 1º minuto correlaciona-se positivamente com o APGAR de 5º minuto (valor de $p < 0.05$) mostrando que quanto maior o APGAR de 1º minuto, maior será o APGAR do 5º minuto. Esse resultado está em concordância com este estudo, no qual obteve-se valor de $p = 0.0007$ (**TABELA 10**). Isso pode ser explicado devido o índice de APGAR ser dependente, em grande parte, da maturidade do concepto, assim, em prematuros, esse índice estaria naturalmente comprometido (CUNHA et al, 2004).

Quando o nascimento ocorre no período inesperado e a criança nasce prematura, as idealizações antes sonhadas se transformam em angústias e incertezas na vida do casal e da família, visto ser um bebê de risco, em razão da sua própria imaturidade anatômica e fisiológica (CARDOSO et al, 2007).

De acordo com publicação do Bulletin of the World Health Organization em 2010, nascem diariamente no mundo, 13 milhões de prematuros (10% dos nascimentos), e, tendo em vista que a prematuridade corresponde pela principal causa de morte na faixa etária abaixo dos cinco anos (BECK et al, 2010), é imprescindível que as atenções para esta população sejam redobradas quanto às intercorrências inerentes a um RN imaturo tanto fisiologicamente quanto anatomicamente.

É sabido que informações sobre os efeitos da prematuridade nas fases posteriores da vida são escassos e tal fato pode dever-se a dificuldade em acompanhar o grupo de indivíduos por muitos anos. Entretanto, ainda há alguns colaboradores que respondem a algumas destas questões, como uma revisão realizada em fevereiro deste ano, a qual conclui que a hipertensão arterial pode ser consequência da prematuridade (COELLI et al, 2011); Hennessy et al, em 2009, informa que o déficit cognitivo persiste como a mais prevalente seqüela àqueles recém-nascidos prematuros com muito baixo peso. Rodrigues e Silva em 2011, concluíram que crianças nascidas prematuras apresentam redução de desempenho nas áreas motora, da cognição e socialização. E a literatura mostra que existe uma associação entre redução de função pulmonar nos primeiros meses de vida em lactentes prematuros e bronquiolite durante o primeiro ano (ZATTI, 2010).

Quanto aos efeitos notados ainda na permanência pós-parto do RN prematuro no hospital, este presente estudo observou que mais de 80,0% dos RN prematuros apresentaram algum tipo de intercorrência, sendo que as intercorrências respiratórias responderam por mais de 90,0% dos casos (**FIGURAS 41 e 42**), estas representadas por TIC, gemência, BAN, cianose e apnéia. O desconforto respiratório também esteve presente em 73,1% da amostra dos recém-nascidos prematuros analisados por Czechowski e Fuginaga, em 2010, em 78% em estudo realizado em Goiás (AGUIAR et al, 2009) e em 55% em estudo no Rio de Janeiro (CORRENTE et al, 2010). Bastos et. al., em 2008, pôde concluir que a gravidade da Síndrome do Desconforto Respiratório é proporcional ao grau de prematuridade e que, a maior incidência e gravidade foram no sexo masculino. A ocorrência, cada vez mais freqüente de morbidade entre recém-nascidos prematuros também foi observada no estudo de Barbosa, Shumann e Valet (2010) no qual, foi apresentado como comorbidades desta condição, hemorragia

intracraniana, displasia broncopulmonar, persistência do canal arterial, sepse e enterocolite necrosante, além da retinopatia da prematuridade.

Nesta pesquisa, observou-se que a prematuridade tem relação com a quantidade de distúrbios respiratórios ao nascer, sendo que quanto mais prematuro o RN, mais distúrbios respiratórios este RN tende a ter ($p=0.0004$), como se pode ver na **tabela 8**. De acordo com Jouppila, Koivisto, Kurkinen-Räty em 2000, os distúrbios respiratórios estão entre os que mais ocorrem em prematuros eletivos, com um adicional: costumam ser mais severos quando comparados a pré-termos não eletivos, o que pode explicar a maior ocorrência de doenças pulmonares no primeiro ano de vida destas crianças prematuras eletivas, além de consequências pulmonares a longo termo, que também são mais freqüentes nesses pacientes em comparação com um grupo controle (pré-termos não eletivos). No estudo acima mencionado foi verificado que 73% das crianças prematuras nascidas por indicação médica evoluíram com algum tipo de distúrbio respiratório e no grupo controle esse distúrbio ocorreu em 53% dos casos; e a principal causa de mortalidade neonatal foi a insuficiência respiratória, com 64% de todos os casos de pré-termos eletivos, e em 22% dos casos no grupo controle.

Neste presente estudo, a maioria dos RNs foi classificada como PIG (**FIGURA 37**) e observou-se que 28,7% do RNs PIG eram do gênero masculino e 24,1% do gênero feminino (**FIGURA 39**). Observou-se também que os RNs PIG foram os que mais apresentaram intercorrências ao nascer (**FIGURA 45**). Em estudo realizado em São Paulo no ano de 2010, pouco mais de 45% das crianças prematuras foram classificadas como PIG; observou-se que a chance de déficit de comprimento com um ano de idade corrigida foi maior quanto menor o comprimento de nascimento que, por sua vez, pode ser decorrente do grau de prematuridade ou da presença de restrição de crescimento intrauterino (GOULART, KOPELMAN e MORAIS, 2010). Peraçoli et al, em 2010, concluiu que foi pior a aquisição de habilidades motoras para a idade entre os RNs PIG quando comparados aos AIG. Em contrapartida, estudo realizado para investigar a relação dos RNs PIG com a ocorrência de retinopatia da prematuridade, não encontrou diferenças estatísticas significantes entre os nascidos PIG ou AIG com o surgimento desta patologia (COSTA et al, 2009), relação já encontrada por Fleck et al em 2008.

O tamanho do RN de acordo com a IG também pode ter relação com variáveis maternas. Em estudo com gestantes HIV positivas, foi observado que a maioria dos recém-nascidos foram AIG (87,3%), 10% foram PIG e 2,7% GIG. Quando comparados ao grupo controle, houve menos recém-nascidos PIG e GIG (LOPES et al, 2007).

Damasceno et al, em 2010, afirma que a idade materna é fator determinante para complicações durante o período gravídico, mais especificamente para a pré-eclampsia, a qual esteve presente em 47,5% das gestantes entre 15 e 21 anos de idade. No presente estudo, entretanto, observou-se que na faixa etária abaixo dos 20 de idade a pré-eclampsia teve a menor representatividade, ocupando maior espaço na faixa entre 20 e 30 anos de idade (**FIGURA 43**), fato que pode ser explicado pelo maior número de mulheres nesta faixa etária, explicando a tendência que estas estão seguindo de gestarem cada vez mais tarde e, por conseguinte serem mais sujeitas às patologias anteriores a gestação, como a hipertensão arterial crônica (VI Diretriz de Hipertensão Arterial, 2010). Damasceno et al em 2010, ainda frisa a importância da investigação de histórico familiar para HAS (positivo em 62,5% dos casos), a qual pode predispor a Síndrome Hipertensiva Específica da Gravidez. Em outra análise realizada em hospital de nível terciário em Goiás, a idade maior de 30 anos representou fator protetor para a pré-eclampsia e fator de risco para a hipertensão crônica superajuntada a pré-eclampsia (ASSIS, RASSI, VIANA, 2008).

