UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARÁ
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
FACULDADE DE MEDICINA E CIRURGIA DO PARÁ

ERICK JEAN PINTO ARAÚJO
WAGNER KURT CLAJUS DE OLIVEIRA

Prevalência de Partos Pré-termos de Recém-Nascidos de Muito Baixo Peso e Extremo Baixo Peso na Maternidade da Fundação Santa Casa de Misericórdia do Pará, no período de janeiro de 2010 a dezembro de 2010

Belém
2011

ERICK JEAN PINTO ARAÚJO
WAGNER KURT CLAJUS DE OLIVEIRA

Prevalência de Partos Pré-termos de Recém-Nascidos de Muito Baixo Peso e Extremo Baixo Peso na Maternidade da Fundação Santa Casa de Misericórdia do Pará, no período de janeiro de 2010 a dezembro de 2010

Monografia de Conclusão de Curso de Medicina pela Universidade Federal do Pará.
Orientadora: Dra. Florentina Balbi.

Belém
2011

ERICK JEAN PINTO ARAÚJO
WAGNER KURT CLAJUS DE OLIVEIRA

Prevalência de Partos Pré-termos de Recém-Nascidos de Muito Baixo Peso e Extremo Baixo Peso na Maternidade da Fundação Santa Casa de Misericórdia do Pará, no período de janeiro de 2010 a dezembro de 2010

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

Banca Examinadora:

_____

Orientadora

_____

Nome/Instituição

_____

Nome/Instituição

Aprovado em: _____/_____/_____

Conceito: _____

RESUMO

Introdução: O parto prematuro (PPT) espontâneo continua sendo um importante problema de saúde pública, apesar de todos os avanços da medicina perinatal. A prematuridade não apenas acarreta expressivo aumento da morbidade e mortalidade neonatal, mas contribui sobremaneira para piora da qualidade de vida e disfunções em longo prazo, além dos elevados custos associados com os cuidados de saúde. Sua incidência varia de acordo com o país e a região, estimando-se mundialmente uma media de 6-10%, e de aproximadamente 10% no Brasil. Ocorrem no mundo 13 milhões de PPT anualmente e cerca de um milhão resultam em morte **Objetivo Geral:** Analisar a prevalência de PPT com recém nascido (RN) de muito baixo peso (MBP) na maternidade da Fundação Santa Casa de Misericórdia do Pará (FSCMPA). **Objetivos Específicos:** Relacionar a prevalência de RN de MBP com PPT e o município de procedência das mães. Descrever a prevalência das variáveis: idade materna, anos de estudo da mãe, numero de consultas de pré-natal, renda materna, idade gestacional e intercorrências clinicas ou obstétricas na gestação. Determinar a relação de PPT por partos totais realizados na FSCMPA. **Metodologia:** Trata-se de um estudo do tipo transversal, quantitativo e descritivo, com coleta retrospectiva através de prontuários das pacientes que evoluíram para parto prematuro na FSCMPA no período de janeiro a dezembro de 2010. **Resultados:** Foram analisados 471 prontuários de pacientes com PPT na FSCMPA. Observou-se predomínio de pacientes provenientes do interior do Pará (54,8%), da faixa etária entre 16 e 25 anos (54,8%); a maioria não realizou o pré-natal completo (70,8%). A via de parto preferida foi a vaginal (66,2%). Grande parte dos partos ocorreram com idade gestacional entre 24 e 28 semanas (52,2%). Trabalho de parto prematuro (32,9%), ROPREMA (20,6%), oligoamnio (17,6%), etilismo (10,2%), (infecção do trato urinário) ITU (9,8%) e tabagismo (8,1%) foram as complicações mais associadas. Quanto ao produto da gestação foi encontrado 64,3% de nascidos vivos, 23,6% de neomortos e 12,1% de natimorto. **Conclusão:** O parto prematuro é uma condição pouco conhecida em relação a fisiopatologia. É uma complexa expressão de diferentes fatores inter-relacionados, que podem variar para diferentes populações. É necessário que mais estudos sejam realizados com o intuito de descobrir os fatores de risco. É por meio de programas preventivos e de baixo custo, elaborados com base em estudos epidemiológicos, que se pode diminuir o nascimento de recém-nascidos de muito baixo peso e, conseqüentemente, influenciar positivamente a redução das taxas de mortalidade infantil.

Palavras-chave: parto pretermo, recém-nascidos de muito baixo peso, fatores de risco, Hospital Fundação Santa Casa de Misericórdia do Pará.

ABSTRACT

Introduction: Spontaneous preterm delivery (PTD) remains a major public health problem, despite all the advances in perinatal medicine. Prematurity not only entails a significant increase in neonatal morbidity and mortality, but contributes greatly to reduced quality of life and long-term dysfunction, and the high costs associated with health care. Its incidence varies by country and region, an estimated world average of 10.6%, and approximately 10% in Brazil. Occur in the world 13 million annually and PTD about one million result in death. **General Objective**: To assess the incidence of PTD in newborn (NB) of very low birth weight (VLBW) at the Fundação Santa Casa de Misericórdia do Pará (FSCMPA). **Specific Objectives**: To correlate the incidence of VLBW newborns with PTD and the municipality of origin of mothers. Describe the effect of variables: maternal age, mother's years of study, number of prenatal visits, maternal income, gestational age and clinical or obstetric complications during pregnancy. Determine the ratio of total births performed by PTD in FSCMPA. **Methodology:** This is a cross-sectional study, quantitative and descriptive, with retrospective research through the charts of patients who developed premature FSCMPA in the period January to December 2010. **Results:** We analyzed medical records of 471 patients with PTD in FSCMPA. There was a predominance of patients from the interior of Pará (54.8%), the age group between 16 and 25 (54.8%), most did not perform complete prenatal care (70.8%). The preferred route of delivery was vaginal (66.2%). Most births occurred at gestational age between 24 and 28 weeks (52.2%). Preterm labor (32.9%), ROPREMA (20.6%), oligohydramnios (17.6%), alcohol (10.2%), (urinary tract infection) UTI (9.8%) and smoking (8.1%) were associated with more complications. As the product of pregnancy was found 64.3% of live birth, 23.6% and 12.1% of stillborn stillborn. **Conclusion:** Preterm birth is a rare condition known about the pathophysiology. It is a complex expression of various interrelated factors, which may vary for different populations. It is necessary that more studies are conducted in order to discover the risk factors. It is through prevention programs of low-cost, developed based on epidemiological studies, which may decrease the birth of infants of very low weight and, therefore, positively influence the reduction of infant mortality rates.

Keywords: preterm birth, newborns of very low birth weight, risk factors, Hospital Santa Casa de Misericórdia do Pará.

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO.....6
1.1. OBJETIVO GERAL.....8
1.2. OBJETIVOS ESPECIFICOS.....8
2. REVISÃO DE LITERATURA.....9
2.1. DEFINIÇÃO.....9
2.2. INCIDENCIA.....10
2.3. ETIOLOGIA.....11
2.4. FISIOPATOLOGIA.....14
2.5. PREDIÇÃO DO PARTO PRÉ-TERMO.....15
2.6. DIAGNÓSTICO.....17
2.7. PROGNÓSTICO.....17
2.9. CONDUTA.....18
3. METODOLOGIA.....21
3.1. TIPO DE PESQUISA.....21
3.2. LOCAL.....21
3.3. POPULAÇÃO E AMOSTRA DE ESTUDO.....21
3.3.1. Critérios de Inclusão.....21
3.3.2. Critérios de Exclusão.....21
3.4. COLETA DE DADOS.....21
3.5. ANÁLISE DE DADOS.....22
3.6. RISCOS E BENEFÍCIOS.....22
3.7. LIMITAÇÕES DO ESTUDO.....22
4. RESULTADOS.....24
5. DISCUSSÃO.....39
6. CONCLUSÃO.....44
REFERENCIAS
APÊNDICES

1. INTRODUÇÃO

A maior causa de mortalidade infantil no Brasil são condições da assistência perinatal, associadas em sua maioria à prematuridade. O parto prematuro (PPT) espontâneo continua sendo um importante problema de saúde pública, apesar de todos os avanços da medicina perinatal. A prematuridade não apenas acarreta expressivo aumento da morbidade e mortalidade neonatal, mas contribui sobremaneira para piora da qualidade de vida e disfunções em longo prazo, além dos elevados custos associados com os cuidados de saúde (MELANINA 2009).

Sua incidência varia de acordo com o país e a região, estimando-se mundialmente uma media de 6-10%, e de aproximadamente 10% no Brasil (ibid.). Ocorrem no mundo 13 milhões de PPT anualmente e cerca de um milhão resultam em morte (CHANDIRAMANI, 2011).

Entre as causas perinatais de mortalidade infantil, 61,4% estão associadas com a prematuridade, como síndrome de sofrimento respiratório, hipóxia e outros problemas respiratórios, que são complicações ainda mais freqüentes quando o recém-nascido é também de baixo peso (<2500g). Isso confere à prematuridade e ao baixo peso ao nascer (BPN) um importante papel nos óbitos infantis e, portanto, tornam seu controle e manejo adequado, intervenções potencialmente efetivas para a redução desta mortalidade. (SILVEIRA, 2008)

O peso de nascimento relacionado ou não a prematuridade, é o fator individual mais importante na determinação das probabilidades do neonato sobreviver e ter crescimento e desenvolvimento normais, uma vez que é o maior preditor da mortalidade e morbidade que acompanha o perfil de recém-nascidos de muito baixo peso (MBP) e extremo baixo peso (EBP) ao nascer (MIRANDA et al, 2010; SARATY et al, 2003).

No mundo cerca de 15% dos partos tem como produto recém-nascidos (RN) BPN, que é uma condição de pior prognóstico para o RN, relacionada com maior chance de evolução para infecção hospitalar, anóxia perinatal, síndrome do desconforto respiratório, hipoglicemia, hemorragia pulmonar, persistência do canal arterial e óbito neonatal (MALVEIRA, 2006).

No Brasil, os recém nascidos de Baixo Peso, somam 7,11%, já os de MBP perfazem cerca de 1,19% do total de 2.881.581 nascidos vivos, sendo o estado do Para responsável por 1231 RN de MBP e EBP (BRASIL, 2009).

Um dos grandes problemas não solucionados da prematuridade é que a sua incidência mundial tem se mantido estável ao longo dos anos, apesar dos esforços desenvolvidos para preveni-la. A sua prevenção durante o pré-natal é poucas vezes possível, pois, geralmente, apresenta etiologia multifatorial ou desconhecida. O estilo de vida da gestante, como o hábito de fumar, a desnutrição, o ganho ponderal inadequado na gestação e o estresse psicológico materno são algumas causas de PPT. Além disso, também está relacionado baixo nível socioeconômico, mulheres jovens, sem companheiro, e fatores médicos, como prematuridade anterior e sangramento vaginal persistente no início da gestação (BEZERRA, 2006). As infecções do trato genital têm sido implicadas em larga proporção nos casos (KISS, 2004). Assim como as vaginoses bacterianas.

Devido a essa dificuldade na prevenção primária, a inibição das contrações uterinas ou tocólise é o último recurso preventivo disponível ao obstetra para adiar o nascimento. Sabe-se que a tocólise comumente não evita o parto prematuro, pois as causas desencadeantes do trabalho de parto prematuro persistem na maioria das vezes, sendo possível apenas abolir as contrações uterinas por algum tempo. No entanto, quando se pode adiar o parto por pelo menos 48 horas, torna-se possível a realização da corticoterapia antenatal e, com isso, a redução do risco de complicações neonatais, tais como a síndrome do desconforto respiratório (SDR), a hemorragia cerebral, a enterocolite necrosante e morte neonatal. Além disso, tal medida permite uma eventual transferência da gestante para outro serviço hospitalar com melhores condições de atendimentos a prematuros (BITTAR, 2009).

Em todo mundo, o PPT é a principal causa de óbitos peri-natais, principalmente quando associado ao nascimento de RN com muito baixo peso. Há alguns anos, o foco da medicina está deixando de ser o tratamento e cura propriamente ditos, passando a ser na educação e prevenção das doenças. A prevenção primária, ainda que desejável, nem sempre é possível, por conta do desconhecimento das causas e da fisiopatologia do PPT, sobretudo, por não se tratar apenas de um problema médico, mas também, problema social e educacional (FEBRASGO). Neste sentido é necessária a avaliação periódica dos casos de PPT com RN de MBP da maternidade em estudo que representa o único centro de referência em obstetrícia de alto risco, e é responsável por cerca de um terço dos partos de RN de MBP do estado do Pará (BRASIL, 2009; FSCMPA 2011).

1.1. OBJETIVO GERAL

Analisar a prevalência de parto prematuro com RN de MBP na maternidade da Fundação Santa Casa de Misericórdia do Pará (FSCMPA) no período de janeiro a dezembro de 2010.

1.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Relacionar a prevalência de RN de MBP com PPT e o município de procedência das mães.

- Descrever a prevalência das variáveis: Idade materna, anos de estudo da mãe, numero de consultas de pré-natal, renda materna, idade gestacional e intercorrências clinicas ou obstétricas na gestação atual.

- Determinar a razão de PPT por partos totais realizados na FSCMPA no período de janeiro a dezembro de 2010.

2. REVISÃO DE LITERATURA

2.1. DEFINIÇÃO

A definição de PPT mais utilizada é a cronológica (CORREA, 1999), em que é considerada a idade gestacional em semanas. Dessa forma, considera-se PPT aquele que ocorre a partir de 20 semanas de gestação – alguns autores consideram 22 semanas – e antes de 37 semanas completas.

Estes PPT ainda podem ser classificados em prematuros extremo: RN com idade gestacional < 32 semanas de gestação, ou seja, entre 22 e 31 semanas e 6 dias, e em prematuros tardio: RN com idade gestacional entre 32 e 36 semanas e 6 dias (BRASIL, 2009).

Com menos de 22 semanas o feto seria imaturo para a sobrevivência extra-uterina.

Lobato (2011) afirma:

> A partir do início do período fetal as estruturas anatômicas vão se definindo e se especializando. O ESTÁGIO PSEUDOGLANDULAR, que vai de 7 a 17 semanas, caracteriza-se pelo desenvolvimento das estruturas vasculares pulmonares, com padrão semelhante ao adulto ao seu final. Entre 16 e 25 semanas ou ESTÁGIO GLANDULAR, o feto vai se tornando viável, e no pulmão aparecem os ácinos, o tecido epitelial torna-se cada vez mais diferenciado e inicia-se a produção de surfactante pelos pneumócitos tipo II. Finalmente, ao final do segundo trimestre, o ESTÁGIO DE SACO TERMINAL é caracterizado por um rápido aumento no potencial de troca gasosa, o que ultimará a possibilidade de sobrevivência extra-uterina.

A prematuridade pode ser classificada, segundo a sua evolução clinica, em induzida ou espontânea.

