

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

LANA FABÍOLA SILVA E SOUZA

**FATORES DE RISCO PARA O PARTO PREMATURO EM PUÉRPERAS COM
PARTO PRÉ-TERMO ATENDIDAS NA FUNDAÇÃO SANTA CASA DE
MISERICÓRDIA DO PARÁ**

Monografia de conclusão de curso para
obtenção de grau em Medicina pela Uni-
versidade Federal do Pará.

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

BELÉM
2011

**FATORES DE RISCO PARA O PARTO PREMATURO EM PUÉRPERAS COM
PARTO PRÉ-TERMO ATENDIDAS NA FUNDAÇÃO SANTA CASA DE
MISERICÓRDIA DO PARÁ**

LANA FABÍOLA SILVA E SOUZA

Monografia de conclusão de curso para
obtenção de grau em Medicina pela Uni-
versidade Federal do Pará.

BANCA EXAMINADORA:

Prof.a Dra. Nara Macedo Botelho
Medica – UFPA
ORIENTADORA

EXAMINADOR(A)

EXAMINADOR(A)

A Deus, o autor da minha vida, dono de todo conhecer e saber, obrigada por
me propiciar tão nobre conhecimento.

Ao meu pai, cujo amor, caráter e ensino foram fundamentais para a conclusão
de mais este ciclo em minha vida.

A minha mãe, que sonhou junto comigo este grande sonho, seu amor e
cuidado e paciência são indispensáveis.

A meu irmão e amigos que estenderam seus braços de companherismo e fé
em todos os momentos.

Aos pacientes que propiciaram minha formação, cuja saúde é meu maior
objetivo.

LANA FABÍOLA SILVA E SOUZA

AGRADECIMENTOS

A prof.a Dr.a NARA MACEDO BOTELHO BRITO, médica ginecologista e obstetra, Professora Associada I da Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Para, por sua sábia orientação e fundamental assistência durante a produção deste trabalho.

Ao prof. Dr. JOSÉ CARLOS WILKENS, médico ginecologista e obstetra, professor associado I da Faculdade de medicina da Universidade Federal do Pará, por sua análise e correções indispensáveis para a finalização deste trabalho

A Prof.a MSc. SILVIA HELENA ARIAS BAHIA, biomédica, Professora Assistente IV da Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Para, por sua compreensão e condescendência com prazos de entrega, sem as quais teria sido impossível a realização deste trabalho.

Ao DARCIO MACIEL CASTELO DE SOUZA JÚNIOR, médico, por gentilmente ter cedido seu trabalho de conclusão de curso – o qual foi aprovado com honra ao mérito – como exemplo para a elaboração deste trabalho.

RESUMO

Apesar dos avanços da perinatologia nos últimos anos, a prematuridade continua sendo a principal causa de morbidade e mortalidade neonatal, representando um dos maiores desafios para a Obstetrícia atual. Entre as causas perinatais de mortalidade infantil, 61,4% estão associadas com a prematuridade. Diversos fatores são associados com o parto prematuro. O objetivo do presente estudo é verificar quais os fatores de risco associados ao parto prematuro em gestantes atendidas na Fundação Santa Casa de Misericórdia do Pará, hospital de referência materno-infantil em Belém. Foram estudadas 100 puérperas que tiveram parto prematuro internadas nas enfermarias da Fundação Santa Casa de Misericórdia do Pará, sendo submetidas a uma entrevista acerca de características socioeconômicas, antecedentes pessoais, antecedentes ginecológicos, antecedentes obstétricos e gestação atual. A associação entre os fatores estudados e o parto prematuro foram analisados e descritos. Obtendo maior relevância a baixa escolaridade, baixo nível socioeconômico, apresentar doenças crônicas, má assistência ao pré-natal, primigestação, anemia, infecção urinária, vaginose bacteriana e rotura prematura das membranas ovulares.