A idade materna também contribui de forma pertinente para prejuízos nas condições do recém-nascido, como o baixo peso ao nascer, observado em maior número nas adolescentes (HELENA et al, 2008) e até o óbito fetal, como demonstrado no estudo de Coutinho e Fonseca (2010), que foi quase duas vezes maior nas mulheres com idade superior a 35 anos; neste caso não foi evidenciado maior risco para as adolescentes. Em outro estudo realizado em Recife, analisando fatores de risco para mortalidade neonatal em crianças com baixo peso ao nascer, a idade materna que já havia sido colocada como fator de risco para o baixo peso ao nascer, não apresentou relação com óbito neonatal (COUTINHO et al, 2009). Neste estudo, foi possível correlacionar idade materna com a ocorrência de sofrimento fetal, seja agudo ou crônico; a partir daí, foi constatado que o maior número destas intercorrências esteve presente em mães na faixa etária entre 20 e 30 anos de idade (**FIGURA 44**).

Segundo Kilsztajn et al (2003), o peso do RN varia intensamente com a duração da gestação, uma vez que quanto menor a idade gestacional, ou seja, quanto maior for a prematuridade, menor será o peso do RN. Esse fato foi verificado também neste estudo; como mostra a **tabela 6**, a prematuridade influencia no peso ao nascer, de forma que quanto mais prematuro for o RN, menor será o peso ($p < 0.0001$). Deve-se então, atentar para essas crianças já que, a combinação de prematuridade e baixo peso aumentam a probabilidade de ocorrer problemas a curto e longo prazo como intercorrências imediatas ao nascimento e problemas no desenvolvimento subsequente (CASTRO, 2004). Vários estudos mostram, inclusive o realizado por Adan et al em 2007, que o baixo peso ao nascer favorece a ocorrência de vários transtornos que levam à necessidade de hospitalização e atenção prolongada, principalmente durante o primeiro ano de vida.

As complicações e morbidades associadas à prematuridade e ao baixo peso podem gerar inúmeros impactos no desenvolvimento destas crianças ao longo de sua vida. (ARAÚJO, BOZZETTI, TANAKA; 2000). Nesta pesquisa, foi analisada a relação da ocorrência de complicações ou intercorrências ao nascimento com a prematuridade e do peso ao nascer com a prematuridade (**TABELA 7** e **TABELA 9**, respectivamente) e verificou-se que somente a variável intercorrências ao nascimento foi estatisticamente significativa mostrando que quanto mais prematuro o RN maior é o número de intercorrências ao nascimento ($p = 0.0202$), o que está de acordo com o estudo de Frônio et al (2010), no qual também verificou-se que a prematuridade relaciona-se estatisticamente com o número de intercorrências ao nascer, com valor de $p = 0.02$, encontrando-se o maior número de complicações em prematuros extremos. Esse achado pode ser justificado pelo fato de que RNs prematuros estão em estágio mais precoce do desenvolvimento morfofuncional e, portanto, são mais vulneráveis às condições adversas (MELO, 2002).

Quanto à variável peso, esta não teve relação estatística significativa neste estudo, com valor de $p = 0.1947$ (**TABELA 9**); este achado, no entanto discorda da maioria dos estudos que analisam essa relação, inclusive, no estudo citado acima (FRÔNIO et al, 2010), no qual obteve-se valor de p menor que 0.02, sendo que o maior número de complicações achava-se nos recém-nascidos de extremo baixo peso. Esses estudos revelam que as intercorrências ao nascimento e morbidades estão mais

freqüentemente relacionadas com peso menor que 1.500g ao nascer. Segundo Bacelo et al, em estudo realizado em 2010, o peso ao nascer exerce influência sobre o estado de saúde e sobre as chances de sobrevivência de um RN, considerado um forte fator preditivo de mortalidade e morbidade neonatal, além de ser um indicador das condições de saúde de grande complexidade. Então, quanto menor a prematuridade e maior o peso, as chances de ocorrência de complicações neonatais são reduzidas, assim como a possibilidade de um prognóstico desfavorável.

5. CONCLUSÃO

Observou-se que as gestantes submetidas ao parto prematuro eletivo estavam em sua maioria na faixa etária entre 20 e 30 anos de idade, tinham apenas o ensino fundamental incompleto, eram mães solteiras e não tinham trabalho remunerado. Mais da metade provinha de outros municípios do estado do Pará.

Poucas pacientes tinham hábitos nocivos como etilismo e tabagismo, o que dificultou a relação desses hábitos com a ocorrência de partos prematuros. Apesar de a HAS ter estado presente em cerca de um terço das pacientes, não se encontrou significância estatística entre as doenças prévias à gestação e a ocorrência de prematuridade. A história de parto pré-termo eletivo anterior também não se mostrou estatisticamente significativa para a ocorrência de parto prematuro na gestação atual. Além disso, pode-se ver que poucas gestantes cumpriram com o que é preconizado pelo Ministério da Saúde para o número de seis ou mais consultas pré-natais.

As principais causas maternas que indicaram parto-prematuro eletivo foram pré-eclampsia e oligodrâmnio. Dentre as causas fetais, SFA foi o responsável em mais da metade dos casos.

Os recém-nascidos foram em sua maioria do sexo masculino, prematuros limítrofes, com baixo peso ao nascer e pequenos para a idade gestacional. Grande parte deles apresentou alguma intercorrência ao nascer, sendo as respiratórias responsáveis por mais de noventa por cento dos casos. Houve significância estatística de quanto mais prematuro fosse o RN maior número de intercorrências ao nascer, inclusive as respiratórias. Observou-se também que quanto mais prematuro o RN, menor o peso ao nascer, sem relação estatisticamente significativa deste com a ocorrência de intercorrências.

Diante do exposto com os resultados e a revisão de ampla literatura, pode-se constatar que a ocorrência de partos prematuros ainda é um grande problema de saúde pública; que talvez pela baixa escolaridade, pouca instrução e por não terem o apoio do

parceiro, estas mulheres pouco procuram a assistência pré-natal de maneira adequada. É ainda importante frisar que exerce grande influência nesta baixa adesão a precariedade dos serviços de saúde nos interiores do estado do Pará. Por todos esses fatores e a fim de evitar conseqüências drásticas às gestantes, aos recém-nascidos e mais tarde a criança é imperioso que haja uma política de saúde ao binômio mãe-filho mais adequada, quanto à divulgação de medidas preventivas e educativas, quanto à melhor qualificação dos profissionais médicos e a melhor estruturação e prestação dos serviços de saúde.

REFERÊNCIAS

ABBOTT, D. ; SHENNAN, A. **Hypertension in pregnancy and Pre-eclampsia**. Disponível em: <http://www.cowandgatehpc.ie/Hypertension_in_Pregnancy___Pre-eclampsia.pdf> . Acesso em: 15 de julho de 2011.

ABRAMS, B.; PICKETT, K. E.; SELVIN, S. Defining Preterm Delivery: The Epidemiology of Clinical Presentation. **Pediatric and Perinatal Epidemiology**. England, v. 14, n. 4, p. 305- 308, oct, 2000.