É considerado baixo peso ao nascer (BPN) todo aquele RN que nasce com peso inferior a 2500g, muito baixo peso (MBP) inferior a 1500g e extremo baixo peso abaixo (EBP) de 1000 gramas.

Uma outra forma de classificar um RN pelo peso leva em consideração, além do peso, a idade gestacional, subdividindo-se em pequeno para a idade gestacional (PIG), adequado para a idade gestacional (AIG) e grande para a idade gestacional (GIG).

2.2. INCIDENCIA

O PPT apresenta incidência variável de acordo com as características da população estudada, qualidade da assistência pré-natal, características da instituição onde se realiza a pesquisa e conceituação de parto pré-termo (CORREA, 1999).

De forma geral o PPT é mais incidente em países subdesenvolvidos que nos desenvolvidos. Enquanto nos países desenvolvidos a incidência oscila entre 4% e 10%, naqueles em desenvolvimento esses números ultrapassam 15% (INSTITUTE OF MEDICINE, 2006).

Nos Estados Unidos a prevalência de nascimentos pré-termo aumentou de 9,5%, em 1981, para 12,7%, em 2005, mantendo-se atualmente na faixa de 12 a 13%, e na Europa estes valores variam entre 5 e 9% (BARBIERI; BETTIOL; SILVA, 2010).

No Brasil uma revisão de estudos de base populacional desde 1950 notou um aumento do nascimento pré-termo no país. A taxa de nascimento pré-termo variou de 3,4 a 15% nas regiões Sul e Sudeste, na região Nordeste a variação foi de 3,8 a 10,2%. Nesta revisão não foram encontrados estudos com dados da região Norte e Centro-Oeste. Os autores deste estudo ainda fizeram comparação dos resultados encontrados com os publicados pelo Sistema de Informação de Nascidos Vivos (SINASC), que aponta um discreto aumento na prevalência do PPT, de 5 a 6,5% entre os anos de 1994 e 2004, o que contradiz s achados da revisão, que revela uma velocidade de crescimento maior (SILVEIRA et al., 2008).

Segundo dados do DATASUS, para o ano de 2008, no Brasil foram registrados 2.934.828 partos de nascidos vivos, destes 201.441 (6.86%) oriundos de PPT, na região Norte 5.07% dos 321.998 partos registrados eram PPT. Para o estado do Pará os dados apontam 151.262 partos de nascidos vivos, com 7.614 (5,03%) realizados antes de 37 semanas de gestação (BRASIL, 2011).

Em populações mais pobres a incidência de parto pré-termo é maior, o que muito se deve a um menor conhecimento das formas de prevenção do mesmo, como a simples realização do pré-natal, que é muito ignorado pelas família de baixa renda.

Um estudo realizado nos Estados Unidos procurou demonstrar a associação entre pré-natal e nascimentos prematuros, entre 1995 e 1998. Os pesquisadores encontraram taxa de 9,2% de prematuros nas gestantes que realizaram pelo menos uma consulta de pré-natal,

enquanto que foi encontrado taxa de 25,6% quando não era realizado nenhuma consulta de pré-natal (VINTZILEOS, 2002).

Os dados do DATASUS informam que no estado do Pará em 2008, 5,46% das gestações acompanhadas com seis ou menos consultas de pré-natal, resultaram e PPT, enquanto que nas gestações que foram acompanhadas com seis ou mais consultas, ocorreram somente 3,81% de partos prematuros (BRASIL, 2011).

Os RN de MBP são mais comuns em países marcados por possuir grandes desigualdades socioeconômicas, altos índices de pobreza e baixa escolaridade. De acordo com a UNICEF, no período de 2000 a 2007, 15% de todos os bebês apresentaram BPN, sendo que a maioria desses casos ocorrem principalmente na Ásia Meridional e na África ao sul do Saara (UNICEF, 2009). No Brasil os dados revelados pelo Ministério da Saúde mostram uma prevalência de 8,25% de BPN, e para o estado do Pará essa taxa é de 6,85%, entretanto quando se considera apenas os PPT essa relação sobe para 47,67% em nosso estado (BRASIL, 2011).

Em relação aos partos classificados em induzidos ou espontâneos, a incidência da prematuridade induzida corresponde a 25% dos nascimentos prematuros, e a espontânea corresponde a 75% dos casos (BITTAR; ZUGAIB, 2009).

2.3. ETIOLOGIA

Como já citado, o PPT pode ser espontâneo ou induzido. Dentre os espontâneos existem dois subtipos, um que é precedido por trabalho de parto prematuro ou devido à ruptura prematura de membranas, independente de o parto ser vaginal ou cesariano, e outro que é medicamente induzido, o parto ocorre por indicação materna ou fetal, podendo ser iniciado com medicamentos ou ser realizada cesariana sem trabalho de parto (BARIERI; BETTIOL; SILVA, 2010).

O trabalho de parto espontâneo não apresenta, na maioria das vezes uma etiologia única, sendo multifatorial, admiti-se que vários fatores atuem sinergicamente, fazendo com que, em determinado momento da gravidez, as contrações uterinas improdutivas, sempre presentes, tornem-se produtivas, ocasionando a dilatação do canal cervical e a expulsão do feto (CORREA, 1999).

A parturição humana caracteriza-se pela participação complexa de fatores autócrinos e paracrinos e de moléculas sinalizadoras, existentes dentro do tecido uterino. Predomina a idéia de que fatores produzidos localmente, dentro da placenta, das membranas fetais e do útero, em conjunto com sinais não identificados do feto, atuam de maneira complexa, porém coordenada, para iniciar a parturição a termo. No entanto, fica a questão, é o parto pré-termo o resultado da ativação precoce do processo normal de indução do parto, ou é devido a acometimentos fisiopatológicos que perturbam o delicado equilíbrio e precipitam o parto através de mecanismos anormais? (ibid.).

Dentre os vários fatores relacionados à prematuridade, a infecção parece ter uma relação mais estreita, independentemente do sítio de localização. As infecções geniturinárias são consideradas mais significativas e a vaginose bacteriana, a mais importante delas (COSTA et al., 2010).

Com alta prevalência na população em geral, a vaginose bacteriana é citada por vários autores como o principal fator associado à prematuridade dentre outros desfechos gestacionais desfavoráveis, como BPN, ruptura prematura de membranas e infecção puerperal (ibid.).

Outros fatores são classicamente conhecidos, como partos múltiplos, hipertensão induzida pela gravidez, tabagismo materno e uso de drogas ilícitas na gravidez, trabalho extenuante, baixo índice de massa corpórea, ganho de peso insuficiente na gravidez, reprodução assistida, colo uterino curto, intervalo interpartal curto, baixa escolaridade e raça negra (INSTITUTE OF MEDICINE, 2006).

O RN prematuro é na maioria das vezes de baixo peso, mas vale a pena ressaltar outras etiologias para esta condição, que implicariam em um retardo do crescimento intra-útero (RCIU). Estas condições podem ser classificadas em causas ambientais, maternas, útero-placentárias e fetais (Quadro 1). Entretanto é difícil identificar apenas um fator, na maioria dos casos estes apresentam-se associados, assim como também é possível encontrar RN PIG em situações que não se consegue identificar uma causa (MUSSI-PINHATA, 1995).

CONDIÇÕES	TIPO CLÍNICO	
	RCIU Simétrico	RCIU Assimétrico
AMBIENTAIS	• Desnutrição materna crônica. • Multiparidade e gestações sucessivas. • Elevadas altitudes.	• Baixo ganho ponderal materno na gestação
MATERNAS	• Idade <16 e > 35 anos. • Tabagismo, alcoolismo, uso de drogas. • Anemia severa	• Doenças cardio-respiratorias. • Hipertensão arterial cronica. • Doenças renais crônicas
ÚTERO-PLACENTARIOS	• Útero bicorno. • Miomatose uterina.	• Placenta prévia, descolamento parcial placentário. • Insuficiência útero-placentária. • Corioangiomas. • Infartos placentários múltiplos.
FETAIS	• Anomalias cromossômicas. • Malformações congênitas. • Infecções congênitas. • Eritoblastose fetal.	• Gemelaridade.

Fonte: MUSSI-PINHATA, 1995

Quadro 1 – Principais Causas de RCIU segundo o tipo clínico.

2.4. FISIOPATOLOGIA

O desconhecimento da fisiopatologia do PPT é uma das principais razões para as falhas na sua prevenção. (CORREA, 1999) Há evidencias de que alterações na flora vaginal, que pode ocorrer por uma infecção vaginal, levam ao aumento de citocinas (IL-6, IL-8) na região endocervical, e estas citocinas estariam envolvidas nos mecanismos do trabalho de parto prematuro (GOTSCH et al., 2007).

Em relação ao peso do RN, como já explicitado, o próprio fato de a gestação ser encerrada antes das 37 semanas de idade gestacional já é uma fator importante para que o RN seja de baixo peso.

Porém como outras condições podem estar associadas é importante mostrar de que forma elas pode induzir uma restrição no crescimento fetal. Este crescimento resulta basicamente da produção de novas células e aumento do tamanho das mesmas, que para fazerem isso precisam de nutrientes adquirido através da placenta. E é o bom fluxo sanguíneo que carreia nutrientes para o feto, juntamente com a capacidade deste de utilizar os nutrientes, que vão garantir o crescimento fetal (MUSSI-PINHATA, 1995).

São descritas três fases no crescimento fetal: a primeira é a fase de hiperplasia celular, em que há um aumento rápido no número de células durante as primeiras 16 semanas gestacionais, a segunda é a fase de hiperplasia e hipertrofia concomitantes, esta ocorre entre 16 e 32 semanas gestacionais e é caracterizada por progressivo decréscimo na taxa de divisão celular com progressivo aumento no tamanho celular, já a terceira fase é a de hipertrofia celular, que se inicia por volta da 32ª semana gestacional, quando ocorre rápido crescimento no tamanho das células (ibid).

Dependendo do momento e da duração do fator prejudicial que interfira com o crescimento fetal, o crescimento pós-natal e o desenvolvimento subseqüente serão diferentes. A inibição do crescimento nas primeiras semanas de gestação poderá provocar maior prejuízo na fase de replicação celular, produzindo fetos menores por conterem menor numero de células, mas com tamanhos normais, caracterizando o RCIU simétrico. No entanto, se a dificuldade de crescimento tiver início mais tardiamente, junto com as fases em que o crescimento se deve principalmente a hiperplasia celular, o feto será RCIU assimétrico, já que poderá a injúria terá menor efeito no número de células e comprimento, mas redução no tamanho celular (ibid).

2.5. PREDIÇÃO DO PARTO PRÉ-TERMO

A predição do PPT é importante para inicio precoce dos cuidados na prevenção deste parto, no entanto o parto prematuro não apresenta um fator identificável em cerca de 50% das vezes, mas ainda assim os principais fatores de risco já relatados devem ser investigados em todas as gestantes com o intuito de reduzir a prevalência e as complicações inerentes ao parto prematuro (BITTAR; FONSECA; ZUGAIB, 2010).

Muitos fatores de risco são citados na literatura, como a idade cronológica (menos de 16 anos e maior que 35 anos) e ginecológica (intervalo menor que 2 anos entre a primeira menstruação e gestação) (CORREA, 1999).

A condição econômica da gestante também parece influenciar na inicio de trabalho de parto precocemente, em estudo realizado em São Luis, em que utilizaram como amostra partos realizados em 10 hospitais públicos e privados desta cidade no período de 01 de março de 1997 a 02 de fevereiro de 1998, foram selecionados aleatoriamente 2443 partos, excluindo-se os partos múltiplos e natimortos, sendo encontrado uma taxa de nascimentos prematuros de 13,1%, dentre as variáveis socioeconômicas estudadas somente a renda familiar apresentou associação com nascimento pré-termo, 15,5% das gestantes que tiveram parto precoce possuíam renda inferior a um salário mínimo (ARAGÃO et al., 2004).

Hábitos de vida como tabagismo, consumo de álcool e drogas podem repercutir na evolução e duração de uma gestação. Correa considera o tabagismo um dos exemplos mais típicos, relatando que o mesmo pode aumentar em até 50% a freqüência do PPT. É importante ressaltar que o hábito de fumar é um fator que pode ser modificado (CORREA, 1999).

O consumo de bebidas alcoólicas também tem se relacionado a um maior risco de PPT, assim como o uso de drogas, como a cocaína, que também pode ser responsabilizada por restrição do crescimento intra-uterino, morte fetal, ligeiro aumento de anomalias fetais e sofrimento fetal (ibid.).

Alguns fatores de risco citados na literatura estão relacionados com a história obstétrica da gestante, é o caso de antecedente de PPT, que se relaciona com maior probabilidade de uma futura gestação apresentar um parto precoce, o que pode indicar a presença de características biológicas das mães no desenvolvimento da gestação (SILVA et al., 2009).

Deve-se levar em consideração, também, as possíveis intercorrências gestacionais como fatores de risco para parto prematuro. Aqui se pode destacar a importância da gestação gemelar. Um estudo que pesquisou o perfil materno-infantil de nascimentos por parto duplo em uma amostra de puérperas no município do Rio de Janeiro, no período de junho de 1999 a março de 2001, observou, ao proceder a comparação entre partos gemelares e únicos, que os bebês de parto duplo tendem a nascer mais precocemente. Neste estudo o autor encontrou idade gestacional média, em semanas, de 35,97 ± 2,65 para os gêmeos e de 38,47 ± 2,57 para os únicos (MAXIMIANO, 2002).

Outras intercorrencias relacionadas à gestação que também podem ser citadas como fatores de risco para o PPT são: alterações do volume do líquido amniótico (polidramnia pode levar ao inicio de contrações uterinas, já em situações de oligodramnia muitas vezes o PPT é induzido a fim de evitar o sofrimento fetal) e da placenta (alterações anatômicas e funcionais contibuem para o PPT) (CORREA, 1999), além das infecções, sendo que a vaginose bacteriana, como fator isolado, é responsável por um aumento de duas vezes no risco de PPT, com probabilidade aumentada quando presente antes de 16 semanas de gestação (COSTA et al., 2010).

No momento em que se fala de predição do PPT deve-se sempre evidenciar a importância do pré-natal, que representa a principal estratégia para identificação e afastamento de fatores de risco para o nascimento prematuro (CORREA, 1999).

Em relação as achados complementares à clínica, a investigação de predição do PPT pode ser auxiliada pela detecção de fibronectina fetal (FNF) e achados ultrasonográficos.

A detecção da FNF é feita nas secreções cervico-vaginais em gestantes no segundo e terceiro trimestre da gestação, em tem se tornado um importante marcador bioquímico para o PPT. Já a avaliação do colo uterino pela ultrasonografia tem a finalidade de detectar pequenas alterações da cérvice uterina, se tornando outro importante elemento na predição do PPT (OLIVEIRA et al., 2000). Entretanto ainda não existe um consenso sobre as alterações no comprimento do colo em função da idade gestacional e do nível de corte ideal, do qual os valores menores que o nível de corte representariam maior risco de PPT, mas valores inferiores a 20 mm podem ser considerados como fator de risco (BITTAR; FONSECA; ZUGAIB, 2010).