ABSTRACT

Despite the advances in perinatology in recent years, prematurity remains the leading cause of neonatal morbidity and mortality, representing one of the biggest challenges for the current obstetrics. Among the causes of perinatal mortality, 61.4% are associated with prematurity. Several factors are associated with preterm childbirth. The aim of this study is to assess which risk factors preterm delivery in pregnant women in Fundação Santa Casa de Misericórdia do Pará, a referral hospital for maternal and child in Belém. Were investigated 100 postpartum women who had preterm delivery wards of the hospital Fundação Santa Casa de Misericórdia do Pará, being subjected to an interview about the socioeconomic characteristics, personal history, gynecological history, obstetric history and current pregnancy. The association between the studied factors and preterm birth were analyzed and described. Gaining importance with low education, low socioeconomic status, have chronic diseases, poor prenatal care, first pregnancy, anemia, urinary tract infection, bacterial vaginosis and premature rupture of membranes.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Faixa Etária (em anos completos) de puérperas que tiveram parto pretermo atendidas na Fundação Santa Casa de Misericórdia do Pará de julho a outubro de 2010.....	31
Tabela 2 – Estado Conjugal de puérperas que tiveram parto pretermo atendidas na Fundação Santa Casa de Misericórdia do Pará de julho a outubro de 2010.....	31
Tabela 3 – Residência de puérperas que tiveram parto pretermo atendidas na Fundação Santa Casa de Misericórdia do Pará de julho a outubro de 2010.....	32
Tabela 4 – Renda Familiar (em salários mínimos) de puérperas que tiveram parto pretermo atendidas na Fundação Santa Casa de Misericórdia do Pará de julho a outubro de 2010.....	32
Tabela 5 – Ocupação de puérperas que tiveram parto pretermo atendidas na Fundação Santa Casa de Misericórdia do Pará de julho a outubro de 2010.....	33
Tabela 6 – Doenças crônicas de puérperas que tiveram parto pretermo atendidas na Fundação Santa Casa de Misericórdia do Pará de julho a outubro de 2010.....	34
Tabela 7 – Uso de álcool e tabaco pelas puérperas que tiveram parto pretermo atendidas na Fundação Santa Casa de Misericórdia do Pará de julho a outubro de.....	35
Tabela 8 – Doenças sexualmente transmissíveis durante a gestação em puérperas que tiveram parto pretermo atendidas na Fundação Santa Casa de Misericórdia do Pará de julho a outubro de 2010.....	35
Tabela 9 - Ginecopatias (miomatose uterina) em puérperas que tiveram parto pretermo atendidas na Fundação Santa Casa de Misericórdia do Pará de julho a outubro de 2010.....	36
Tabela 10 – Tipo de parto em puérperas que tiveram parto pretermo atendidas na Fundação Santa Casa de Misericórdia do Pará de julho a outubro de 2010.....	38
Tabela 11 – Número de gestações anteriores em puérperas que tiveram parto pretermo atendidas na Fundação Santa Casa de Misericórdia do Pará de julho a outubro de 2010.....	38

Tabela 12 – Número de abortamentos em puérperas que tiveram parto pretermo atendidas na Fundação Santa Casa de Misericórdia do Pará de julho a outubro de 2010.....39

Tabela 13 - Número de consultas pré-natais em puérperas que tiveram parto pretermo atendidas na Fundação Santa Casa de Misericórdia do Pará de julho a outubro de 2010.....40

LISTA DE GRÁFICOS

GRÁFICO 1 – Nível de escolaridade de puérperas que tiveram parto pretermo atendidas na Fundação Santa Casa de Misericórdia do Pará de julho a outubro de 2010.....	33
GRAFICO 2 – Doenças crônicas de puérperas que tiveram parto pretermo atendidas na Fundação Santa Casa de Misericórdia do Pará de julho a outubro de 2010.	34
GRÁFICO 3 – Tratamento das doenças sexualmente transmissíveis em puérperas que tiveram parto pretermo atendidas na Fundação Santa Casa de Misericórdia do Pará de julho a outubro de 2010.....	36
GRÁFICO 4 – Tempo (em anos) da realização do último exame colpo-oncótico em puérperas que tiveram parto pretermo atendidas na Fundação Santa Casa de Misericórdia do Pará de julho a outubro de 2010.....	37
GRÁFICO 5 – Idade gestacional (em semanas) no trabalho de parto em puérperas que tiveram parto pretermo atendidas na Fundação Santa Casa de Misericórdia do Pará de julho a outubro de 2010.....	39
GRÁFICO 6 – Evolução durante a gestação em puérperas que tiveram parto pretermo atendidas na Fundação Santa Casa de Misericórdia do Pará de julho a outubro de 2010.....	40