ABREU, M. C. R. M. **Aspectos Clínicos e Epidemiológicos de Crianças com Retardo Mental e Transtornos Invasivos do Desenvolvimento em um Ambulatório Universitário de Disfunção Neuromotora no Rio de Janeiro**. Rio de Janeiro, RJ: UFRJ, 2005. Originalmente apresentada como dissertação de mestrado, Universidade Federal do Rio de Janeiro, 2005.

ADAN, L. F. et al. Recém-Nascido de Baixo Peso: Percentual de Prematuridade e de Restrição de Crescimento Intra-Uterino em Duas Maternidades de Salvador: Maternidade Climério de Oliveira e Hospital Santo Amaro. **Gazeta Médica da Bahia**. Salvador, v.76, n. 3, p. 93- 97, jul., 2006.

AGUIAR, A. K. A. et al. Fatores maternos e neonatais associados à prematuridade. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v. 11, n. 03, p. 642-646, 2009. Disponível em: <<http://www.fen.ufg.br/revista/v11/n3/pdf/v11n3a23.pdf>>. Acesso em: 15 de julho de 2011.

AKOLEKAR, R. et al. Prediction of early, intermediate and late pre-eclampsia from maternal factors, biophysical and biochemical markers at 11–13 weeks. **Prenatal Diagnosis**. v. 31, p. 66–74, 2011.

ALBUQUERQUE, P. B. et al. Estudo de algumas variáveis maternas relacionadas com a prematuridade no Hospital Universitário da Universidade de São Paulo. **Revista de Medicina do Hospital universitário da Universidade de São Paulo**, v.10, n.01, jan./jun., 2000. Disponível em: <<http://latina.obgyn.net/portugues/default.asp?page=/portugues/articles/estudode>>. Acesso em: 15 de julho de 2011.

AL-KHAN, A. et al. Practical strategies: Prevention of recurrent preterm birth - a roundtable discussion. **Supplement to OBG management**, jan., 2007.

ANANTH, C. V. et al. **Recurrence of spontaneous versus medically indicated preterm birth**. American Journal of Obstetrics and Gynecology. v. 195, n. 3, p. 643-650, sep., 2006.

ANANTH, C. V. ; VINTZILEOS, A. M. Epidemiology of preterm birth and its clinical subtypes. **The Journal of Maternal-Fetal and Neonatal Medicine**. United States, v. 19, n. 12, p. 773–782, dec., 2006.

ANANTH, C. V; VINTZILEOS, A. M. Medically indicated preterm birth: recognizing the importance of the problem. **Clinical Perinatology**. v. 35, n. 1, p. 53-67, mar., 2008.

ANDRADE, F. V.; MARCOLINO, C. Associação entre Trabalho de Parto Prematuro e Vaginose Bacteriana: Uma Revisão da Literatura. **Revista Mineira de Enfermagem**. Belo Horizonte, v. 11, n. 4, p. 453- 459, out./dez., 2007.

ANDRADE, S. M; GABANI, F. L; SANT'ANNA, F. H. M. Caracterização dos nascimentos vivos no município de Londrina (PR) a partir de dados do SINASC, 1994 a 2007. **Revista Ciências de Cuidados a Saúde**, Londrina (PR), v. 09, n. 02, p. 205-213, abr./jun. 2010.

APOLINÁRIO, E. C. et al. Taxa de cesárea primária no hospital de clínicas de Porto Alegre. **Revista do Hospital de Clínicas de Porto Alegre**, Porto Alegre (RS), v. 28, n. 03, p. 136-141, 2008.

ARAÚJO, A. C. P. F. et al. Efeito da idade materna sobre os resultados perinatais. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, v. 24, n. 03, p. 181-185, 2002.

ARAÚJO, A. C. P. F. et al. Percepção Materna com o Nascimento Prematuro e Vivência da Gravidez com Pré- eclampsia. **Revista de Saúde Pública**. São Paulo, v. 41, n. 5, p. 704-710, maio, 2007.

ARAÚJO, B. F. BOZZETTI, M. C. TANAKA, A. C. A. Mortalidade Neonatal Precoce no Município de Caxias do Sul: Um Estudo de Coorte. **Jornal de Pediatria**. Rio de Janeiro, v. 76, n. 3, p. 200-206, 2000.

ARAÚJO, B. F. et al. Oligodramnia sem Rotura das Membranas Amnióticas: Resultados Perinatais. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**. Rio de Janeiro, v. 27, n. 2, p. 75- 79, 2005.

ARIAS, A. M. S. et al. Tendencias de algunos indicadores relacionados con la cesárea. **Revista Cubana de Obstetrícia e Ginecologia**, v. 33, n. 03, 2007.

ARKADER, J. et al. Cesariana- Indicações. Projeto Diretrizes. **Federação Brasileira das Sociedades de Ginecologia e Obstetrícia**. 2002.

ARRUDA, B. K. G. et al. Avaliação da série histórica dos nascidos vivos em unidade terciária de Pernambuco – 1991 a 2000. **Revista Da Associação Médica Brasileira**, Recife (PE), v. 51, n. 01, p. 17-22, 2005.

ASSIS, T. R; RASSI, S; VIANA, F. P. Estudo dos Principais Fatores de Risco Maternos nas Síndromes Hipertensivas da Gestação. **Arquivo Brasileiro de Cardiologia**, v. 91, n. 01, p. 11-17, 2008.

BACELO, A. C. et al. Baixo peso ao nascer: fatores socioeconômicos, assistência pré-natal e nutricional – uma revisão. **Revista Augustus**. Rio de Janeiro, v. 14, n. 29, p. 54-65, fev., 2010.

BARAMARCHI, F. M. et al. Prematuridade e Fatores Associados no Estado de Santa Catarina, Brasil, no Ano de 2005: Análise dos Dados do Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos. **Cadernos de Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v. 24, n. 5, p. 1024-1032, maio, 2008.

BARBOSA, A. D. M; SHUMANN, R. F; VALETE, C. O. Incidência e gravidade da retinopatia da prematuridade e sua associação com morbidade e tratamentos instituídos no Hospital Universitário Antonio Pedro, entre 2003 a 2005. **Arquivo Brasileiro de Oftalmologia**, v. 73, n. 01, p. 47-51, 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/abo/v73n1/v73n1a08.pdf>>. Acesso em: 15 de julho de 2011.

BARREIROS, C. M. et al. **A incidência da escolha pela via de parto: um estudo realizado em duas instituições hospitalares do interior de São Paulo**. São Paulo, 2009. Disponível em: <<https://sistemas.usp.br/siicusp/cdOnlineTrabalhoVisualizarResumo?numeroInscricaoTrabalho=3181&numeroEdicao=18>>. Acesso em: 15 de julho de 2011.

BARRENA, N. ; CARVAJAL, J. Evaluación Fetal Intraparto. Análisis Crítico de la Evidencia. **Revista Chilena de obstetricia y ginecologia**. Santiago, v. 71, n. 1, p. 63-68, 2006.

BARROS, E. et al. Doença Hipertensiva na Gravidez. In: FREITAS, F. et al. **Rotinas em Obstetrícia**. Porto Alegre: Artmed, 2006. p. 389- 406.

BARROS, F. C. et al. Aumento da prematuridade no Brasil: revisão de estudos de base populacional.. **Revista de Saúde Pública**, Pelotas (RS), v. 42, n. 05, p. 957-964, 2008.