2.6. DIAGNÓSTICO

O diagnóstico de trabalho de parto é difícil em qualquer circunstância, especialmente na situação de trabalho de parto prematuro. O tratado de obstetrícia da FEBRASGO diz que o diagnostico de trabalho de parto baseia-se no achado de três sinais: atividade uterina compatível, modificações cervicais e eliminação de "sinal do parto", este último representando a eliminação da rolha de Schroeder, o tampão mucoso, sendo o dado menos fidedigno.

O mesmo tratado afirma que o parto tem início com o aumento em intensidade e freqüência das contrações de Braxton-Hicks, consideradas fisiológicas, e presentes durante toda a gestação. Na gestação normal as contrações de Braxton-Hicks possuem freqüência aproximada de duas a cada hora, entre 28 e 32 semanas, já no período entre 33 e 36 semanas as contrações são de até três por hora.

No trabalho de parto prematuro, a freqüência de contração uterina está aumentada precocemente, o American College of Obstetricians and Gynecologists (2011) define o trabalho de parto prematuro quando há presença de contrações uterinas de freqüência e intensidade suficiente para provocar o efeito de apagamento progressivo e dilatação do colo do útero, entre 20 e 37 semanas, isto é, no mínimo quatro contrações em 20 minutos ou oito contrações em 60 minutos, acompanhadas de dilatação cervical maior que 1 centímetro.

2.7. PROGNÓSTICO

A prematuridade é responsável por 70% da mortalidade neonatal e cerca de 50% das lesões neurológicas em longo prazo nos nascidos vivos provenientes de PPT. (UFC, 2010). Entre as seqüelas do neurodesenvolvimento podem ser incluídas retardo mental, prejuízo visual e auditivo (BARIERI; BETTIOL; SILVA, 2010).

Em estudo de coorte observacional, descritivo de 200 RN com MBP, realizado na Fundação Santa Casa de Misericórdia do Pará no ano de 2006, encontrou como as complicações mais freqüentes entre o grupo estudado infecção (86%), síndrome do desconforto respiratório (71,5%), anóxia (39,5%). Também no mesmo estudo foi encontrado uma taxa de letalidade de 60,5%, que foi de 100% no grupo de RN com peso entre 500g e 750g, 90,4% para os de peso entre 751g e 1000g, 54,5% nos de 1001g a 1250g, e no grupo de

1251 até 1500g a letalidade foi de 45%, revelando a importância do ganho de peso adequado para a sobrevida dos RN de muito baixo peso (MALVEIRA, 2006).

Outras complicações relacionadas ao PPT e ao BPN são displasia broncopulmonar, enterocolite necrosante, persistência do canal arterial, retinopatia da prematuridade, hemorragia peri-intraventricular, leucomalacia (SILVEIRA; PROCIANOY, 2005). Não se pode deixa de citar a Doença da Membrana Hialina (DMH), que é a principal causa de óbito do RN pré-termo, representando cerca de 80 a 90% dos casos, na primeira semana, das complicações respiratórias, que ao todo representam em torno de 50% dos óbitos que ocorrem no período neonatal (DINIZ; VAZ, 1986).

No entanto, a significativa melhora dos cuidados intensivos em recém-nascidos MBP tem proporcionado maior sobrevida destes prematuros (SILVEIRA; PROCIANOY, 2005).

2.8. CONDUTA

A inibição das contrações uterinas ou tocólise é o último recurso preventivo disponível ao obstetra para adiar o nascimento. Sabe-se que a tocólise comumente não evita o parto prematuro, pois as causas desencadeantes do TPP persistem e, na maioria das vezes, é possível apenas abolir as contrações uterinas por algum tempo. O profissional então lança mão do uso de uterolíticos para realização da tocólise quando se pode adiar o parto por pelo menos 48 horas (BITTAR, 2009.)

O objetivo principal para o uso de uterolíticos no trabalho de parto prematuro é prolongar suficientemente a gestação (mínimo de 48 horas) para realizar a transferência materna para um centro hospitalar terciário e iniciar a administração materna de glicocorticoides (corticoterapia antenatal) e, com isso, obtém-se a redução do risco de complicações neonatais, tais como a SDR, a hemorragia cerebral, a enterocolite necrosante e morte neonatal. As decisões sobre o uso e a escolha de uterolítico requerem o diagnóstico correto do trabalho de parto prematuro, o conhecimento da idade gestacional, das condições médicas materno-fetais, da eficácia, dos efeitos colaterais e do custo do medicamento (BITTAR,2009).

2.8.1. Limites inferiores e superiores da idade gestacional para a tocólise.

A idade gestacional mínima para se realizar a tocólise é motivo de controvérsia e não existem recomendações baseadas em evidências. Alguns autores consideram 15 semanas o ideal, momento em que as perdas decorrentes de alterações genéticas são menos frequentes. Outros adotam 20 ou 22 semanas. Quanto ao limite superior de idade gestacional, a maioria dos autores adota 34 semanas, período a partir do qual diminui consideravelmente a morbidade e a mortalidade neonatal e não se justificam as complicações maternas e fetais decorrentes da tocólise. Além disso, a administração do corticoide antenatal só é indicada de 26 a 34 semanas de gestação (GOLDEMBERG, 2002).

2.8.2 Uterolíticos

As drogas uterolíticas são utilizadas para inibir o TPP há quase 50 anos. Durante todos esses anos, apenas duas drogas foram desenvolvidas especialmente para esse fim: a ritodrina (agonista beta-adrenérgico) e o atosiban (antagonista do receptor de ocitocina). As outras drogas foram adaptadas para a tocólise. Atualmente, há três tipos de uterolíticos mais utilizados: agonistas beta-adrenérgicos, bloqueadores do canal de cálcio e antagonistas do receptor de ocitocina. Outras drogas também utilizadas para inibir o TPP (sulfato de magnésio, inibidores de prostaglandinas e doadores de óxido nítrico) carecem de comprovação quanto à sua eficácia ou são responsáveis por efeitos colaterais importantes (BITTAR, 2009).

Para a escolha do uterolítico, devem ser levadas em conta a eficácia e a segurança. Quanto à eficácia, se o ideal é a diminuição da taxa de partos prematuros, a morbidade e a mortalidade neonatal, e não apenas o adiamento do parto em 48 a 72 horas ou 7 dias, como a maioria dos estudos relatam. Além disso, a droga deve ser segura para a mãe, feto e recém-nascido. Diante da incapacidade de inibir as contrações uterinas com determinado uterolítico, ele pode ser substituído por outro. No entanto, antes da utilização de um segundo tocolítico, deve-se excluir a presença de corioamnionite e de alterações da vitalidade fetal. Não existem estudos controlados sobre o uso repetido de uterolíticos para o tratamento do parto prematuro recorrente, embora recomendemos que, quando necessária, a repetição da tocólise seja feita uma só vez (ibid).

2.8.3 Antibióticos

Estudos mais recentes demonstram que, durante o TPP, a utilização de antibióticos de largo espectro na ausência de infecção clínica ou bacteriúria assintomática não adia o parto.

Em estudo de metanálise limitado a gestações de até 34 semanas, demonstrou-se que o uso de antibióticos não prolonga a gestação. Além disso, há suspeitas de que antibioticoterapia cause comprometimento fetal. No estudo ORACLE II, que comparou o uso de antibióticos com placebo em mulheres em TPP e membranas intactas, verificou-se que crianças submetidas ao uso de antibióticos intraútero apresentaram mais deficiências funcionais aos sete anos do que aquelas que receberam o placebo (PEREIRA, 2008; GOMEZ, 2005).

Deve ser lembrado que, durante o TPP, é importante instituir a profilaxia para a infecção neonatal pelo estreptococo do Grupo B, a menos que se disponha de uma cultura vaginal e retal negativas com menos de cinco semanas. Para a profilaxia, é recomendado o seguinte esquema: penicilina G cristalina - 5 milhões de UI - IV de ataque e 2,5 milhões de UI - IV 4/4h até o nascimento, ou ampicilina 2,0 g IV de ataque e 1,0 g IV 4/4h até o nascimento. São necessárias pelo menos duas doses de antibióticos com intervalo de quatro horas antes do nascimento (BITTAR, 2008).

2.8.4 Corticoterapia

Recomendada entre a 26ª e a 34ª semana de gestação. É utilizada a betametasona sob a dose de 12 mg por via intramuscular ao dia, com intervalo de 24 horas num total de duas aplicações. O efeito máximo inicia-se após 24 horas e persiste por 7 dias. Geralmente, é utilizado apenas um único ciclo de corticoide e, excepcionalmente, dois, em virtude dos efeitos colaterais para o feto (FEBRASGO, 2011).

3. METODOLOGIA

3.1. TIPO DE PESQUISA

O estudo realizado foi do tipo transversal, quantitativo e descritivo, com coleta retrospectiva. Os dados investigados foram coletados dos prontuários localizados no Departamento de Arquivo Médico e Estatística (DAME), com a utilização de uma ficha padrão, após a aprovação da Comissão de Ética e Pesquisa Envolvendo Seres Humanos (CEP). (ANEXO A).

3.2. LOCAL

A pesquisa foi realizada na Maternidade do Hospital FUNDAÇÃO SANTA CASA DE MISERICORDIA do PARA localizada na Rua Oliveira Belo, 395, Umarizal; fundada em 1650, Belém – PA.

3.3. POPULAÇÃO E AMOSTRA DE ESTUDO

A população estudada foi de pacientes atendidas no HFSCMPA durante o ano de 2010, que tiveram como produto de gestação inferior a 37 semanas RN de muito baixo peso. Sendo a amostra composta por todos os prontuários que apresentaram os critérios de inclusão e não foram eliminados pelos critérios de exclusão.

3.3.1. Critérios de Inclusão

Os prontuários foram selecionados de acordo com o diagnóstico de trabalho de parto pré-termo com recém-nascido de peso inferior a 1500g , independente da faixa etária; devendo a paciente ter sido internada na FSCMPA no período do estudo**.**

3.3.2. Critérios de Exclusão

O critério de exclusão foi apenas da impossibilidade de acesso às informações do prontuário.

3.4. COLETA DE DADOS

Os dados foram coletados a partir de prontuários de pacientes internados na FSCMPA através da utilização de uma ficha padrão pré-determinada (APÊNDICE A). Nesta ficha

foram coletados dados de identificação e epidemiologia, tais como: idade, profissão, procedência, residência, escolaridade e renda mensal; assim como, co-morbidades associadas, complicações; tratamento realizado e se realizou pré-natal.

No intuito de seguir as orientações da Resolução 196/96 de 10 de outubro de 1996, do Conselho Nacional de Saúde, este projeto foi submetido à avaliação e análise de sua viabilidade pelo Comitê de Ética em Pesquisa do HFSCMPA. A Orientadora e os Autores se comprometem em manter sigilo das informações coletadas, responsabilizando-se por usá-las exclusivamente para aqueles fins aos quais a pesquisa se propõe (APÊNDICE B, C e D).

3.5. ANÁLISE DE DADOS

Os dados foram analisados de forma quantitativa, através da estatística descritiva (freqüências simples e percentual) com o uso de recursos de informática, como Microsoft Excel 2007 para a compilação dos dados e elaboração dos gráficos e Microsoft Word 2007 para digitação do texto.

3.6. RISCOS E BENEFÍCIOS

Qualquer pesquisa que envolva seres humanos é passível de oferecer riscos, no entanto o presente estudo se restringe à análise direta dos prontuários das pacientes, sendo garantida pelos autores da pesquisa a preservação da privacidade das pacientes e que as informações colhidas foram utilizadas unicamente para execução do projeto em questão.

A demonstração da incidência dos partos pré-termos facilitaria a identificação de situações de risco e poderá contribuir com a orientação das ações de combate ao parto pré-termo.

3.7. LIMITAÇÕES DO ESTUDO

O método de notificação da idade gestacional, especialmente, pode ter dados de classificação realizada de forma não uniforme, geralmente pela data da última menstruação e ou por avaliação do ultra-sonografista e ou pelo método de Capurro, havendo inclusive registros de IG calculada pela altura uterina. Além disso, a categorização em faixas de idade gestacional impossibilita a identificação de RN pequenos para a idade gestacional.

Há necessidade, também, de melhorar o preenchimento dos prontuários, especialmente das variáveis: renda, mês de início do atendimento pré-natal, número de filhos vivos e mortos e ocupação materna.

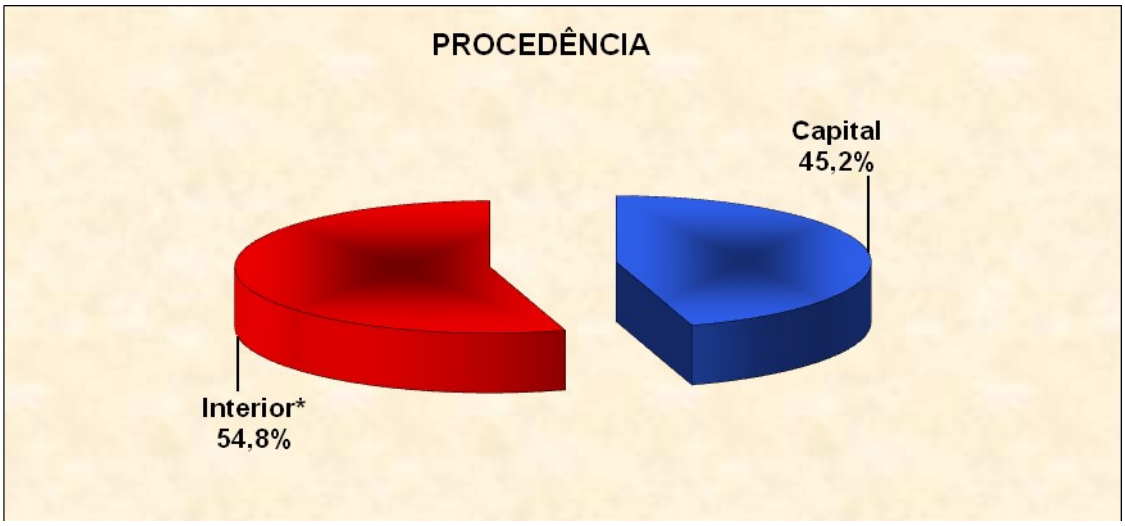
Na iminência da coleta de dados, foi avaliada a impossibilidade pessoal e temporal da coleta de dados referente a todos os RN pré- termos do Hospital FSCM-PA no ano de 2010, sendo então restringida a pesquisa para os RNs de muito baixo peso.

4. RESULTADOS

Foram estudados 471 prontuários de mães que evoluíram para parto antes das 37 semanas de gestação e com RN pesando menos de 1500g, representando 8% do total de 6789 partos realizados no HFSCMPA no ano de 2010.