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	11
2. OBJETIVO.....	13
3. REVISÃO DE LITERATURA	14
4. CASUÍSTICA E MÉTODO.....	27
5. RESULTADOS	31
6.DISSCUSSÃO.....	42
7. CONCLUSÃO.....	55
REFERÊNCIAS	56
APÊNDICES.....	60

APÊNDICE B

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARÁ

CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

CURSO DE MEDICINA

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

(Baseado na Resolução Nº. 196 de 10/10/1996 do Conselho Nacional de Saúde)

Projeto: Fatores de risco para o parto prematuro em puérperas com parto prematuro atendidas na Fundação Santa Casa de Misericórdia do Pará

Prezado (a) Sr. (a):

Você foi selecionado para participar da pesquisa sobre Fatores de risco para o parto prematuro em gestantes atendidas na Fundação Santa Casa de Misericórdia do Pará. Esta pesquisa está sendo realizada por docentes e discentes do curso de Medicina da Universidade Federal do Pará, e tem como objetivo analisar os aspectos associados ao parto prematuro.

Com esse estudo, se buscará o rastreamento dos principais fatores de risco associados ao parto prematuro, os quais, uma vez conhecidos, podem viabilizar uma melhor estratégia de manejo e prevenção das morbimortalidades materno fetais.

Sua participação é de suma importância e consistirá em responder as perguntas contidas neste questionário e devolvê-lo para o entrevistador. O questionário não é identificável e em nenhuma hipótese serão divulgados dados que permitam a sua identificação. Os dados serão analisados em conjunto, guardando assim o absoluto **sigilo das informações pessoais**. Queremos também deixar claro que **sua participação é de seu livre-arbítrio, não havendo pagamento** pela mesma, podendo se **recusar a responder quaisquer perguntas** do questionário.

Após a conclusão da coleta de dados, os mesmos serão analisados e será elaborado um trabalho (projeto) pelos autores da pesquisa, ao qual será feita a divulgação para os trabalhadores envolvidos, para o meio acadêmico e científico.

Em qualquer momento do estudo o entrevistado, seus responsáveis e familiares terão acesso ao pesquisador responsável, para esclarecimento de dúvidas.

Caso não seja localizado o pesquisador responsável, poderá ainda ser contatada a acadêmica de medicina Lana Fabíola Silva e Souza: (91) 8109-7782/3243-4484.

Nara Macedo Botelho Brito

Prof^ª. Dra. Adjunto III do Departamento de Saúde da Mulher /CCS/UFPA.

Núcleo de Pesquisa e Extensão em Medicina,

Laboratório de Cirurgia Experimental.

CRM - 4103

Rua Perebebuí, n 2326-Marco

66000-000 - Belém, PA - Brasil

(Pesquisador responsável)

CONSENTIMENTO LIVRE ESCLARECIDO:

Declaro que li as informações acima sobre a pesquisa e que me sinto perfeitamente esclarecido sobre o conteúdo da mesma, assim como seus riscos e benefícios. Declaro ainda que por minha livre vontade, aceito participar da pesquisa cooperando com as informações contidas no formulário.

Belém, ____ / ____ / ____.