BASTOS, V. P. D. et al. Evolução clínica de recém-nascidos com síndrome do desconforto respiratório submetidos à terapêutica com surfactante exógeno. **Revista Eletrônica de Pesquisa Médica**, v. 02, n. 03, p. 21-27, jul./set., 2008. Disponível em: <<http://www.fisfar.ufc.br/pesmed/index.php/repm/article/viewFile/186/195>>. Acesso em: 15 de julho de 2011.

BECK, S. et al. The worldwide incidence of preterm birth: a systematic review of maternal mortality and morbidity. **Bulletin of World Health Organization**, v. 88, p. 31-38, 2010. Disponível em: < <http://www.who.int/bulletin/volumes/88/1/08-062554.pdf>>. Acesso em: 15 de julho de 2011.

BHUVANESWAR, C. G. et al. Alcohol use during pregnancy: prevalence and impact. **Prim Care Companion J Clin Psychiatry**, Boston, v. 09, n. 06, 2007.

BITTAR, R. E. O Que Fazer para Evitar a Prematuridade? **Revista da Associação Médica Brasileira**. São Paulo, v. 47, n. 1, p. 15- 16, 2001.

BITTAR, R. E.; CARVALHO, M. H. B.; ZUGAIB, M. Conduas para o Trabalho de Parto Prematuro. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**. São Paulo, v. 27, n. 9, p. 561- 566, ago., 2005.

BITTAR, R. E.; LIAO, A. W.; PEREIRA, P. P. Descolamento Prematuro de Placenta. In: ZUGAIB, M. **Zugaib Obstetrícia**. Barueri: Manole, 2008. p. 713- 723.

BITTAR, R. E.; ZUGAIB, M. Indicadores de Risco para o Parto Prematuro. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**. São Paulo, v. 31, n. 4, p. 203- 209, abr., 2009.

BITTAR, R. E. RADES, E. ZUGAIB, M. Determinantes Diretos do Parto Prematuro Eletivo e os Resultados Neonatais. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**. Rio de Janeiro, v. 26, n. 8, p. 655- 662, 2004.

BLACKWELL, S. et al. Timing of Indicated Late-Preterm and Early-Term Birth. **Obstetrics & Gynecology**. v. 118, n. 02, p. 323-333, aug., 2011.

BLANCA, E. B. P. ; PECINO, F. M. **Eficacia de la Monitorización Fetal Preparto en Embarazos de Bajo Riesgo**. Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de Andalucía. Informe 5. Sevilla, 2004.

BORGES, C. M. et al. Prematuridade e fatores associados no Estado de Santa Catarina, Brasil, no ano de 2005: análise dos dados do Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 05, p. 1024-1032, maio, 2008.

BÓRNIA, R. G. et al. Síndromes hipertensivas da gestação e repercussões perinatais. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**. Recife, v. 6, n. 1, p. 93- 98, jan./mar., 2006.

BOTELHO, C.; MELLO, P. R. B; PINTO, G. R. Influência do tabagismo na fertilidade, gestação e lactação. **Jornal de Pediatria**, Rio de Janeiro, v. 77, n. 04, p. 257-264, 2001.

BOTELHO, M. F. **Morte de Mulheres em Idade Fértil por Acidentes de Trânsito**. Florianópolis, SC: UFSC, 2006. Originalmente apresentada como trabalho de conclusão do curso de Medicina, Universidade Federal de Santa Catarina, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Manual técnico. **Pré-natal e puerpério: atenção qualificada e humanizada**, Brasília (DF), 2006.

BRITO, N. M. B. et al. **Perfil clínico-epidemiológico das pacientes atendidas no ambulatório de gravidez de alto risco da Fundação Santa Casa de Misericórdia do Pará**. Belém (PA), 2009. Disponível em: <<http://files.bvs.br/upload/S/0101-5907/2009/v23n3/a1972.pdf>>. Acesso em 15 de julho de 2011.

BRIZOT, M. L.; CARVALHO, M. H. B.; FRANCISCO, R. P. V. Avaliação da Vitalidade Fetal. In: ZUGAIB, M. **Zugaib Obstetrícia**. Barueri: Manole, 2008. p. 287-303.

BUUS, R. M. et al. Genetic epidemiological studies of preterm birth: Guidelines for research. **American Journal of Obstetrics and Gynecology**. 2006. Disponível em: <[http://www.ajog.org/article/S0002-9378\(06\)00380-2](http://www.ajog.org/article/S0002-9378(06)00380-2)>. Acesso em 12 de março de 2011.

CAMILO, A. A. **Caracterização dos recém-nascidos com síndrome do desconforto respiratório submetidos à fisioterapia, internados na UTI neonatal do HNSC, no período de outubro à dezembro de 2005**, Tubarão, 2006. Trabalho de Conclusão De Curso (Graduação em Fisioterapia) – Universidade do Sul de Santa Catarina, tubarão, 2006.

CAMPOS, M; A; A; GOUBERT, A. Diabetes Melito tipo 1 e gestação. **Arquivo Brasileiro de Endocrinologia e Metabologia**, Porto Alegre (RS), v. 52, n. 02, p. 307-314, 2008.

CARDOSO, M. V. L. M. L. et al. Sentimentos e expectativas das mães na alta hospitalar do recém-nascido prematuro. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 20, n. 03, p. 333-337, 2007.

CARITIS, S. N. ; SIMHAN, H. N. Prevention of Preterm Delivery. **The New England Journal of Medicine**. England, v. 357, p. 477-487, aug., 2007.

CARMO, M. S. N. et al. Vitalidade do Recém-Nascido por Tipo de Parto no Estado de São Paulo, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v. 23, n. 8, p. 1886-1892, ago., 2007.

CASCAES, A. M. et al. Prematuridade e fatores associados no Estado de Santa Catarina, Brasil, no ano de 2005: análise dos dados do Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 05, p. 1024-1032, maio, 2008.

CASTRO, E. C. C. et al. Alterações Anatomopatológicas da Placenta e Variações do Índice de Apgar. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**. Recife, v. 6, n. 2, p. 239- 243, abr./jun., 2006.

CASTRO, G.G. **Caracterização das Crianças Prematuras Nascidas na Cidade de Patrocínio/ MG, no Ano de 2004: Uma Contribuição da Fisioterapia para o Programa Saúde da Criança**. Franca, SP: UNIFRAN, 2004. Originalmente apresentada como dissertação de mestrado, Universidade de Franca, 2004.

CÉSAR, C. C. et al. Mortes perinatais e avaliação da assistência ao parto em maternidades do Sistema Único de Saúde em Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil, 1999. **Cadernos de Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v. 22, n. 1, p. 117- 130, jan., 2006.

CHAGAS, R. I. A. et al. Análise dos fatores obstétricos, socioeconômicos e comportamentais que determinam a frequência de recém-nascidos pré-termos em utero neonatal. **Revista da Sociedade Brasileira de Enfermagem Pediátrica**, São Paulo, v. 9, n. 01, p. 7-11, jul., 2009.

CHUDÁČEK, V. et al. **Automatic evaluation of intrapartum fetal heart rate recordings: a comprehensive analysis of useful features**. [Physiological Measurement](#). V. 32, n. 8, p. 1347- 1360, aug., 2011.

Classificação Brasileira de Ocupações : CBO. Ministério do Trabalho e Emprego. Secretaria de Políticas Públicas de Emprego. 3ª edição. Brasília, 2010.