Das 471 gestantes, 258 eram procedentes do interior e 213 da capital, mostrando que mais da metade das gestantes atendidas no ano de 2010, que tiveram partos antes das 37 semanas e com RNs com peso abaixo de 1500g, eram provenientes da interior (GRAFICO 1).

GRÁFICO 1 – Distribuição das mães segundo procedência. Fundação Santa Casa de Misericórdia do Pará, Brasil, 2010.



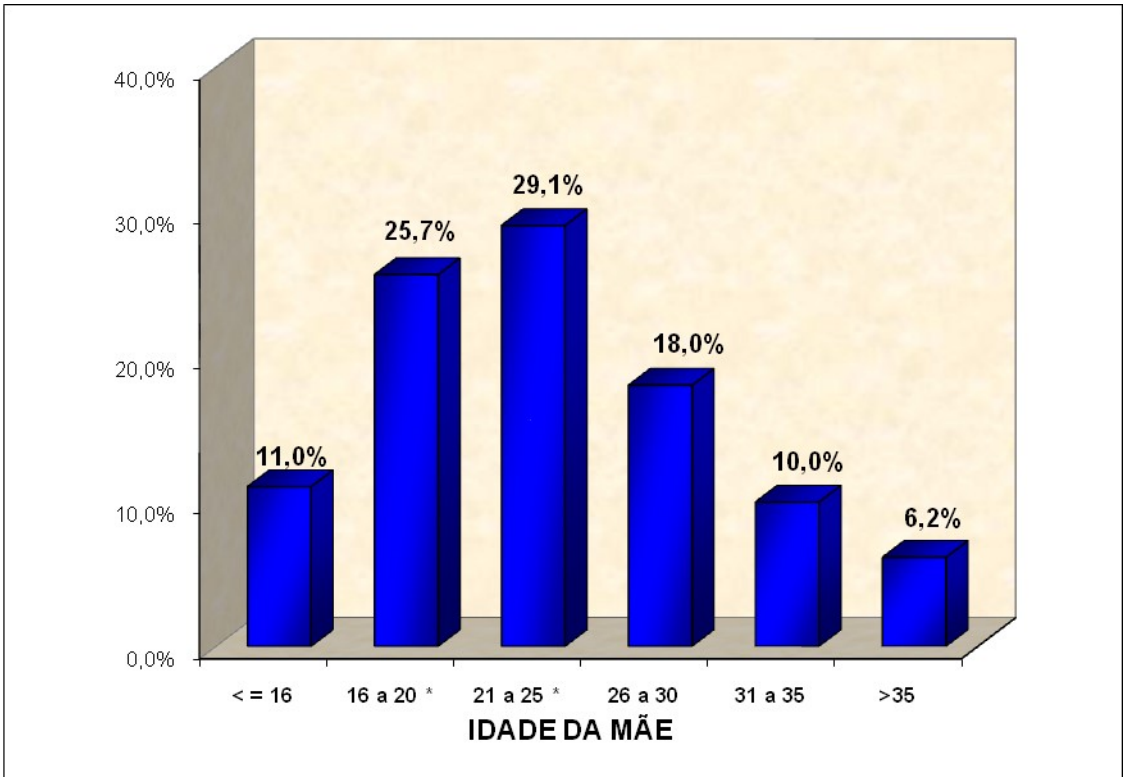
Do total de gestantes pesquisadas 9,8% são do município de Ananindeua, representando o segundo que mais apareceu como local de residência das pacientes, ficando atrás apenas de Belém, portanto, é o primeiro entre os município do interior, seguido de Castanhal (3,4%), Marituba (3,0%), Abaetetuba (2,1%) e Moju (1,7%). Outros municípios somaram 143 (30,3%), que são aqueles que apareceram com freqüência menor que oito. Em 21 prontuários pesquisados não foi encontrada a cidade de origem (TABELA 1).

Mais de 50% das gestantes se encontram na faixa de idade entre 16 e 25 anos, sendo 25,7% na faixa de 16 a 20 e 29,1% entre 21 e 25. Para as outras faixas etárias foi encontrado 11% de gestantes com 16 anos ou menos, 18% com idade entre 26 e 30, 10% entre 31 e 35 e 6,2% tinham mais de 35 anos (GRÁFICO 2).

TABELA 1 – Distribuição das mães segundo município de origem. Fundação Santa Casa de Misericórdia do Pará, Brasil, 2010.

MUNICÍPIOS	N	%
Belém	213	45,2%
Ananindeua	46	9,8%
Castanhal	16	3,4%
Marituba	14	3,0%
Abaetetuba	10	2,1%
Moju	8	1,7%
Outros	143	30,3%
Sem informação	21	4,5%
TOTAL	**471**	**100,0%**

GRAFICO 2 – Distribuição das mães segundo idade materna. Fundação Santa Casa de Misericórdia do Pará, Brasil, 2010.



* existe uma diferença significativa de pacientes entre 16 e 25 anos.

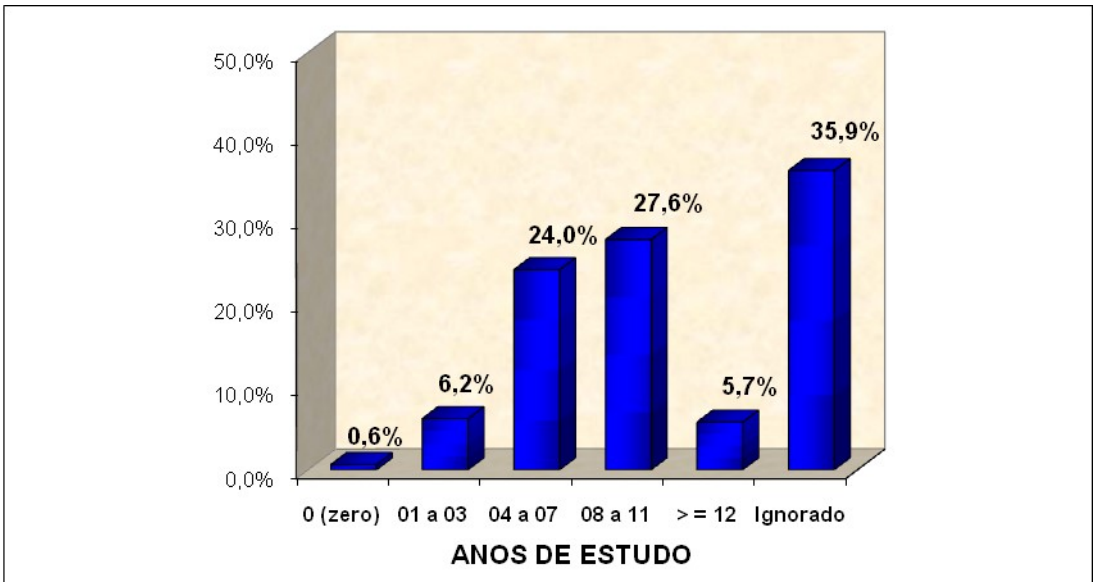
A ocupação das pacientes durante a gestação foi ignorada em 69% dos prontuários pesquisados, entretanto pode-se perceber que uma grande parte exerce atividades do lar apenas, representando 24,2% de todas as gestantes. A profissão de estudante foi encontrada em 11 prontuários (2,3%), outras profissões representaram juntas 4,45% (TABELA 2).

Em muitos prontuários também foi ignorado o anos de estudo das mães, em 35,9% destes não foi encontrado referencia à escolaridade das pacientes. Porém foram encontrados em 27,6% dos prontuários a descrição de escolaridade entre 8 e 11 anos de estudo e 24% de 4 a 7 anos de estudo.

TABELA 2 – Distribuição das mães segundo ocupação materna. Fundação Santa Casa de Misericórdia do Pará, Brasil, 2010.

OCUPAÇÃO	N	%
Do Lar	114	24,2%
Estudante	11	2,3%
Doméstica	4	0,8%
Professora	3	0,6%
Agente Administrativa	2	0,4%
Autonoma	2	0,4%
Servente	2	0,4%
Vendedora	2	0,4%
Outras	6	1,3%
Ignorado	325	69,0%
TOTAL	**471**	**100,0%**

GRÁFICO 3 – Distribuição da mães segundo anos de estudo. Fundação Santa Casa de Misericórdia do Pará, Brasil, 2010.

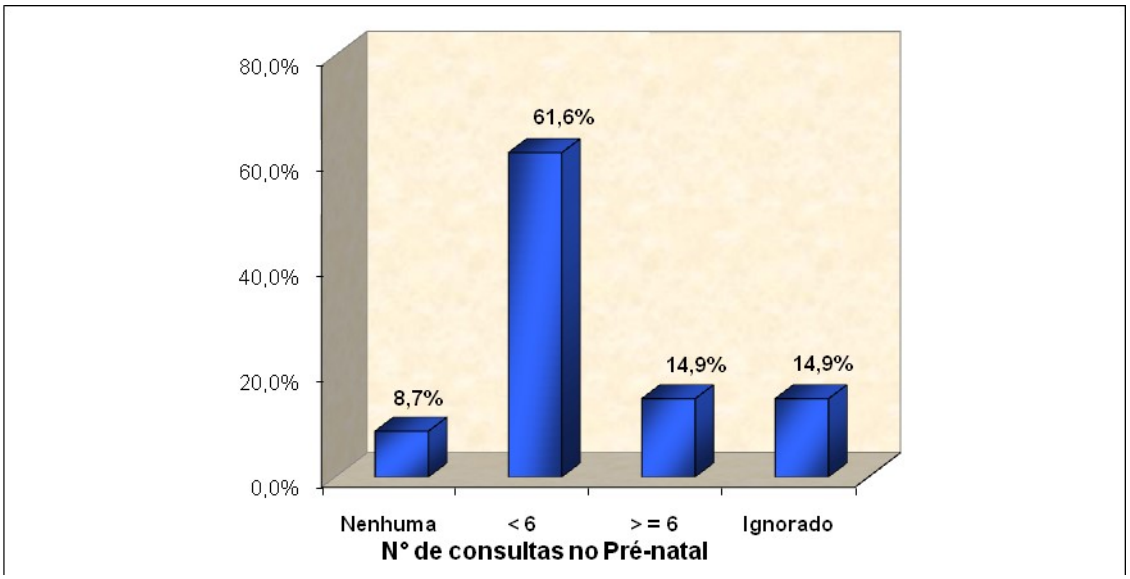


Em relação à realização de pré-natal apenas 70 das 471 gestantes realizaram-no completamente, com no mínimo 6 consultas. Quanto ao número de consultas foi encontrado que 8,7% não realizou nenhuma consulta, 61,6% realizou menos de 6, 14,9% fizeram 6 ou mais e em 14,9% dos prontuários este dado foi ignorado (TABELA 3 e GRÁFICO 4).

TABELA 3 – Distribuição das mães segundo realização de pré-natal e número de consultas de pré-natal. Fundação Santa Casa de Misericórdia do Pará, Brasil, 2010.

PRÉ-NATAL COMPLETO	N	%
Realizou		
SIM	70	14,9%
NÃO	376	79,8%
Ignorado	25	5,3%
Nº de consultas		
Nenhuma	41	8,7%
< 6	290	61,6%
> = 6	70	14,9%
Ignorado	70	14,9%

GRAFICO 4 – Distribuição das mães segundo número de consultas de pré-natal realizadas. Fundação Santa Casa de Misericórdia do Pará, Brasil, 2010.



A TABELA 4 demonstra os antecedentes obstétricos e a via de parto escolhida para retirada do produto na gestação atual, também a mesma tabela mostra o número de partos que foram ou não induzidos. Das 471 gestantes, 98 (20,8%) delas possuíam histórico de abortamento e 373 (79,2%) não. Em relação ao número de gestações, 141 pacientes estavam na sua terceira ou mais gestação, 153 na segunda e 177 na primeira gestação. Das gestações que ocorreram no ano de 2010, 312 encerraram por parto vaginal e 159 por parto cesário.

O GRÁFICO 5 mostra o passado obstétrico das gestantes em relação ao histórico de abortamentos, o GRÁFICO 6 apresenta a divisão das gestantes quanto ao número de gestações, e o GRÁFICO 7 mostra qual a via de parto mais utilizada.

TABELA 4 – Distribuição das mães segundo antecedentes obstétricos, via de parto e indução de parto na gestação atual. Fundação Santa Casa de Misericórdia do Pará, Brasil, 2010.

PARTOS / ABORTOS	N	%	p-valor
Aborto			
SIM	98	20,8%	**< 0,0001***
NÃO *	373	79,2%	
N° de gestações			
Uma	177	37,6%	**0,01176**
Duas	153	32,5%	
Três ou mais	141	29,9%	
Via de Parto			
Vaginal *	312	66,2%	**< 0,0001***
Cesário	159	33,8%	

GRAFICO 5 – Distribuição das mães segundo antecedente de abortamentos. Fundação Santa Casa de Misericórdia do Pará, Brasil, 2010.

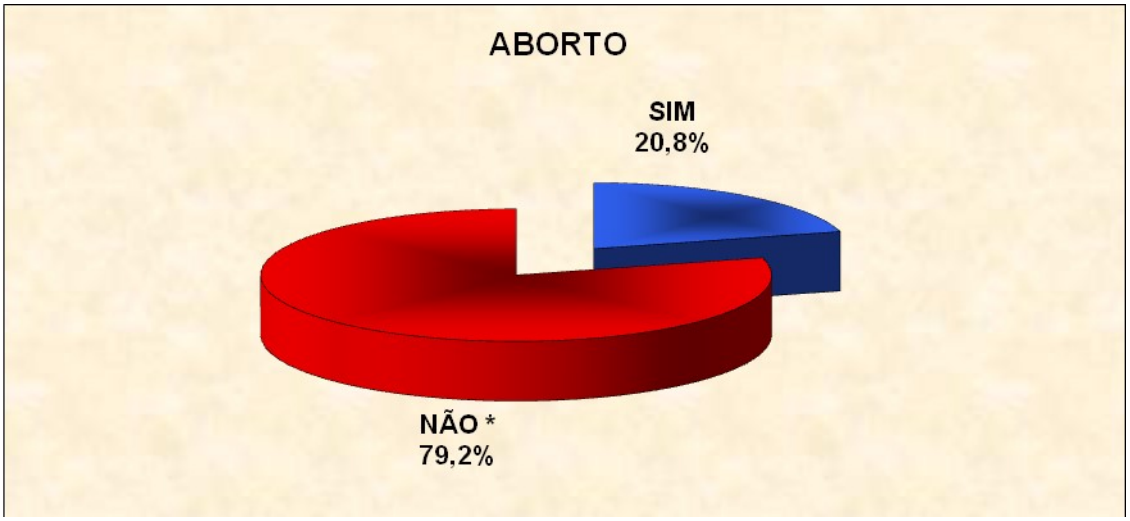


GRAFICO 6 – Distribuição das mães segundo número de gestações. Fundação Santa Casa de Misericórdia do Pará, Brasil, 2010.