Assinatura do entrevistado

Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Pará (CEP-CCS/UFPA) – Complexo de Sala de Aula/CCS – Sala 14 – Campus Universitário, nº 01, Guamá – CEP: 66075-110 – Belém – Pará. Tel: 32018028 E-mail: cepccs@ufpa.br

1. INTRODUÇÃO

Apesar dos avanços da perinatologia nos últimos anos, a prematuridade continua sendo a principal causa de morbidade e mortalidade neonatal, representando um dos maiores desafios para a Obstetrícia atual. Exige da estrutura assistencial capacidade técnica e equipamentos nem sempre disponíveis. Afeta diretamente a estrutura familiar alterando as expectativas e anseios que permeiam a perinatalidade. É difícil avaliar os componentes que influenciam e são influenciados pelo complexo processo do nascimento prematuro (RADES, BITTAR, ZUGAIB, 2004; RAMOS, CUMAN, 2009).

Apresenta-se como um dos mais sérios problemas encontrados em mulheres durante a gestação, tanto em países desenvolvidos como em desenvolvimento. Enquanto a prematuridade é amplamente estudada nos países desenvolvidos, os dados de países em desenvolvimento ainda são limitados (CASCAES, 2008).

As informações publicadas pelo Ministério da Saúde mostram que os nascimentos prematuros na população brasileira têm se mantido constante nos últimos anos, com média de 6,6%, sendo variáveis de Estado para Estado, podendo atingir taxas de até 9% e com tendência à elevação em algumas metrópoles (BITTAR, ZUGAIB, 2009).

No Brasil, vem se observando uma tendência de aumento da prematuridade. O percentual de nascimentos pré-termo (< 37 semanas) no Brasil variou de 5%, em 1994, a 6,6%, em 2005, sugerindo um aumento na proporção de partos prematuros no país como um todo neste período ($p < 0,001$) (SILVEIRA, 2009).

Analisando as capitais da Região Norte, no mesmo período de 1994 a 2005, observa-se que o percentual de prematuridade apresentou aumento em Boa Vista (Roraima) (1,4% para 3,8%; $p < 0,001$), Macapá (Amapá) (3,7% para 6,6%; $p < 0,001$), Manaus (Amazonas) (3,8% para 7%; $p < 0,001$), Palmas

(Tocantins) (4,6% para 6,6%; $p = 0,004$), Porto Velho (Rondônia) (3,5% para 5,8%; $p < 0,001$) e Rio Branco (Acre) (2,4% para 3,6%; $p < 0,001$), e diminuição em Belém (Pará) (6,5% para 5,7%; $p < 0,001$). Ao se excluírem as capitais, a prematuridade na Região Norte, entre 1994 e 2005, diminuiu de 9,2%, em 1994, para 4,7%, em 2005 (SILVEIRA, 2009).

A prematuridade pode ser classificada, segundo a sua evolução clínica, em eletiva ou espontânea. Na prematuridade eletiva, a gestação é interrompida em virtude de complicações maternas (por exemplo, doença hipertensiva, descolamento prematuro de placenta, placenta prévia etc.) e/ou fetais (por exemplo, restrição do crescimento fetal ou sofrimento fetal), em que o fator de risco é geralmente conhecido e corresponde a 25% dos nascimentos prematuros (BITTAR, ZUGAIB, 2009).

A prematuridade espontânea corresponde a 75% dos casos e decorre do trabalho de parto prematuro. Nesse grupo, a etiologia é complexa e multifatorial ou desconhecida. Dessa maneira, na maioria das vezes, a prevenção primária é difícil de ser implementada, tendo em vista que muitos dos fatores de risco não podem ser modificados antes ou durante a gestação, restando, assim, a prevenção secundária ou terciária (ibid).

Apesar de, em cerca de metade dos casos, o parto prematuro ser considerado de etiologia desconhecida, ocorre com frequência a associação de fatores de risco maternos e fetais. Essas intercorrências no processo do ciclo gravídico puerperal geram riscos à integridade da saúde tanto da mãe quanto do concepto e podem evoluir para a morte. (BITTAR, R; ZUGAIB, M, 2009) (RAMOS, H.A.C; CUMAN, R.K.N, 2009)

Foram encontrados poucos estudos sobre fatores de risco para o parto pré-termo em Belém. Por conseguinte, diante do já exposto, é de grande importância este estudo, uma vez que tem o objetivo de identificar e analisar os aspectos associados ao parto prematuro nesta região.