COELLI, A. P. et al. Prematuridade como fator de risco para pressão arterial elevada em crianças: uma revisão sistemática. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 02, p. 207-218, fev., 2011.

CORRENTE, J. E. et al. Acquisition of motor abilities up to independent walking in very low birth weight preterm infants. **Jornal de Pediatria**, Rio de Janeiro, 2010, v. 86, n. 02.

COSTA, M. C. et al. Is being small for gestational age a risk factor for retinopathy of prematurity? A study with 345 very low birth weight preterm infants. **Jornal de Pediatria**, Rio de Janeiro, 2009, v. 85, n. 01, p. 48-54.

COUTINHO, E. S. F; FONSECA, S. C. Fatores de risco para mortalidade fetal em uma maternidade do Sistema Único de Saúde, Rio de Janeiro, Brasil: estudo caso-controle. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 02, p. 240-252, fev., 2010.

COUTINHO, S. B. et al. Fatores de risco para mortalidade neonatal em crianças com baixo peso ao nascer. **Revista de Saúde Pública**, Recife (PE), v. 43, n. 02, p. 246-255, abr., 2009.

CULHANE, J. F. et al. Epidemiology and Causes of Preterm Birth. **Lancet**. v. 371, p. 75- 84, jan., 2008.

CULHANE, J. F. et al. Primary, secondary, and tertiary interventions to reduce the morbidity and mortality of preterm birth. **Lancet**. v. 371, p. 164–175, jan., 2008.

CUMAN, R. K. N.; RAMOS, H. A. C. Fatores de Risco para Prematuridade: Pesquisa Documental. **Escola Anna Nery - Revista de Enfermagem**. Rio de Janeiro, v. 13, n. 2, p. 297- 304, abr./jun., 2009.

CZECHOWSKI, A. E; FUJINAGA, C. I. Seguimento ambulatorial de um grupo de prematuros e a prevalência do aleitamento na alta hospitalar e ao sexto mês de vida: contribuições da Fonoaudiologia. **Revista da Sociedade Brasileira de Fonoaudiologia**, v.15, n. 04, p. 572-577, 2010.

DAMASCENO, A. K. C. et al. Fatores de risco para síndrome hipertensiva específica da gestação entre mulheres hospitalizadas com pré-eclâmpsia. **Cojitare Enfermagem**, Ceará, v. 15, n. 02, p. 250-255, abr./jun., 2010.

DEMIANCZUK, N. N. ; VAN DEN HOF, M. C. The Use of First Trimester Ultrasound. **Journal of Obstetrics and Gynaecology of Canada**. Canada, v. 25, n. 10, p. 864- 869, 2003.

DUARTE, E. C. et al. Nascimentos Pré-termo no Brasil entre 1994 e 2005 Conforme o Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (SINASC). **Cadernos de Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v. 25, n. 6, p. 1267- 1275, jun., 2009.

FAHEY, J. O. ; KING, T. L. Intrauterine Asphyxia: Newborn Assessment of Fetal Oxygenation/Acid-Base Status. **Journal of Midwifery & Women's Health**. v. 50, n. 06, p. 498- 506, 2005.

Fatores de Risco para Nascimentos Prematuros e Espontâneos na Maternidade do Hospital Universitário – UFSC. Florianópolis, SC: UFSC, 2005. Originalmente

apresentada como dissertação de mestrado, Universidade Federal de Santa Catarina, 2005.

FAWKE, J. et al. Neurodevelopmental Disability Through 11 Years of Age in Children Born Before 26 Weeks of Gestation. **Official Journal of the American Academy of Pediatrics**, aug., 2009, v. 124, n. 02, p. e249-e257. Disponível em: <<http://pediatrics.aappublications.org/content/124/2/e249.full.html>>. Acesso em 15 de julho de 2011.

FELIPES, L. et al. Caracterizando os Problemas de Saúde e o Cuidado Domiciliar Oferecido às Famílias do Projeto “Promovendo a vida na Vila Esperança”. **Acta Scientiarum. Health Sciences**. Maringá, v. 26, n. 1, p. 27-34, 2004.

FERRAZ, T. R. NEVES, E. T. Fatores de Risco para Baixo Peso ao Nascer em Maternidades Públicas: Um Estudo Transversal. **Revista Gaúcha de Enfermagem**. Porto Alegre, v. 32, n. 1, p. 86- 92, mar., 2011.

FLECK, B. W. et al. Retinopathy of prematurity in small-for-gestational age infants compared with those of appropriate size for gestational age. **Arquivo of Disease Childhood Fetal and Neonatal edition (abstract)**, v. 94, n. 3, p. 193-19, set., 2008. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18786959?dopt=abstract>>. Acesso em: 15 de julho de 2011.

FREIRE, K.; PADILHA, P. C; SAUNDERS, C. Fatores associados ao uso de álcool e cigarro na gestação. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, Rio de Janeiro, v. 31, n. 07, p. 335-341, 2009.

FRITSCH, A.; MAGALHÃES, J. A. Crescimento Intra- uterino Restrito. In: FREITAS, F. et al. **Rotinas em Obstetrícia**. Porto Alegre: Artmed, 2006. p. 115- 131.

FRÔNIO, J. S. et al. Estudo da Prevalência de Morbidades e Complicações Neonatais segundo o Peso ao Nascimento e a Idade Gestacional em Lactentes de um Serviço de Follow-up. **Revista de APS/ Universidade de Juiz de Fora. Núcleo de Assessoria, Treinamento e Estudos em Saúde**. Juiz de Fora, v. 13, n. 3, p. 277- 290, jul./set., 2010.

GOFFI, P. S. Sofrimento Fetal. **Arquivos Médicos do ABC**. São Paulo, v. 14, n. 1, p. 07- 13, maio., 2001.

GOULART, A. L; KOLPEMAN, B. I; MORAIS, M. B. Impacto dos fatores perinatais nos déficits de crescimento de prematuros. **Revista da Associação Médica Brasileira**, v. 57, n. 03, p. 272-279, 2011.

GRANDI, C. ; LARGUÍA, A. M. Contribucion de la Prematurez Extrema, Moderada y Leve a la Mortalidad Neonatal. **Revista del Hospital Materno Infantil Ramón Sardá**. Argentina, v. 22, n. 01, p. 11-15, 2003.

GUARDIOLA, A; EGEWARTH, C; PIRES, F. D. A. Avaliação da idade gestacional de recém-nascidos pré-termo através do exame neurológico e das escalas neonatais e obstétrica. **Arquivo de Neuropsiquiatria**. Porto Alegre, v. 60, n. 3B, p. 755-759, maio, 2002.

HARTMANN, K. E. et al. Comparison of Gestational Age at Birth Based on Last Menstrual Period and Ultrasound During the First Trimester. **Paediatric and Perinatal Epidemiology**. England, v. 22, p. 587- 596, 2008.

HELENA, G. et al. Gravidez na adolescência e fatores associados com baixo peso ao nascer. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, São Luíz (MA), v. 30, n. 05, p. 224-231, 2008.

Hemorragia da Segunda Metade da Gravidez. In: JÚNIOR, C. A. et al. **FEBRASGO - Manual de Orientação: Assistência Pré-Natal**. São Paulo, 2004. p. 98-101.