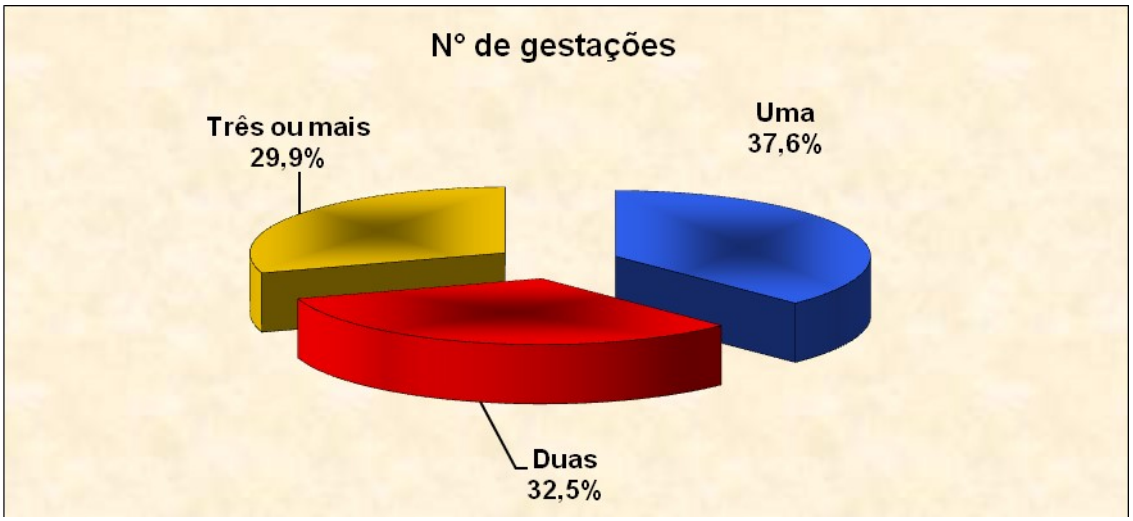
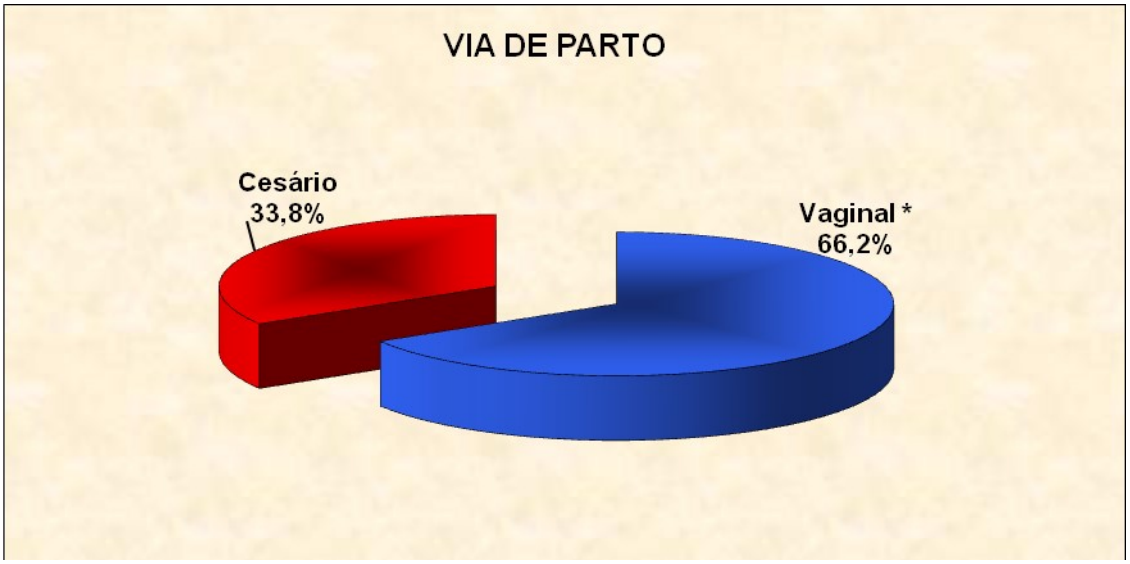
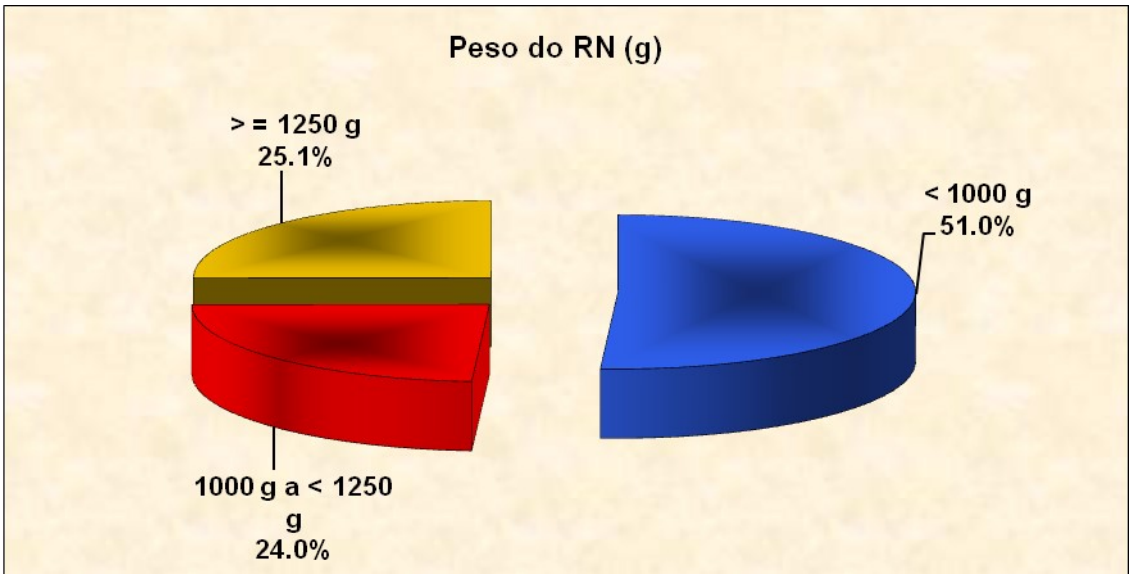


GRAFICO 7 – Distribuição das mães segundo via de parto. Fundação Santa Casa de Misericórdia do Pará, Brasil, 2010.



Com relação ao peso dos RNs, não foi registrado diferença significativa entre a prevalência de RNs de MBP (49%) com os de EBP (51%). (Gráfico 8)

GRAFICO 8 – Distribuição das mães segundo peso do recém-nascido. Fundação Santa Casa de Misericórdia do Pará, Brasil, 2010.

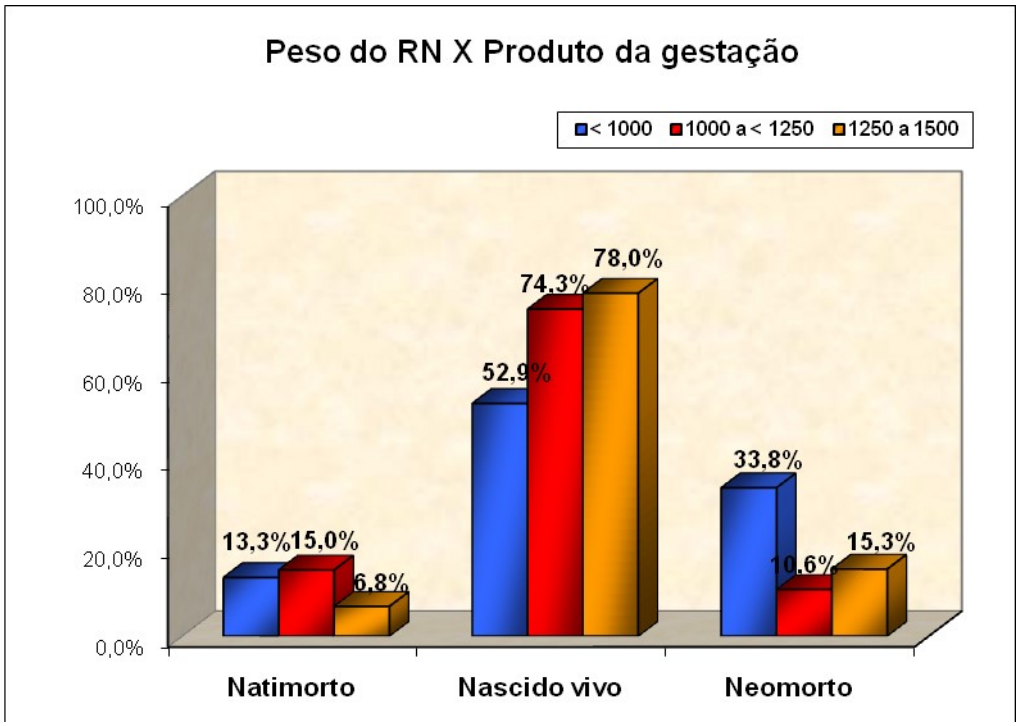


A Tabela 5 e o Gráfico 9 demonstram, sob diferentes pontos de vista, o cruzamento entre os diferentes produtos das gestações e os pesos dos recém nascidos. Na tabela são mostrados os percentuais de pesos em cada tipo de produto de gestação. No Gráfico são visualizados os percentuais dos diferentes produtos para cada grupo de peso ao nascer.

TABELA 5 – Distribuição das mães segundo peso do recém-nascido e produto da gestação. Fundação Santa Casa de Misericórdia do Pará, Brasil, 2010.

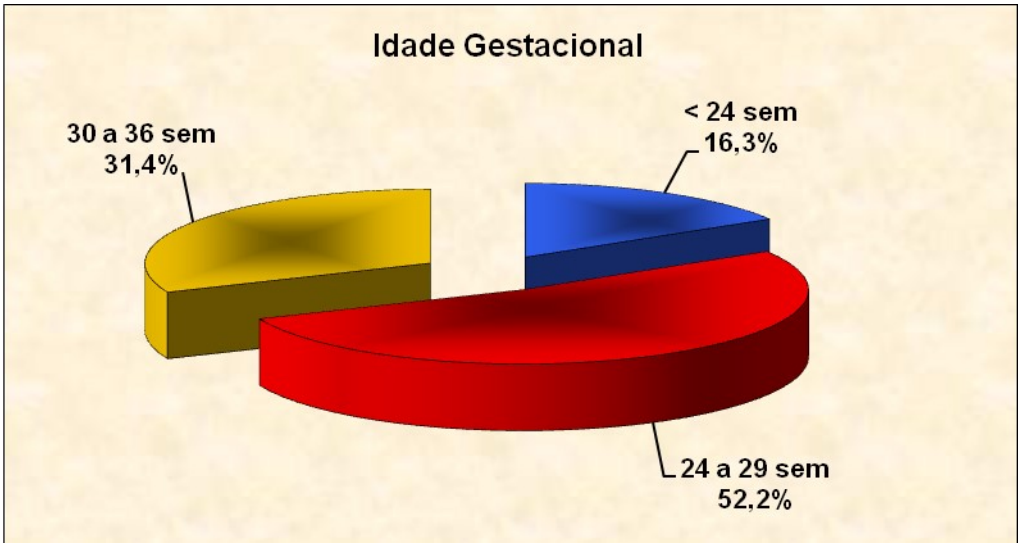
PESO DO RN	PRODUTO					
	Natimorto	%	Nascido vivo	%	Neomorto	%
< 1000	32	56,1%	127	41,9%	81	73,0%
1000 a < 1250	17	29,8%	84	27,7%	12	10,8%
1250 a 1500	8	14,0%	92	30,4%	18	16,2%
TOTAL	**57**	**12,1%**	**303**	**64,3%**	**111**	**23,6%**

GRÁFICO 09 – Distribuição das mães segundo peso do recém-nascido e produto da gestação. Fundação Santa Casa de Misericórdia do Pará, Brasil, 2010.



O gráfico 10 mostra taxa de 52,2% de RN entre 24 e 29 semanas, contra 16,3% dos RN abaixo 24 semanas e 31,4% dos acima de 30 semanas de idade gestacional (p< 0,0001).

GRAFICO 10 – Distribuição das mães segundo idade Gestacional. Fundação Santa Casa de Misericórdia do Pará, Brasil, 2010.



*P< 0,0001

TABELA 6 – Distribuição das mães segundo intercorrências maternas. Fundação Santa Casa de Misericórdia do Pará, Brasil, 2010.

INTERCORRÊNCIAS MATERNAS	N	%
TPP	155	32,9%
ROPREMA	97	20,6%
Oligoamnio	83	17,6%
Etilismo	48	10,2%
ITU	46	9,8%
Tabagismo	38	8,1%
Pré-eclampsia	38	8,1%
Gemelaridade	38	8,1%
Corioamnionite	34	7,2%
Sífilis	27	5,7%
HAS prévia	22	4,7%
DPP	19	4,0%
Eclampsia	10	2,1%
Polidramnio	10	2,1%
HIV	5	1,1%
DM prévia	5	1,1%
Placenta prévia	4	0,8%
Drogas Ilícitas	4	0,8%
RCIU	3	0,6%
VHB	3	0,6%
Rubéola	2	0,4%
Outras	46	9,8%

A tabela 6 mostra em números absolutos e relativos à ocorrência de todas as intercorrências descritas nos prontuários em estudo, em ordem decrescente de ocorrência. Sendo notificadas 21 ocorrências e englobados no sub-item outros as de menor freqüência, como Malária, Dengue, trauma e abuso sexual.

A Tabela 7 mostra significativa diferença (p<0,0001) a favor de casos os quais não foi lançado mão o uso de corticoterapia ante-natal, 63,9%; Com 36,1% dos casos sendo utilizado mas sem a notificação do numero de doses administradas.

TABELA 7 – Distribuição das mães segundo uso de corticóide no período gestacional. Fundação Santa Casa de Misericórdia do Pará, Brasil, 2010.

USO DE CORTICÓIDE	N	%
SIM	170	36,1%
NÃO *	301	63,9%
TOTAL	**471**	**100,0%**

p* < 0,0001* (Qui-Quadrado)

O produto das gestações estudadas encontra-se escalonado no gráfico 11, com uma freqüência de 64,3% de nascidos vivos e 35,7% de óbitos, entre neomortos (23,6%) e natimortos (12,1%).

GRÁFICO 11 - Distribuição das mães segundo o produto da gestação. Fundação Santa Casa de Misericórdia do Pará, Brasil, 2010.