2. OBJETIVOS

2.1 Objetivos Gerais

O objetivo deste trabalho foi estudar os fatores de risco associados ao parto prematuro em gestantes atendidas na Fundação Santa Casa de Misericórdia do Pará.

2.2 Objetivos específicos

O presente trabalho teve como objetivos específicos identificar e analisar os aspectos sociais, epidemiológicos, obstétricos, ginecológicos, clínico-cirúrgicos, associados ao parto prematuro

3. REVISÃO DE LITERATURA

3.1. Definições

De acordo com a Organização Mundial de Saúde, o recém-nascido prematuro é aquele com menos de 37 semanas completas de gestação (CARVALHO, M.H, 2001).

Concomitantemente, é recém nascido de baixo peso aquele com peso inferior a 2.500g. Os limites inferiores para o parto pretermo e para o baixo peso, embora omissos pelas definições internacionais, parecem estar situados, respectivamente, em 22 semanas e em 500g (REZENDE, 2008).

O parto prematuro onera sobremaneira a morbidade neonatal imediata e tardia: síndrome da angústia respiratória (SAR), enterocolite necrotizante, hemorragia intraventricular, doença pulmonar crônica, paralisia cerebral. (ibid)

A mortalidade infantil engloba relações entre serviços de saúde mais complexos de se manipular, o que dificulta redução mais significativa da mortalidade dessa faixa etária. Estima-se que 50% dos óbitos no primeiro ano de vida ocorram na primeira semana, o que se denomina período neonatal precoce, principalmente em recém-nascidos prematuros (GOULART, VALLE, DAL-PIZOLL, 2006).

3.2. Fatores de Risco

A realização de anamnese detalhada é o primeiro passo para se identificar a mulher com risco para o parto prematuro. A busca por indicadores clínicos deve ser instituída, de preferência, antes da concepção, para permitir o controle dos riscos e contribuir para uma evolução favorável da gestação. (BITTAR; ZUGAIB, 2009)

Regra geral, a prematuridade está enquadrada em três grandes categorias (REZENDE, 2008).

1. Parto pretermo espontâneo (50% dos casos).
2. Ruptura prematura das membranas pretermo (30% dos casos).
3. Parto pretermo indicado, antes denominado iatrogênico (20% dos casos), proposto por razões maternas ou fetais em virtude de complicações médicas ou obstétricas.

Enumeram-se as causas do parto pretermo espontâneo: (REZENDE, 2008)

Infecção Intra-uterina

A infecção intra-uterina, especialmente a corioamnionite subclínica, desempenha papel de relevo na etiologia do parto pretermo e acredita-se ser responsável por até 30% das interrupções prematuras espontâneas. A via mais comum da infecção intra-uterina e conseqüentemente da infecção amniótica é a ascendente proveniente do colo e da vagina.

Os organismos encontrados no parto pretermo espontâneo com membranas íntegras são aqueles da vaginose bacteriana, todos de baixa virulência. Ao revés, na corioamnionite com ruptura das membranas prevalecem o estreptococo do grupo B e a *Escherichia coli*.

A infecção intra-uterina ocorre no início da gravidez e permanece via de regra assintomática (corioamnionite subclínica) por meses até desencadear o parto pretermo ou a ruptura prematura das membranas. A infecção intra-uterina é crônica – não há febre, dor abdominal, leucocitose, nem taquicardia fetal.

A vaginose bacteriana polimicrobiana está intimamente associada ao risco aumentado de parto pretermo e é marcador importante de colonização microbiana no sistema genital superior, no caso de infecção intra-uterina.

Os microorganismos associados à vaginose bacteriana estimulam a produção de fosfolipases A2 e C, que levam à síntese de prostaglandinas. As prostaglandinas podem então induzir a contratilidade miometrial e alterações na matriz extracelular do colo uterino, levando ao esvaecimento e dilatação do colo. Colagenases, mucinases e siladases também produzidas pelos germes presentes na vaginose bacteriana atuam sinergicamente com as prostaglandinas na dilatação do colo uterino e desta forma aumentando o risco de desencadeamento de parto prematuro (CARVALHO, M.H, 2001).