JANES, M. et al. **Outcomes of Late-Preterm Infants: A Retrospective, Single-Center, Canadian Study**. 2009. Disponível em: <<http://www.pgnc.org/?q=node/55>>. Acesso em: 17 maio de 2011.

JENSEN, J. A. et al. The impact of a minimal smoking cessation intervention for pregnant women and their partners on perinatal smoking behaviour in primary health care: A real-life controlled study. **BMC Public Health**, n. 08, p. 325, 2008.

JOUPPILA, P. KOIVISTO, M. KURKINEN-RÄTY, M. Preterm Delivery for Maternal or Fetal Indications: Maternal Morbidity, Neonatal Outcome and Late Sequelae in Infants. **British Journal of Obstetrics and Gynaecology**. London, v. 107, p. 648- 655, may, 2000.

KATZ, M. ; MUGLIA, L. J. The Enigma of Spontaneous Preterm Birth. **The New England Journal of Medicine**. England, v. 362, p. 529- 535, feb., 2010.

KILSZTAJN, S. ET AL. Assistência pré- natal, baixo peso e prematuridade no Estado de São Paulo. **Revista de saúde pública**. São Paulo, v.37, n.3, 2003.

KO, C. W. et al. Delivery indications at late-preterm gestations and infant mortality rates in the United States. **Pediatrics**. United State, v. 124, n. 1, p. 234- 240, jul., 2009.

LOPES, M. A. B. et al. Avaliação ultra-sonográfica, ecocardiográfica fetal e resultados perinatais em gestantes portadoras do HIV em uso de terapia anti-retroviral. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, v. 29, n. 10, p. 497-505, 2007.

MALIK, A. M; PATAH, L. E. M. Modelos de assistência ao parto e taxa de cesárea em diferentes países. **Revista de Saúde Pública**, v. 45, n. 01, p. 185-194, 2011.

MARTINS- COSTA, S. H. et al. Nascimento Pré- termo. In: FREITAS, F. et al. **Rotinas em Obstetrícia**. Porto Alegre: Artmed, 2006. p. 78- 90.

MATIASEVICH, A. et al. Aumento da prematuridade no Brasil: revisão de estudos de base populacional. **Revista de Saúde Pública**, v. 42, n. 05, p. 957-964, abr., 2008.

MELO, M. I. S. **Diagnósticos de Enfermagem e Propostas de Intervenções em Recém-Nascidos Pré-termo (Idade Gestacional Menor que 37 Semanas) em Unidade de Terapia Intensiva Neonatal**. Brasília, DF: HRAS, 2002. Originalmente apresentada como dissertação de especialista, Hospital Regional da Asa Sul- SES/DF, 2002.

MILANEZ, F. M. **Fatores de Risco Maternos para o Nascimento Prematuro no HU-UFSC em 2004**. Florianópolis, SC: UFSC, 2005. Originalmente apresentada como trabalho de conclusão de curso, Universidade Federal de Santa Catarina, 2005.

Organização Mundial de Saúde (OMS). Organização Panamericana de Saúde (OPAS). **CID-10: Classificação estatística internacional de doenças e problemas relacionados à saúde**. Tradução de Centro Colaborativo da Organização Mundial de Saúde para a Classificação de Doenças em Português. 10ª ed. São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo; 2002.

OLIVER, K. A. **Prematuridade como Fator de Risco no Desenvolvimento Motor e Cognitivo Avaliados com 1 e 2 Anos de Idade**. Curitiba, PR: UFPR, 2010. Originalmente apresentada como dissertação de mestrado, Universidade Federal do Paraná, 2010.

OLIVETTI, B. C.; LUCHETA, T.G.P.; RUGOLO, L.M.S.S. **Recém-nascidos Prematuros de Mães com Síndromes Hipertensivas: Prognóstico Pulmonar no curto Prazo**. 2009. Disponível em: <http://www.prope.unesp.br/xxi_cic/27_34629131825.pdf>. Acesso em: 28 de junho de 2011.

OSHIRO, C. G. S. **Medidas e índices antropométricos de recém-nascidos a termo com peso insuficiente**. Botucatu, 2008. Tese (doutorado em pediatria) - Faculdade de Medicina de Botucatu, Universidade Estadual Paulista, Botucatu, 2008.

PELLOSO, S. M; SILVA, G. F. Perfil das parturientes e seus recém-nascidos atendidos em um hospital escola do Noroeste do estado do Paraná. **Revista da Escola de Enfermagem USP**, Maringá (PR), v. 43, n. 01, p. 95-102, 2009.

Prevención, diagnóstico y manejo de la preeclampsia/ eclampsia: lineamiento técnico. Secretaría de Salud del México. Dirección general de salud reproductiva. 3ª edición, jun., 2002.

Prevenção e Tratamento do Trabalho de Parto Prematuro. In: JÚNIOR, C. A. et al. **FEBRASGO - Manual de Orientação: Assistência Pré-Natal.** São Paulo, 2004. p. 115-121.

RIBAS, M.S.S.S. **Fatores Prognósticos para Óbito Materno por Pré-eclâmpsia/eclâmpsia na Cidade do Recife – IMIP.** Recife, PE: IMIP, 2003. Originalmente apresentada como dissertação de mestrado, Instituto Materno Infantil de Pernambuco, 2003.

RIVERO, S. B. Preeclampsia severa, eclampsia y síndrome hellp: características maternas y resultado neonatal. **Revista do Hospital Materno e Infantil Ramón Sardá**, v. 21, n. 01, 2002. Disponível em: <<http://redalyc.uaemex.mx/pdf/912/91221104.pdf>>. Acesso em 15 de julho de 2011.

RODRIGUES, O. M. P. R; SILVA, A. T. B. Efeitos da prematuridade sobre o desenvolvimento de lactentes. **Revista Brasileira de Crescimento e Desenvolvimento Humano**, v. 21, n. 01, p. 111-121, 2011.

SANTOS, I. S; SCLOWITZ, I. K. T. Fatores de risco na recorrência do baixo peso ao nascer, restrição de crescimento intra-uterino e nascimento pré-termo em sucessivas gestações: um estudo de revisão. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 06, p. 1129-1136, jun., 2006.

SOUSA, L. R. **Perinatologia Atual.** 2009. Disponível em: <<http://www.jakobi.com.br/?area=trabalhos/p3/01>> . Acesso em: 25 de junho de 2011.

VI Diretrizes Brasileira de Hipertensão. Departamento de Hipertensão Arterial da Sociedade Brasileira de Cardiologia. **Revista Brasileira de Hipertensão**, v. 17, n. 01, jan./mar., 2010.

ZATTI, H. **Associação entre função pulmonar e bronquiolite em lactentes prematuros.** Caxias do Sul (RS), 2010. Dissertação (mestrado em medicina) – Faculdade de Medicina da PUCRS, Caxias do Sul, 2010.

WHO - World Health Organization. Appropriate technology for birth. *Lancet*, v. 8492, n. 2, p. 436-437, 1985 apud MALIK, A. M; PATAH, L. E. M. Modelos de assistência ao parto e taxa de cesárea em diferentes países. **Revista de Saúde Pública**, v. 45, n. 01, p. 185-194, 2011.