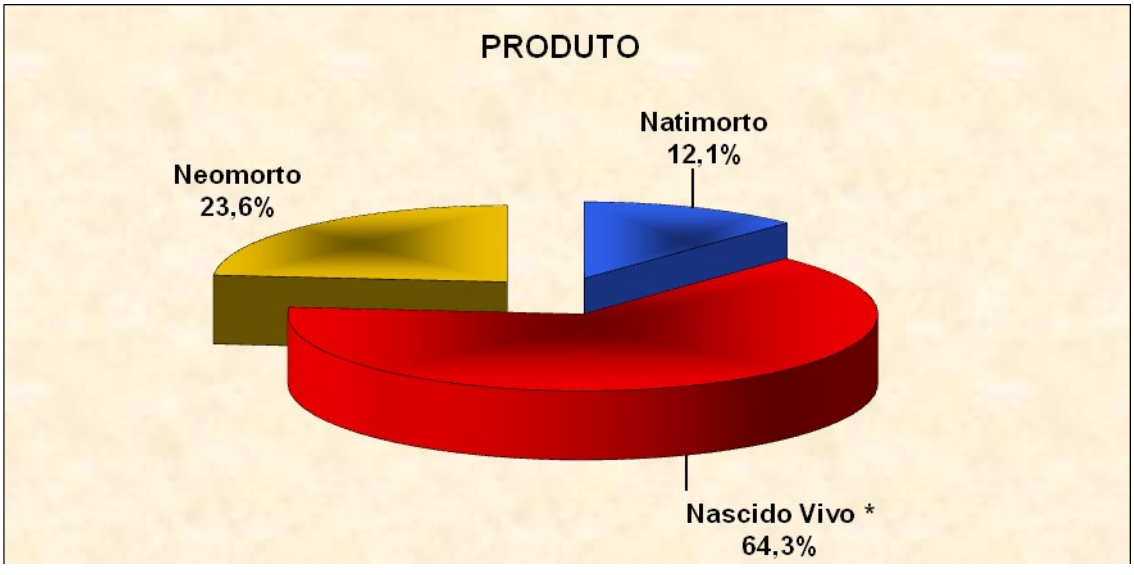
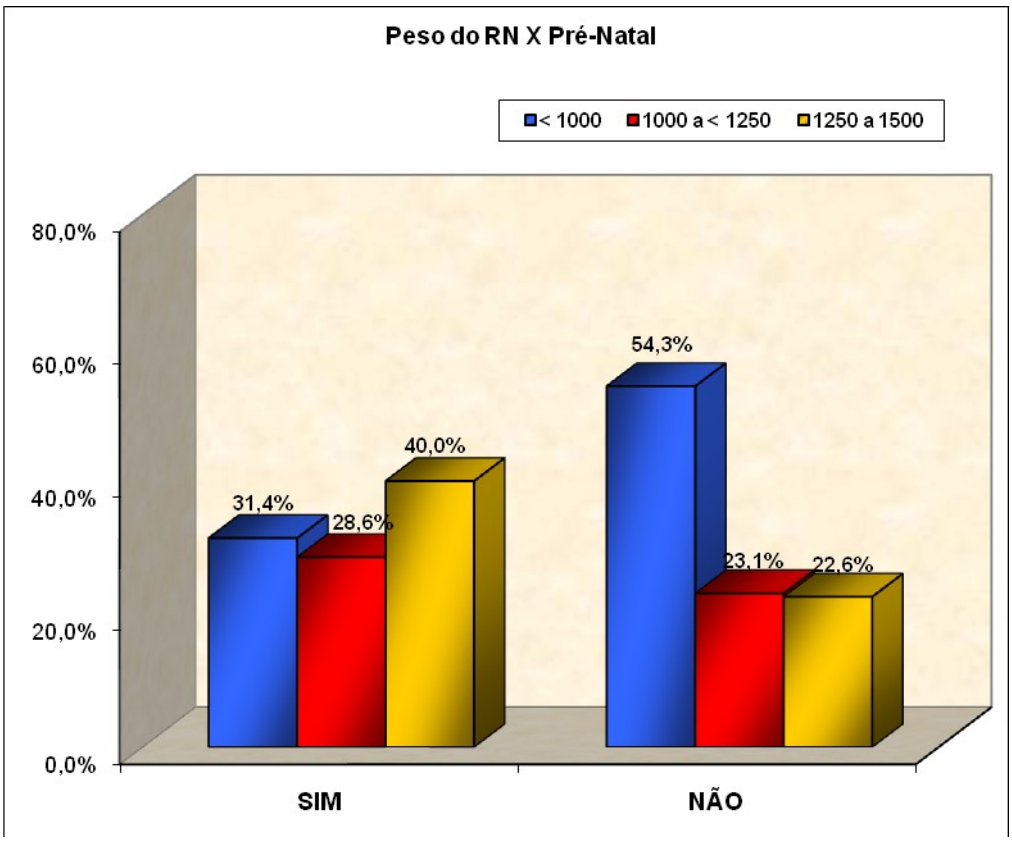


GRÁFICO 12- Distribuição dos pesos ao nascer segundo realização de pré-natal. Fundação Santa Casa de Misericórdia do Pará, Brasil, 2010.



P=0,001 (Qui-quadrado)

TABELA 8 – Distribuição das idades gestacionais de acordo com realização do pré-natal. Fundação Santa Casa de Misericórdia do Pará, Brasil, 2010.

IDADE GESTACIONAL	PRÉ-NATAL			
	SIM	%	NÃO	%
< 24	8	11,4%	63	16,8%
24 a 29 *	26	37,1%	209	55,6%
30 a 36	36	51,4%	104	27,7%
TOTAL	**70**	**15,7%**	**376**	**84,3%**

p*- valor = 0.0004* (Qui-Quadrado)

O gráfico 12 e a tabela 8 mostram, segundo a realização de pré-natal, a distribuição percentual dos pesos ao nascer e das idades gestacionais, respectivamente. Ambos com 25 casos sem registro e estatisticamente significativos.

No gráfico 12 é evidenciado que 54,3% das mães que não realizaram pré-natal tiveram preduto gestacional com extremo baixo peso.

Já na tabela 8, a faixa etária de 24 a 29 anos foi a mais prevalente em não realização de pré-natal, com 55,6% (p=0,0004).

O gráfico 13 revela, a distribuição etária do antecedente de parto pré-termo. Sendo a ausência de parto pré-termo, predominante em todas as faixas etárias (>50%).

GRÁFICO 13- Distribuição das mães por faixa etária de acordo com o antecedente de parto pré-termo. Fundação Santa Casa de Misericórdia do Pará, Brasil, 2010.

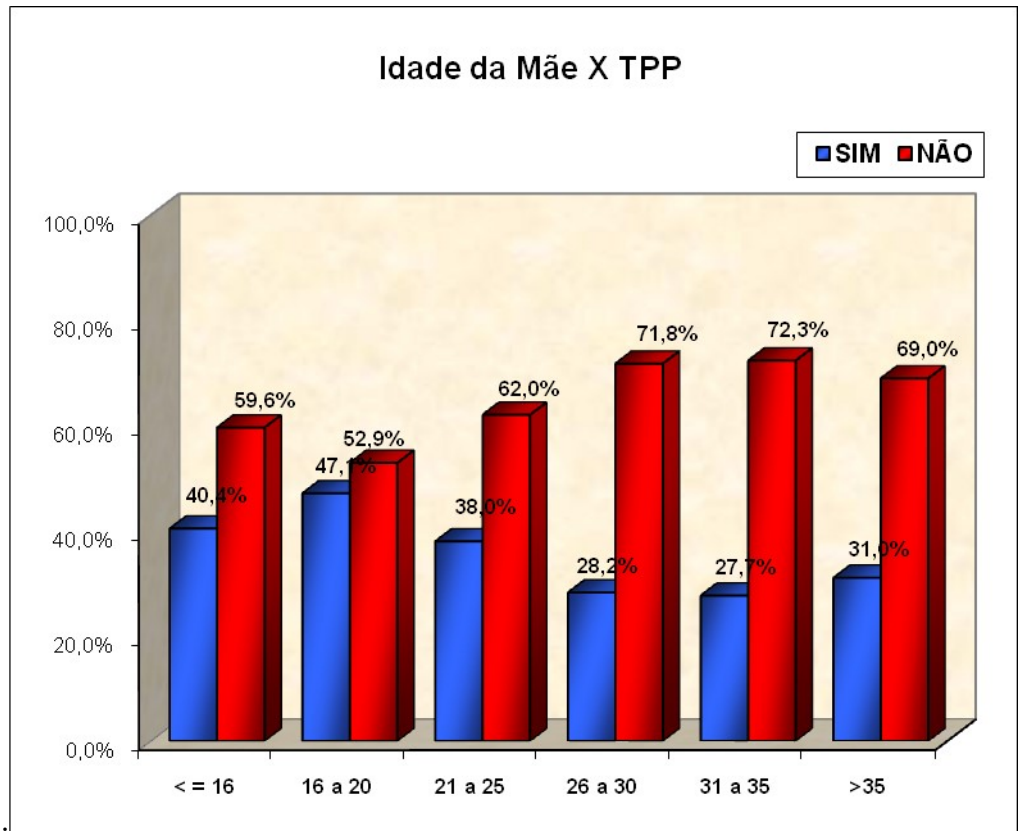
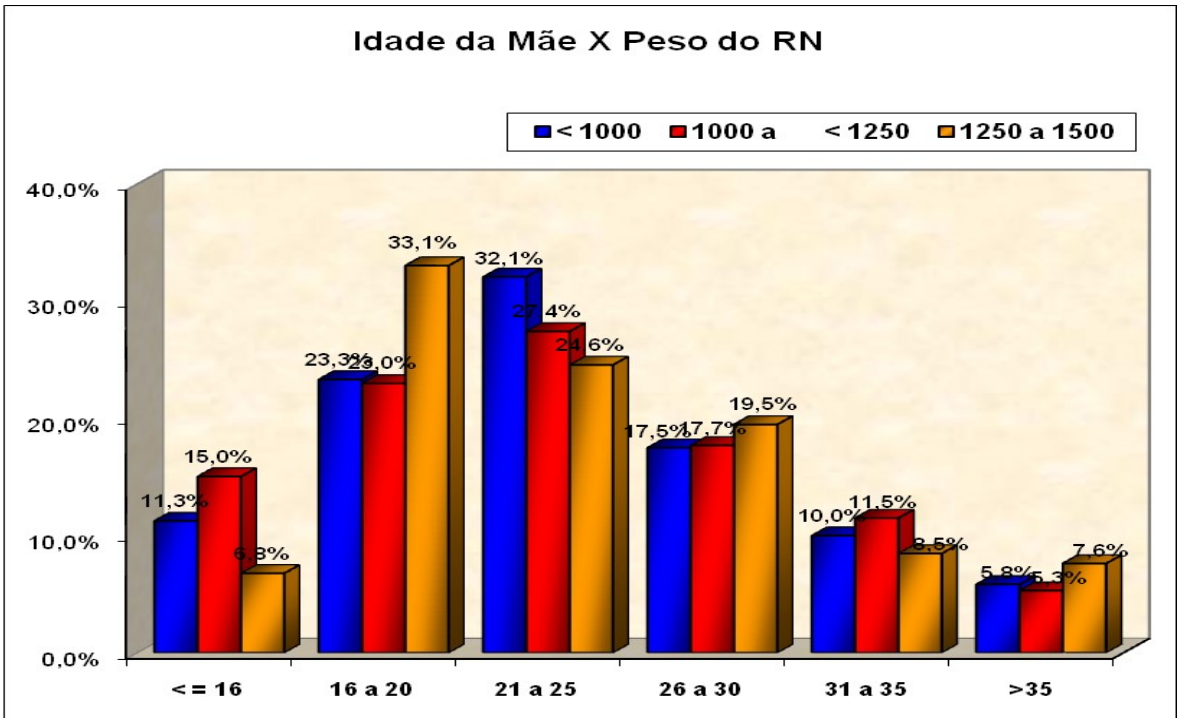
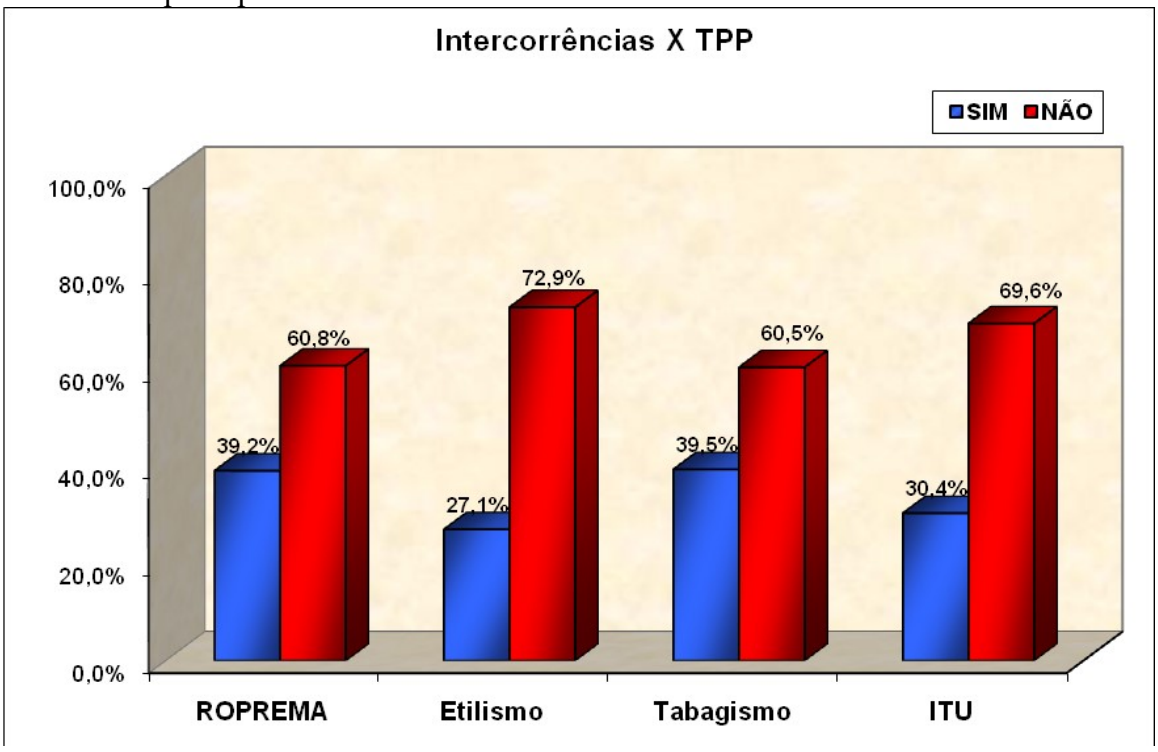


GRÁFICO 14 – Distribuição dos pesos ao nascer segundo idade materna. Fundação Santa Casa de Misericórdia do Pará, Brasil, 2010.



p-valor = 0.4503 (Qui-Quadrado)

GRAFICO 15 – Distribuição de Intercorrências gestacionais de acordo com a presença de Trabalho de parto pré-termo.



P<0,05 (exceto para o item tabagismo)

No gráfico 14 é analisada a distribuição percentual dos pesos dos RNs em três subgrupos, para cada faixa etária materna, com 32,1% dos casos de extremo baixo peso na faixa etária de 21 a 25 anos.