Prenhez Gemelar

O parto pretermo ocorre aproximadamente em mais da metade das gestações gemelares. Nos Estados Unidos, em 2001, 56% da proporção de partos pretermo foi de 57% na gestação gemelar e de 92% na gestação tripla triple, frente ao 10,4% na gestação com feto único. Na gestação quádrupla quase todas as gestações são de parto pretermo (GONZALEZ-MERLO. J, 2005).

Grande responsável pelo aumento recente da prematuridade porque sua incidência cresce com os casos de reprodução assistida e a maior idade da mulher para a concepção.

Polidramnia

O parto prematuro é o epílogo de quase todas as formas agudas de polidramnia e muito freqüente nas crônicas que cursam com alta-contratilidade.

Patologia Uterina

Insuficiência cervical e malformações uterinas.

Insuficiência Placentária

Tem seu representante maior na toxemia gravídica que também exhibe hiperatividade uterina na gravidez.

Síndrome Hemorrágica

Especialmente os quadros hemorrágicos vaginais da prenhez avançada valem dizer, a placenta prévia e o descolamento da placenta (DPP). O DPP ocorre em mais de 50% dos casos antes do termo e o risco de prematuridade da placenta prévia é cerca de quatro vezes maior do que na população grávida normal.

Adolescência

Diversos autores vêm chamando a atenção para a associação entre a gravidez na adolescência e o risco maior de morbidade e mortalidade nesse grupo (GAMA, 2001).

Dentre os mecanismos explicativos, encontram-se os de natureza biológica, como imaturidade do sistema reprodutivo, ganho de peso inadequado durante a gestação e fatores socioculturais, como pobreza e marginalidade social, combinados ao estilo de vida adotado pela adolescente. Apesar da relevância de ambos os motivos – biológicos e socioculturais –, a falta de cuidados pré-natais das adolescentes, associada à pobreza e níveis baixos de instrução, tem mostrado papel preponderante na cadeia causal de recém nascidos de baixo peso (ibid).

No que diz respeito ao recém-nato, a mortalidade infantil tem sido referida como o principal prejuízo da gravidez na adolescência. Apesar dos inúmeros avanços nos diagnósticos pré-natais, a prematuridade e o baixo peso ao nascer permanecem como as principais causas de morbidade e mortalidade no primeiro ano de vida. Esses agravos têm se manifestado mais intensamente nas jovens com menos de 20 anos de idade, particularmente naquelas com idade inferior a 15 anos (ibid).

Álcool e Fumo

O fumo na gravidez é responsável por 20% dos casos de fetos com baixo peso ao nascer, 8% dos partos prematuros e 5% de todas as mortes perinatais. Estudos mostram que o tabagismo na gestação pode contribuir para a síndrome da morte súbita do bebê, além de causar importantes alterações no desenvolvimento do sistema nervoso fetal. Estimativas econômicas indicam que os custos com as complicações perinatais são 66% maiores nos casos de mães que fumaram durante a gravidez do que nos de mães não fumantes (LEOPÉRCIO, WALDIR, 2004).

O consumo de álcool na gestação está relacionado ao aumento do número de abortos e a fatores comprometedores do parto, como risco de infecções, descolamento prematuro de placenta, hipertonia uterina, prematuridade do trabalho de parto e líquido amniótico meconial (FREIRE, MACHADO, MELO, MELO, 2005).

Entretanto, a suscetibilidade fetal ao álcool é modulada por quantidade ingerida, época da exposição, estado nutricional e capacidade de metabolização materna e fetal. A quantidade segura de álcool que uma gestante pode consumir não está definida na literatura, por isto recomenda-se abstinência total durante toda a gravidez. Estudos comprovam que o consumo de 20 gramas de álcool já é suficiente para provocar supressão da respiração e dos movimentos fetais, observados por meio de ultra-sonografia (ibid).