WHO – World Health Organization. **Rising caesarean deliveries in Latin America: how best to monitor rates and risks.** Special Programme of Research, Development and Research Training in Human Reproduction, Geneva, Switzerland, 2009. Disponível em: <http://whqlibdoc.who.int/hq/2009/WHO_RHR_09.05_eng.pdf>. Acesso em: 15 de julho de 2011.

WHO - World Health Organization. Tobacco Free Initiative. **International Consultation on Environmental Tobacco Smoke (ETS) and Child Health**, Geneva, Switzerland, 1999. Disponível em: <http://www.who.int/tobacco/research/en/ets_report.pdf>. Acesso em: 15 de julho de 2011.

APÊNDICE A

PREVALÊNCIA DE PARTO PRÉ-TERMO ELETIVO E SUAS PRINCIPAIS REPERCUSSÕES NEONATAIS EM HOSPITAL DE REFERÊNCIA NA CIDADE DE BELÉM- PA.

PROTOCOLO DE PESQUISA

1. IDENTIFICAÇÃO:

- Iniciais: _____
- Idade: _____
- Cor/raça: Branca () Parda () Negra () Amarela () Indígena ()
- Escolaridade:
Analfabeta () Ensino Médio completo ()
Ensino fundamental incompleto () Ensino superior incompleto ()
Ensino fundamental completo () Ensino superior completo ()
Ensino médio incompleto ()
- Estado conjugal:
Solteira () União estável () Casada () Divorciada () Viúva ()
- Procedência: _____
- Profissão/ renda: _____

2. HISTÓRIA FAMILIAR:

- HAS: Sim: () Não: ()
Parentes de primeiro grau: () Quem: _____
segundo grau () Quem: _____
terceiro grau: () Quem: _____
- Diabetes: Sim () Não: ()
Parentes de primeiro grau: () Quem: _____
segundo grau: () Quem: _____
terceiro grau: () Quem: _____
- Outras: _____

3. HISTÓRIA PESSOAL:

- Tabagismo:
Sim: () Quantos cigarros por dia: 1- 5 () 6- 10 () 11 + () Não: ()
- Etilismo:
Sim: () Frequência: 1- 5 x por semana () 6- 10 () 11+ () Não: ()
- Uso de outra substância:
Sim: () Qual: _____ Não: ()
- Cirurgias: Sim: () Qual? _____ Não: ()
- Doenças (prévias à gestação):
HAS: Sim: () Não: () Cardiopatias: () qual: _____
Diabetes: Sim: () Não: () Nefropatias: () qual: _____
Alergias: Sim: () Qual: _____ Não: ()
Endócrinopatias: Sim () qual: _____ Não: ()
Reumatopatias: Sim () qual: _____ Não: ()
Problemas pulmonares: Sim: () qual: _____ Não: ()

Problemas psiquiátricos: Sim: () qual: _____ Não: ()

Outros: _____

4. **HISTÓRIA OBSTÉTRICA:**

• Gesta: _____ Para: _____ Abortos: _____

Abortos: espontâneo () quantos _____ induzido () _____

• Gestações anteriores:

Nascimentos: Pré- termo () quantos _____ termo () _____ pós- termo () _____

Trabalho de parto prematuro prévio: Sim: () Não: ()

Internações: Sim: () motivo _____ Não: ()

Indicação de parto prematuro prévio: Sim: () motivo: _____ Não: ()

Intercorrências:

Pré- eclampsia() Eclampsia() Síndrome HELLP () Diabetes gestacional ()

Sangramento vaginal: No 1º trimestre () 2º trimestre () 3º trimestre

Traumas/ acidentes: Sim () Não ()

• Gestação atual:

Pré- natal: Sim: () quantas consultas _____ Não: ()

- Intercorrências maternas

Pré- eclampsia() Eclampsia () Síndrome HELLP () Diabetes gestacional()

Anemia () Infecção Urinária () Vaginose bacteriana ()

Sangramento vaginal: No 1º trimestre () 2º trimestre () 3º trimestre ()

Placenta prévia () Descolamento prematuro de placenta ()

Traumas/ acidentes: Sim: () Não ()

Outras: _____

Altura uterina: _____ Dinâmica uterina () Movimentos fetais () BCF: _____

Causa da indicação do parto pré- termo: _____

IG no momento do parto: DUM _____ USG obstétrica precoce: _____

- Intercorrências fetais (causa fetal da indicação do parto pré- termo)

Avaliação da vitalidade fetal: _____

Sofrimento fetal: _____

Restrição de crescimento intra- uterino: Sim: () Não: ()

5. **CARACTERÍSTICAS DO RECÉM- NASCIDO:**

• IG pelo método Capurro: _____ método Ballard: _____

• Sexo: Feminino () Masculino ()

• APGAR: 1º minuto: _____ 2º minuto: _____

• Peso ao nascer: _____ Comprimento: _____

• Intercorrências no nascimento:

Respiratórias: _____









Cardíacas: _____

Neurológicas: _____

Outras: _____































ANEXO A

MÉTODO CAPURRO

EXAME NEUROLÓGICO	EXAME SOMÁTICO	Formação do mamilo	MAMILO VISÍVEL APENAS SEM ARÉOLA	ARÉOLA PIGMENTADA DIÂMETRO < 0,75 cm	ARÉOLA PIGMENTADA PONTEAGUDA DIÂMETRO < 0,75 cm	ARÉOLA PIGMENTADA SALIENTE > 0,75 cm		
		Textura da pele	FINA E GELATINOSA	FINA E LISA	MAIS GROSSA, DISCRETA, CAMAÇÃO PERFI-CIAL	GROSSAS MAR-CAS SUPERF. DESCAMAÇÃO MÃOS E PÉS	GROSSA, ENRU-GADA, COM MAR-CAS PROFUNDAS	
		Forma da orelha	DISFORME, PAVILHÃO ACHATADO	PAVILHÃO CIALMENTE CURVADO BORDA	PAR-EN-NA	PAVILHÃO PAR-CIALMENTE EN-CURVADO EM TO-DA PARTE SUPE-RIOR	PAVILHÃO TOTALMENTE ENCURVADO	
		Glândula mamária	NÃO PALPÁVEL	DIÂMETRO < 0,5 cm	DIÂMETRO ENTRE 0,5 E 1,0 cm	DIÂMETRO > 1,0 cm		
		Pregas plantares	SEM PREGAS	MARCAS MAL DE-FINIDAS NA META-DE ANTERIOR	MARCAS NA METADE ANT. E SUL-COS NO TERÇO ANT.	SULCOS PRO-FUNDOS SOMEN-TE NA METADE ANT.	SULCOS PRO-FUNDOS SOBRE MAIS DA METADE ANT.	
		Sinal do cachecol						
		Posição da cabeça						
200	204	— MÉTOD DE CAPURRO - AVALIAÇÃO DA IDADE GESTACIONAL —						