A presença de trabalho de parto pré-termo mostrou-se com distribuição equitativa entre as principais intercorrências. Com 39,2% nos casos de ROPREMA e 39,5% nos casos de tabagismo, como mostra o gráfico 15.

5. DISCUSSÃO

Devido às características de um estudo transversal como este, algumas limitações são esperadas por serem próprias do tipo de estudo, por exemplo, a impossibilidade de estabelecer as associações que confirmem causas e conseqüências.

A porcentagem elevada de nascimentos prematuros registrados é comum em partos hospitalares, que de forma geral são mais procurados quando as mães se encontram em situação de risco para a saúde própria ou da criança, além de a FSCMPa ser centro de referencia em obstetrícia no estado do Pará, recebendo transferências de vários municípios do estado.

Em estudo realizado em hospital universitário do Iran avaliou 988 pacientes que internaram com diagnóstico de TPP no período de fevereiro de 2005 a setembro de 2006, encontrou uma prevalência de 39,4% de partos prematuros. E os pesquisadores relacionaram a alta taxa com o fato de o hospital iraniano ser referencia para outras províncias da região e possuir unidade de cuidados intensivos neonatais, da mesma forma como acontece na Santa Casa do Pará (MIRZAIE, MOHAMMADE-ALIZADH, 2007).

Entretanto, os resultados se mostram acima dos esperados para a região Norte, que, de acordo com estudo que analisou a base de dados do SINASC nos períodos de 1994 e 2005, esta região vem apresentando uma diminuição dos nascimentos com menos de 37 semanas: de 7,2% dos nascidos vivos em 1994, para 5,1% em 2005 ($p<0,001$). O mesmo estudo notou que entre as capitais da região Norte somente Belém apresentou diminuição da porcentagem de parto prematuro, de 6,5 para 5,7 no mesmo período. Mas é ressaltado que o motivo para essa redução pode esta relacionada a um não correto preenchimento da Declaração de Nascido Vivo (DNV) (SILVEIRA et al., 2009).

Pelos dados colhidos dos prontuários da FSCMPa a grande maioria das gestantes que evoluíram para PPT e MBP em 2010 são do interior do estado, dado que revela a abrangência do atendimento do setor de obstetrícia da Santa Casa no interior do estado do Pará. Mas também serve para supor que as gestantes do interior seriam mais propensas que as da capital para evoluírem para esta condição, devido à menor acesso a consultas médicas de pré-natal e poder aquisitivo muitas vezes inferior ao das gestantes da capital. Esta última suposição não pôde ser estudada neste trabalho devido não ser encontrado em nenhum dos prontuários analisados dados referentes à renda das mães.

Dois estudos caso-controle analisaram a renda *per capita* das famílias com o PPT, Silva et al. (2009) encontrou em mães com PPT 56,4% delas com renda menor que 1 salário mínimo, e 43,6 com mais de 1, e nas mães sem PPT, 48,8 destas tinham renda menor que 1 salário mínimo, enquanto que em 51,2 % a renda era superior a um. Araújo e Tanaka (2007) observaram, nos casos, 24,5% com renda inferior a 0,5 salário mínimo, o restante mais de meio salário, já nos controles a proporção de famílias com renda menor de 0,5 salário mínimo era de 15,9%. Entretanto nenhum dos dois estudos apresentou significância estatística. Este fato, provavelmente, ocorreu devido às características das populações de estudo, com grande predomínio de gestantes de baixo nível socioeconômico.

Diferentemente com o que foi encontrado em outros estudos, neste não foi encontrado maior prevalência de PPT e MBP em mães com idade mais avançada, sendo encontrado apenas 6,2% de mães com mais de 35 anos. Em estudo realizado com RNs nascidos no município de Caxias do Sul, foi notada maior chance de ter filhos MBP nas mães com idade superior a 35 anos. (ARAÚJO, TANAKA, 2007)

Já quanto ao extremo inferior de idade, o presente estudo pôde perceber que mães com idade menor de 20 anos representam uma prevalência de 36,7%, o que está em concordância com o trabalho de Aragão et al., que em 2004 encontrou como fator de risco para PPT a idade inferior a 18 anos ($p< 0,001$).

Em relação à ocupação materna não foi possível estabelecer uma boa relação devido a um grande número de resultados ignorados para esta variável. Em pesquisa realizada em Londrina, Paraná, foi estudada a relação entre a ocupação materna e PPT, sendo as gestantes categorizadas em desempregada, do lar ou estudante, manual ou semi-qualificada e qualificada, mas não foi capaz de estabelecer a ocupação como fator de risco (SILVA et al., 2009).

Nos prontuários analisados foi encontrada grande dificuldade para estudar a relação entre PPT e escolaridade, isso em função do não adequado preenchimento dos prontuários quanto a esta variável, sendo encontrado um alto número de resultados ignorados (35,9%), e quando era preenchida a escolaridade, esta era demonstrada em intervalos, não possibilitando uma analise por ano de estudo. Entretanto pode-se perceber que mais da metade das mães estudaram nos intervalos de 4 a 7 anos e 8 a 11 anos, com prevalência de 24,0% e 27,6%, respectivamente. Em vários estudos, como os de MIRZAIE e MOHAMMADE-ALIZADH

(2007), ARAÚJO, TANAKA (2007) e SILVA et al. (2009), que também investigaram esta relação, não conseguiram estabelecê-la.

Com relação à realização de pré-natal completo (mais de seis consultas), 79,8% das gestantes que tiveram filhos prematuros e com menos de 1500g não fizeram ou não completaram as seis consultas de pré-natal, e apenas 14,9% fizeram no mínimo seis consultas, com isso pode-se supor que a não realização de um pré-natal completo aumentariam as chances do produto da gestação ser prematuro e de muito baixo peso.

Silva et al. (2009) para classificar a qualidade da assistência pré-natal utilizou uma variável composta, que incluiu diferentes aspectos, como procedimentos e exames realizados, orientações recebidas, além do trimestre de início e número de consultas, em função do desfecho considerado. No modelo final, não se obteve associação estatisticamente significativa entre ausência de pré-natal e o desfecho, provavelmente em função de sua baixa freqüência (sete casos e um controle) e pelo ajuste ocasionado pela presença de outras variáveis que podem estar associadas à não realização de pré-natal.

No estudo de Caxias do Sul (Araújo, Tanaka, 2007), o grupo de gestantes de risco foi constituído por gestantes sem pré-natal, com OR ajustada de 16,81 e intervalo de confiança variando de 6,20 a 45,58.

Cascaes et al. (2008) utilizando dados do SINASC para o estado de Santa Catarina no ano de 2005 analisou o pré-natal em quatro subdivisões (nenhuma, 1-3, 4-6 e 7 ou mais consultas), e encontrou que em gestantes que não realizaram nenhuma consulta de pré-natal tem maior chance de evoluir para parto pré-termo do que as que realizam consultas.

Um estudo realizado na cidade de São Paulo em 1998, incluindo gravidez múltipla, encontrou média de 3.157 g (MONTEIRO *et al.*, 2000). Médias de peso ao nascer abaixo de 3.400 g foram atribuídas à precária qualidade de vida de populações cuja renda é, freqüentemente, tão baixa, que a maior parte dela é gasta com alimentos, o trabalho é fisicamente árduo e as práticas de saúde pública são insuficientes para os padrões modernos (BAKKETEIG *et al.*, 1998).

Segundo Brito, et al, que pesquisou 284 recém nascidos, também com menos de 1500 gramas de peso ao nascer, o peso médio de nascimento foi de 1.148 ± 248 g (mediana =1.180 g). Nesse mesmo estudo, a mortalidade neonatal foi de 23,2%, já no presente estudo a

mortalidade foi de 23,6%. A associação entre peso ao nascer e mortalidade já é bem descrita na literatura, e no estudo foi encontrado maior índice de mortalidade entre os RN com menos de 1000 gramas ao nascer, isso somando à literatura consultada torna possível inferir que o peso ao nascer é uma variável inversamente proporcional à mortalidade.

O presente trabalho mostra prevalência maior para os prematuros de 24 a 29 semanas de idade gestacional. Após aplicação de testes estatísticos foi verificado que existe diferença significativa na proporção de RN's com idade gestacional entre 24 e 29 semanas, com taxa de 52,2. Segundo estudo em UTI neonatal de hospital em Londrina, com 284 recém nascidos com menos de 31 semanas, a idade gestacional média foi de 30,2 $\pm$ 2,4 semanas (mediana =30,0) (BRITO, 2003). Esses dados são melhores que os encontrados no presente estudo, com idade gestacional média de: 28,38, mas pode-se inferir que essa diferença seja devida ao nível de "referência" que possui o Hospital FSCM- PA em partos prematuros.

Em 32,9% dos casos, houve registro de TPP, no entanto, não se pode afirmar que esta parcela de TPP seja idiopática, e não causada por outras intercorrências clinica e laboratorialmente detectadas e descritas nos prontuários de varias mães com registro de TPP. Ainda assim, esse índice não alcança os 45-50% afirmados por BITTAR, 2009.

No restante dos casos, foi freqüente a associação de fatores de risco, sendo os mais encontrados a ROPREMA 20,6%, o oligoamnio 17,6%, o etilismo 10,2% e a infecção do trato urinário 9,8%.

Outros em menor proporção, mas não menos importantes foram: Tabagismo, Doença Hipertensiva Específica da Gestação, Gemelaridade, Corioaminionite, Sífilis, HAS prévia, Descolamento Prematuro de Placenta e outros.

Com relação ao produto da gestação, houve significativa diferença ($p<0,0001$), a favor de RNs vivos (64,3%). O índice de neomortos (23,6%) relaciona-se com a presença de abortamentos prévios por parte da mãe.

Foi suposto que a não realização de pré-natal pudesse influenciar o peso ao nascer. No gráfico 12 ficou claro que o maior intervalo de peso estudado (1250 a 1500 gramas) se encontra maior dentre as mães que realizaram pré-natal (40,0%), enquanto nas que não realizaram pré-natal, prevalece os de extremo baixo peso (<1000 gramas), com 54,3%.

A realização de pré-natal mostrou aparente influência na idade gestacional, sendo encontradas maiores idades gestacionais no grupo das mães que realizaram pré-natal (51,4%).

Segundo MINAMISAWA e colaboradores, a não realização de pré-natal mostrou-se um dos principais fatores de risco para baixo peso ao nascer e prematuridade em estudo feito no estado de Goiás, usando o sistema de informações de nascidos vivos.

Muitos fatores epidemiológicos e várias condições clínicas já foram associados à prematuridade, alguns com maior consistência do que outros. Na literatura médica podemos encontrar idade menor de 20 e maior de 35 anos dentre outros (MOUTQUIN, 2003).

No presente trabalho, os dados evidenciados no gráfico 13 concordam com a bibliografia consultada, mostrando as maiores porcentagens de trabalho de parto pré-termo nas mulheres abaixo de 20 anos.

A idade materna tem influência marcante também no peso ao nascer, sendo um dos principais fatores associados ao extremo baixo peso (MINAMISAWA, 2004). O gráfico 14 mostra uma ligeira discordância do presente estudo com relação à bibliografia consultada, uma vez que os maiores índices de baixo peso estão no intervalo etário de 21 a 25 anos, com 32,1% dos RNs de extremo baixo peso nesta categoria. Infere-se que essa divergência possa ser devido à maior incidência absoluta de partos nesta faixa etária (29,1%).

Na relação entre as principais intercorrências encontradas e a ocorrência de Trabalho de parto pré-termo (gráfico 15), nota-se que o trabalho de parto pré-termo não ocorreu na maioria dos casos. Com significância estatística para todos os tipos de intercorrência, exceto o tabagismo. A maior incidência de TPP foi registrada nos casos de tabagismo na gestação (39,5%). Seguido de perto (39,1%) pela ROPREMA.

Segundo as Diretrizes assistências de trabalho de parto pré-maturo da Universidade Federal do Ceará 2010, a ROPREMA é a terceira maior causa de trabalho de parto pré-maturo. Antecedida apenas por gemelaridade e TPP espontâneo prévio.

6. CONCLUSÃO

Foram analisados 471 prontuários de mães atendidas na maternidade da FSCM-PA com parto prematuro com RN de muito baixo peso (MBP) no período de janeiro a dezembro de 2010.

Quanto à procedência, 54,8% das ocorrências foram oriundas do interior do estado (p=0,046), e os principais municípios responsáveis por essa demanda foram: Ananindeua (9,8%), Castanhal (3,8%), Marituba (3%) e Abaetetuba (2,1%).

Com relação às variáveis propostas no estudo, a faixa etária de maior prevalência de partos pré-termo com recém nascidos de MBP é de 21 à 25 anos (29,1%). Quanto à escolaridade, apenas 0,6% das mães relataram ser analfabetas (0 anos de estudo), no entanto, 35,9% ignoraram a informação da escolaridade. Quanto à realização de pré-natal, 14,9% realizaram. Levando em consideração que para o Ministério da Saúde, pré-natal é composto por no mínimo seis consultas médicas.

Com significativa relevância estatística, a faixa de idade gestacional dos partos foi de 24 à 29 semanas, representando 52,2%. (p=0,0001)

As intercorrências maternas mais incidentes foram: Trabalho de parto pré-maturo (32,9%); Rotura prematura de membranas ovulares (20,6%) e oligoamnio (17,6%).

Não foram analisados os dados relativos à renda materna em virtude da ausência dessa informação nos prontuários estudados.

A incidência percentual de nascidos vivos dentre os recém nascidos de MBP e EBP na FSCM-PA no período estudado foi de 64,3% (p=0,0001).

Os esforços para diminuir os partos prematuros e o nascimento de recém-nascidos de muito baixo peso devem ser realizados na atenção pré-natal, que precisa ser iniciada no primeiro trimestre da gestação e ser de qualidade. É fundamental que as gestantes com patologias de risco ou que possuam fatores associados ao nascimento prematuro na sua história prévia sejam identificadas precocemente e encaminhadas para ambulatórios de gestantes de risco, onde possam receber atendimento personalizado e voltado às suas necessidades médicas e sociais.

No Brasil, são escassas as pesquisas de base populacional para detecção dos fatores de risco para nascimentos pré-termo. Um ponto crucial para realização de pesquisas na área é a definição concreta do problema, envolvendo conhecer a verdadeira prevalência do agravo e dos fatores relacionados a ele

Dada a complexidade e inter-relacionamento dos fatores associados ao nascimento pré-termo, envolvendo as condições ambientais, socioeconômicas, fatores biológicos, reprodutivos, genéticos, comportamento individual e fatores psicossociais, acesso e qualidade dos serviços de saúde, a abordagem multidisciplinar nas pesquisas poderia avançar na investigação de cada condição específica, sem perder de vista a inter-relação entre os diversos fatores.

É por meio de programas preventivos e de baixo custo, elaborados com base em estudos epidemiológicos, que se pode diminuir o nascimento de recém-nascidos de muito baixo peso e, conseqüentemente, influenciar positivamente a redução das taxas de mortalidade infantil.

REFERÊNCIAS

AMERICAN COLLEGE OF OBSTETRICIANS AND GYNECOLOGISTS. Preterm Labor. Disponível em: http://emedicine.medscape.com/article/260998-overview. Acesso em: 29 de março de 2011.

Associação Nacional de Saúde Suplementar. Diretrizes e iniciativas em prol do parto normal. http://www.ans.gov.br/portalv4/site/noticias/noticia_24100.asp?secao=Home . Acesso em: 09 de março de 2011

ARAGÃO, V. M. F. et al. Fatores de Risco para Prematuridade em São Luis, Maranhão, Brasil. **Cad. Saúde Pública.** v 20, n 1, p 57-63, jan-fev, 2004.

BARIERI, M. A.; BETTIOL, H.; SILVA A. A. M. Epidemiologia do nascimento pré-termo: tendências atuais. **Rev Bras Ginecol Obstet**. v 32, n 2, p 57-60, 2010.

BEZERRA, L. C. et al. Prevalência e fatores associados à prematuridade entre gestantes submetidas à inibição de trabalho de parto prematuro. **Rev. Bras. Saude Mater. Infant.** vol.6 no.2 Recife Apr./June 2006

BITTAR, R. E. Tratamento do trabalho de parto prematuro. **Rev. Bras. Ginecol. Obstet**.vol.31 no.8. Rio de Janeiro. Agosto 2009 .

BITTAR, R. E., FONSECA, E. B., ZUGAIB, M. Predição e Prevenção do parto pré-termo. **Femina.** v 38, n 1, p 13-22, janeiro, 2010.

BITTAR, R. E., ZUGAIB, M. Indicadores de Risco para o Parto prematuro. **Rev Bras Ginecol Obstet.** v 31, n 4, p 203-2099, 2009.

BRASIL, **Manual de vigilância do óbito infantil e fetal e do comitê de prevenção do óbito infantil e fetal. 2009**. Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/Manual_Infantil_Fetal.pdf. Acesso em: 31 de julho de 2011.

_____. Ministério da Saúde. DATASUS. **Nascidos Vivos – Brasil, 2009**. Disponível em: http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/deftohtm.exe?sinasc/cnv/nvpa.def. Acessado em: 07 de março de 2011.

BRITO A. S. J. et al; Escore CRIB, peso ao nascer e idade gestacional na avaliação do risco de mortalidade neonatal**; Rev Saúde Pública**;37(5):597-602 597, 2003.

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. **Cad. Saúde Pública.** v 24, n 5, p 1024-1032, mai, 2008.

CHANDIRAMANI, M, Fetal fibronectin as a predictor of spontaneous preterm birth: a European perspective. **J. Matern. Fetal. Neonatal**. Med. 2011 vol. 24 (2) pp. 330-6.

CORREA, M. D. **Noções praticas de Obstetricia.** 12.ed. Rio de Janeiro: Medsi, 1999. p.929.

COSTA, J. G. et al. Relação entre vaginose bacteriana e prematuridade. **Femina.** v 38, n 2, fevereiro, 2010.

D'ORSI E, C. D et al. Factors associated with cesarean sections in a public hospital in Rio de Janeiro, Brazil. **Cad Saúde Pública** 22:2067-78, 2006;

DINIZ, E. M. A. ; VAZ, F. A. C. Doença de Membrana Hialina: Aspectos Terapêuticos. **Pediatria.** v 8, p 82-9, 1986.

FEBRASGO**.** Pré-natal - entrevista com a Dra. Iracema de Mattos Paranhos Calderon. Disponivel em: http://www.febrasgo.org.br/?op=300&id_srv=2&id_tpc=0&nid_tpc=&id_grp=1&add=&lk=1&nti=22&l_nti=S&itg=S&st=&dst=3. Acesso em: 21 de fevereiro de2011.

_____. **Tratado de obstetrícia.** 1.ed. Rio de Janeiro: Revinter, 2000. p.486.

FRIEDRICH, L.; CORSO, A.L.; JONES, M. H. prognóstico Pulmonar em Prematuros. **Jornal de Pediatria.** v 81, n 1, p 70-88, 2005.

FUNDAÇÃO SANTA CASA DE MISERICORDIA DO PARÁ. **Dados estatísticos de partos realizados no ano de 2010.** Belém, 2011.

GOLDENBERG, R. L. The management of preterm labor. **Obstet Gynecol**. 2002;100 (5 Pt 1):1020-37.

GOMEZ, R. et al. Cervicovaginal fibronectin improves the prediction of preterm delivery based on sonographic cervical length in patients with preterm uterine contractions and intact membranes**. Am J Obstet Gynecol**. 2005;192(2):350-9.

GOTSCH, F. et al. Inflammation in Pregnancy: Its Roles in Reproductive Physiology, Obstetrical Complications, and Fetal Injury. **Nutrition Reviews**, v. 65, n 12, p S194–S202, dezembro 2007.

INSTITUTE OF MEDICINE. **Preterm Birth: Causes, Consequences, and Prevention.** 2006

KISS, H., PETRICEVIC, L., HUSSLEIN, P. Prospective randomised controlled trial of an infection screening programme to reduce the rate of preterm delivery. **BMJ**. 2004;329(7462):371-3.

KORENBROT, C. C., AALTO, L.H., LAROS, R.K. The cost effectiveness of stopping preterm labor with beta-adrenergic treatment. **N Engl J Med**. 1984;310(11):691-6

LOBATO, G. Matuidade pulmonar fetal. **Medscape.** 2007. Disponível em: http://www.medcenter.com/medscape/content.aspx?id=3501&langtype=1046. Acesso em: 07 de março de 2011.

LUZ, T.P. et al. O muito baixo-peso ao nascer e o extremo baixo-peso ao nascer; **J. bras. ginecol**;107(9):303-8, set. 1997

MALVEIRA, S. S.; et al. Recém-nascidos de muito baixo peso em hospital de referência. **Revista Paraense de Medicina.** v 20, n 1, p 41 – 46, 2006.

MANDARINO N.R., CHEIN M.B.C. Aspectos relacionados à escolha do tipo de parto: um estudo comparativo entre uma maternidade pública e outra privada, em São Luís, Maranhão, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 25(7):1587-1596, jul, 2009

MAXIMIANO, N. **Perfil Materno-Infantil de Nascimento por Parto Duplo em uma Amostra de Puérperas no Município do Rio de Janeiro, 1999-2001.** Dissertação (Mestrado em Ciências na área de Saúde Pública) – Escola Nacional de Saúde Pública, Rio de Janeiro, 2002.

MELANINA, M. R. A. et al. **Rev. Bras. Ginecol. Obstet**. vol.31 no.11 Rio de Janeiro Nov. 2009

MILANEZ F.M., Fatores de risco maternos para o nascimento prematuro no HU-UFSC EM 2004. **TCC Medicina UFSC, 2005**. Disponível em http://www.bibliomed.ccs.ufsc. br/ PE0528.pdf

MINAMISAWA, R. et al. Fatores associados ao baixo peso ao nascer no Estado de Goiás. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v. 06, n. 03, 2004.

MIRANDA, A. M., CUNHA, D. I. B., GOMES, S. M. F. A influência da tecnologia na sobrevivencia do recém-nascido prematuro extremo de muito baixo peso**. REME rev. min. enferm;**14(3):435-442, jul.-set. 2010.)

MOUTQUIN JM. Socio-economic and psychosocial factors in the management and prevention of preterm labour**. Bjog** 2003;110 Suppl 20:56-60.

MUSSI-PINHATA, M. M.; BISSANI, C. Recém nascido de baixo peso. Disponível em: http://www.fmrp.usp.br/rpp/downloads/rotinas/rn_baixo_peso.pdf. Acesso em: 31 de julho de 2011.

OLIVEIRA C. A., LOPES L.M. Uso de antibióticos na amniorrexe prematura pré-termo.**CPDT - centro prénatal de diagnostico e tratamento, 2002.** Disponível em: http://www.cpdt.com.br/sys/interna.asp?id_secao=3&id_noticia=397. Acesso em: 07 de agosto de 2011

OLIVEIRA, T. A. et al. Avaliação do Risco de Parto Prematuro: Teste da Fibronectina Fetal e Medida do Colo Uterino. **Rev Bras Ginecol Obstet**. v 22, n 10, p 633-639, 2000.

PEREIRA, P. P., BITTAR, R. E., LIAO, A. W. Prematuridade**. In: Zugaib M, editor. Obstetrícia.** Barueri: Manole; 2008. p. 645-66.

SILVA, A. M. R. et al. Fatores de Risco para nascimento pré-termo em Londrina, Paraná, Brasil. **Cad. Saúde Pública.** v 25, n 10, p 2125-2138, outubro, 2009.

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

_____ Aumento da prematuridade no Brasil: revisão de estudos de base populacional. **Rev Saúde Pública.** v 42, n 5, p 957-64, 2008.

SILVEIRA, R. C.; PROCIANOY, R. S. Lesões isquêmicas cerebrais no recém-nascido pré-termo de muito baixo peso. J**ornal de Pediatria.** v 81, n 1, p s23-s32, 2005.

UNICEF. Situação mundial da infância 2009 – saúde materna e neonatal. Disponível em: http://www.unicef.org/brazil/pt/br_sowc2009_pt.pdf. Acesso em 31 de julho de 2011.

UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ. **Diretrizes Assistenciais: Trabalho de Parto Prematuro.** 2010.

VINTZILEOS, A. M. The impact of prenatal care in the United States on preterm births in the presence and absence of antenatal high-risk conditions. **Am J Obstet Gynecol**, v 187, n 5, p 1257-1257, 2002. Disponível em: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12439515. Acesso em: 29 de março de 2011.

YUELIAN S. et al. Induced abortion and risk of subsequent miscarriage. ***J. Epidemiol***. (2003) 32 (3): 449-454

APÊNDICES

APÊNDICE A – FICHA DE PROTOCOLO

1-IDENTIFICAÇAO

Nº do prontuário: Situação conjugal

Ocupação habitual: Local de moradia atual

Escolaridade: Renda mensal

Idade: Raça:

Procedência (metrópole / interior / outros estados):

2- QUEIXAS (SINTOMAS APRESENTADOS DURANTE ADMISSÃO E INTERNAÇÃO)

_____
_____

3- ANTECEDENTES FAMILIARES DIGNOS DE NOTA:

_____
_____

4- ANTECEDENTES PESSOAIS / GINECOLÓGICOS

Doenças vigentes (DM, HA, cardiopatia, DT, viroses, tuberculose, neuropsíquicas, hábitos e vícios)

_____
_____

Uso de medicamentos _____

_____

Menarca _____

Ciclos menstruais _____

Coitarca _____

Presença de corrimento _____

Ultimo PCCU (resultados) _____

Cirurgias anteriores _____

Infecção atual do trato urinário _____

Infecção atual ginecológica _____

5- DADOS OBSTETRICOS:

- Idade na primeira gestação: _____

- Nº de gestações (incluindo abortamentos, prenhes ectópica, gravidez molar) _____

- Nº de partos (domiciliares, hospitalares, fórceps, cesáreas) _____

- N e abortamentos _____

- Historia de natimortos anteriores _____

- Doença gestacional atual? _____

- Uso de medicamentos durante gestação atual _____

- Fez pré-natal? _____ Nº de consultas _____

- Tabagismo durante gestação _____

- Peso antes da gestação _____ - Peso ao final da gestação _____

- Variação do peso _____

Exames obstétricos:

- Manobra de Leopold _____

- Altura uterina _____

- Dinamica uterina _____

- DUM _____ DPP_____ Idade gestacional _____

- USG

- BCF _____

- Toque obstétrico _____

- Amnioscopia _____

- Exame especular _____

- Medicações durante o período de internação _____

- Intercorrencias _____

- Evolução _____

- diagnóstico de alta _____

6 – DADOS DE EXAME FISICO:

PA admissão _____

Edema _____

Outros sinais _____

7 – DADOS DE EXAMES LABORATORIAS À ADMISSÃO:

_____
_____
_____

8 – DADOS DE EXAME DE IMAGEM À ADMISSÃO:

_____
_____
_____

APÊNDICE B - CARTA DE SOLICITAÇÃO DE PARECER AO CEP

Ao

Comitê de Ética em Pesquisa da Fundação Santa Casa de Misericórdia do Pará.

Prezados membros,

Solicito a este comitê, a análise e parecer do projeto de pesquisa intitulado:“ **Incidência de Partos Pré-termos na Maternidade do Hospital Fundação Santa Casa de Misericórdia do Pará, no período de janeiro de 2010 a dezembro de 2010”,** o qual será desenvolvido pelos alunos Erick Jean Pinto Araújo e Wagner Kurt Clajus de Oliveira.

Atenciosamente,

_____

Dra. Florentina do Socorro Martins Balbi.

Contato:

Belém, de de 2011.

APÊNDICE C - TERMO DE COMPROMISSO DO ORIENTADOR

Eu, Dra. **Florentina do Socorro Martins Balbi**, professora da Disciplina de Ginecologia e Obstetricia, Saúde da Mulher I e II, da Universidade Federal do Pará, comprometo-me a orientar o trabalho de pesquisa, intitulado "**Incidência de Partos Pré-termos na Maternidade do Hospital Fundação Santa Casa de Misericórdia do Pará, no período de janeiro de 2010 a dezembro de 2010**", respeitando todas as normas da Resolução 196/96 e suas complementares na execução do presente projeto, o qual será desenvolvido pelas alunas do Curso de Medicina da UFPA, Erick Jean Pinto Araújo e Wagner Kurt Clajus de Oliveira.

Belém, de de 2011.

_____

Assinatura

APÊNDICE D - TERMO DE COMPROMISSO DOS PESQUISADORES

TÍTULO DO PROJETO: Incidência de Partos Pré-termos na Maternidade do Hospital Fundação Santa Casa de Misericórdia do Pará, no período de janeiro de 2010 a dezembro de 2010.

ORIENTADOR(A): Dra. Florentina do Socorro Martins Balbi

PESQUISADORES: Erick Jean Pinto Araújo e Wagner Kurt Clajus de Oliveira.

Os pesquisadores do projeto acima identificados assumem o compromisso de:

1.Preservar a privacidade dos pacientes, cujos dados serão coletados de seus prontuários;

2.Que as informações serão utilizadas única e exclusivamente para a execução do projeto em questão;

3.Que as informações somente serão divulgadas de forma anônima, não sendo usadas iniciais ou quaisquer outras indicações que possam identificar o sujeito da pesquisa.

4.Que serão respeitadas todas as normas da Resolução 196/96 e suas complementares na execução deste projeto.

Nomes e Assinaturas de todos pesquisadores participantes:

Nome _____

Nome _____

Belém, de de 2011.