ANEXO B

MÉTODO BALLARD

		0	1	2	3	4	5																																																																													
MADUREZ NEURO MUSCULAR	POSTURA																																																																																			
	ANGULO DE LA MUÑECA	 90°	 60°	 45°	 30°	 0°																																																																														
	ANGULO DEL CODO	 180°		 100°-120°	 90°-100°	 < 90°																																																																														
	ANGULO POPLITEO	 180°	 160°	 130°	 110°	 90°	 90°																																																																													
	SIGNO DE LA PUFANDA																																																																																			
	TALON OREJA																																																																																			
MADUREZ FISICA	PIEL	GELATINOSA ROJA TRANSPARENTE	LIGERAMENTE ROSADEA VENAS VISIBLES	DESCAMACION SUPERFICIAL POCAS VENAS	DESCAMACION AREAS PALIDAS VENAS RARAS	NO HAY VASOS PLIEGUES PROFUNDOS	GRUESA RUGOSA																																																																													
	LANUGO	NO HAY	ABUNDANTE	ADELGAZADO	AREAS SIN LANUGO	MUY ESCASO	ESCALA DE MADUREZ <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <tr> <td>CA</td> <td>LI</td> <td>PI</td> <td>CA</td> <td>CI</td> <td>HA</td> <td>TA</td> </tr> <tr> <td>5</td> <td>26</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>10</td> <td>28</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>15</td> <td>30</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>20</td> <td>32</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>25</td> <td>34</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>30</td> <td>36</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>35</td> <td>38</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>40</td> <td>40</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>45</td> <td>42</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>50</td> <td>44</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table>	CA	LI	PI	CA	CI	HA	TA	5	26						10	28						15	30						20	32						25	34						30	36						35	38						40	40						45	42						50	44					
	CA	LI	PI	CA	CI	HA		TA																																																																												
	5	26																																																																																		
	10	28																																																																																		
	15	30																																																																																		
	20	32																																																																																		
	25	34																																																																																		
	30	36																																																																																		
	35	38																																																																																		
40	40																																																																																			
45	42																																																																																			
50	44																																																																																			
PLIEGUES PLANTARES	NO HAY	MARCAS ROJAS TENUES	PLIEGUE ANTERIOR TRANSVERSO UNICO	PLIEGUES EN 2/3 ANT.	PLIEGUES EN TODA LA PLANTA																																																																															
MAMAS	LIGERAMENTE PERCEPTIBLES	AREOLA PLANA SIN PEZON	AREOLA LEVANTADA 1-2 mm DE PEZON	AREOLA LEVANTADA 3-4 mm DE PEZON	AREOLA COMPLETA 5-11 mm DE PEZON																																																																															
OIDO	APLANADO PERMANENTE DÓBLADO	BORDE LIGERAMENTE CURVO, SUAVE RECUPERACION	BORDE CURVO SUAVE DE FACIL RECUPERACION	FORMADO FIRME REC. PERACION INS. TANTANA	CARTILAGO GRUESO FIRME																																																																															
GENITALES	ESCROTO VACIO SIN ARRUGAS		TESTICULOS DESCENDIDOS POCAS RUGO SIDARES	TESTICULOS DESCENDIDOS MUCHAS RUGO SIDARES	TESTICULOS EN PENDULO RUGOSIDADES COMPLETAS																																																																															
GENITALES	CLITORIS Y LABIOS MENORES PROMINENTES		LABIOS MAYORES Y MENORES IGUALES	LABIOS MAYORES MAS GRANDES	CLITORIS Y LABIOS MENORES CUBIERTOS																																																																															

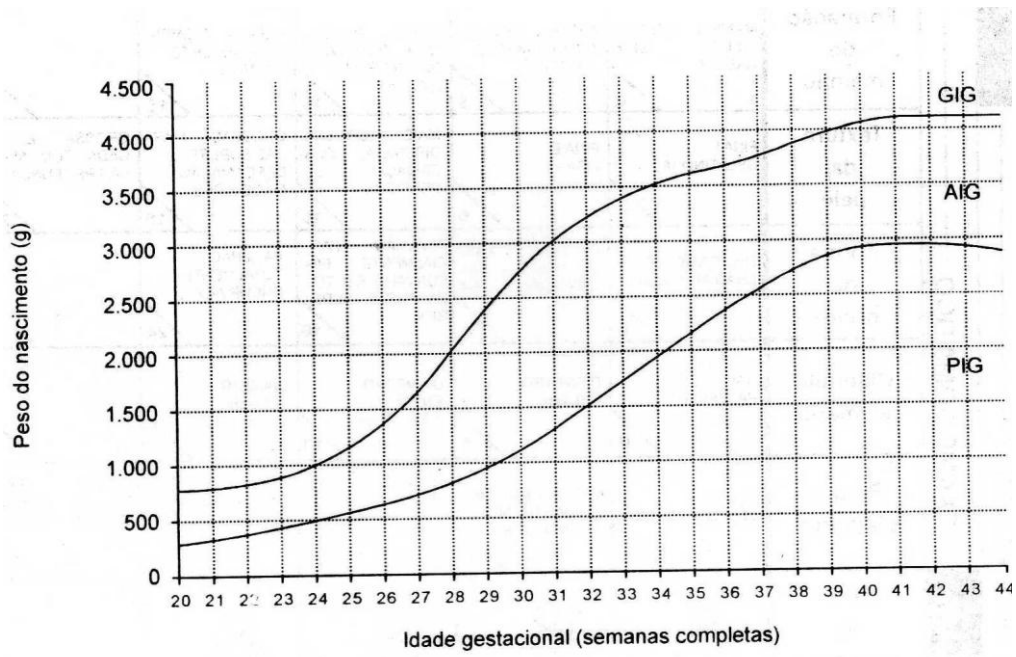
ANEXO C

ESCORE APGAR

Sinal - Pontuação	0	1	2
Esforço respiratório	ausente	bradipnéia irregular	choro forte
Frequência cardíaca	ausente	< 100	> 100
Tônus muscular	flácido	flexão de extremidades	movimentos ativos
Iritabilidade reflexa	sem resposta	careta	choro
Cor da pele	azul ou pálido	extremidades cianóticas	rosada

ANEXO D

CURVA DE CLASSIFICAÇÃO DO RECÉM- NASCIDO



ANEXO E

TERMO DE APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DO HOSPITAL FUNDAÇÃO SANTA CASA DE MISERICÓDIA DO PARÁ (FSCMPA)



GOVERNO DO ESTADO DO PARÁ
FUNDAÇÃO SANTA CASA DE MISERICÓDIA DO PARÁ
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA



TERMO DE APROVAÇÃO

O Comitê de Ética em Pesquisa da Fundação Santa Casa de Misericórdia do Pará analisou no dia 28 de setembro de 2010 o Projeto de Pesquisa intitulado **“ESTUDO DA PREVALÊNCIA DE PARTO PRÉ-TERMO ELETIVO NO HOSPITAL FUNDAÇÃO SANTA CASA DE MISERICÓDIA DO PARÁ (FSCMPA) E SUAS PRINCIPAIS REPERCUSSÕES NEONATAIS”** de **CAAE 0096.0.440.000-10** e protocolo nº. **081/10-CEP**, sob a responsabilidade de Nara Macedo Botelho Brito, obtendo **APROVAÇÃO** com autorização para desenvolvê-lo nesta Instituição.

Belém, 30 de setembro de 2010.

Informamos ainda, que V. S. deverá apresentar relatório semestral (previsto para 30/12/2010), anual e/ ou relatório final para este Comitê acompanhar o desenvolvimento do projeto (item VII. 13.d. da Resolução nº 196/96 – CNS / MS).

Dra. Simone Regina Souza da Silva Conde
Coordenadora do Comitê de Ética em Pesquisa / FSCMPA