O uso do cigarro durante a gestação associa-se a maior risco de intercorrências maternas e tal observação é feita pela análise comparativa do risco de intercorrências entre as gestantes e não fumantes. Além disso, sabe-se que ocorre uma diminuição da quantidade de leite produzido pelas mulheres que fumam (REZENDE, 2008).

O uso de substâncias nocivas à saúde no período gravídico-puerperal, como drogas lícitas e ilícitas, deve ser investigado e desestimulado, pois gera

crescimento fetal restrito, aborto, parto prematuro, deficiências cognitivas no concepto, entre outros, podem estar associados ao uso e abuso dessas substâncias (FREIRE, PADILHA, SAUNDERS, 2009).

3.3. Diagnóstico

Uma das mais difíceis decisões para o obstetra é certificar-se de que a mulher está apresentando sintomas de parto pretermo, tais como contrações e pequeno grau de apagamento e de dilatação (REZENDE, 2008).

Considera-se: (REZENDE, 2008)

1. Contratilidade uterina (precocemente aumentada) 1 a 2 contrações/10 minutos.

Deve-se dar importância ao elevado padrão contrátil quando dolorosas as contrações, com frequência superior as acima apontadas, persistindo no mínimo por uma hora.

2. Colo uterino:

- Apagamento \geq 80%.
- Dilatação \geq 2cm.
- Centrado

3. Outros dados de importância:

- Amniorrexe prematura.
- Perda de tampão mucoso.
- Antecedentes de parto prematuro.

3.4. Tratamento

3.4.1 Assistência ao trabalho de parto prematuro

Trata-se de um dos temas mais relevantes e controversos da prematuridade. O momento do parto aumenta os riscos inerentes da prematuridade, tais como a maior suscetibilidade à acidose e ao trauma (BITTAR, CARVALHO, ZUGAIB, 2005).

A boa assistência ao parto prematuro depende, antes de tudo, da experiência da equipe médica. Há necessidade, no acompanhamento do trabalho de parto, de pelo menos dois obstetras. Não se pode esquecer que em cerca de metade dos casos, o parto prematuro está associado a problemas clínicos e obstétricos que envolvem riscos, tais como a rotura prematura de membranas, gestação gemelar, placenta prévia, descolamento prematuro de placenta, hipertensão arterial grave, etc. Além disso, os procedimentos obstétricos no prematuro são mais difíceis de serem realizados (ibid).

Os anestesistas devem possuir vivência com estes casos a fim de optarem pelo melhor tipo de anestesia. Assim, a integração da equipe constituída por obstetras, anestesistas, neonatologistas e enfermagem deve ser a melhor possível. Um bom berçário e uma UTI neonatal adequada são fundamentais para que o trabalho de toda a equipe envolvida alcance o sucesso esperado (ibid).

Nos últimos anos observou-se aumento considerável da sobrevivência dos prematuros. Sem dúvida, os cuidados intensivos neonatais colaboraram muito com isto, mas os obstetras também tiveram importante participação nestes resultados. O emprego mais freqüente do corticosteróide antenatal, os cuidados com a vitalidade fetal anteparto e intraparto e a escolha mais criteriosa da via de parto têm contribuído para a maior sobrevivência dos prematuros (ibid).

3.4.1.2 Escolha da via de parto

Devem ser considerados os seguintes aspectos para se decidir sobre a melhor via de parto: idade gestacional (viabilidade), peso estimado do feto, apresentação fetal, condições do colo uterino, integridade das membranas amnióticas, possibilidade de monitorização fetal, experiência da equipe e condições do berçário (ibid).

O melhor tipo de parto no prematuro ainda é discutível. Na literatura há carência de estudos prospectivos controlados, em virtude das inúmeras variáveis que fogem do controle. Não há dados convincentes que contraindiquem o parto vaginal na apresentação cefálica fletida. Sendo assim, optamos pela via vaginal nas apresentações cefálicas fletidas, nas apresentações pélvicas com peso fetal estimado pela ultra-sonografia igual ou superior a 2.500 g e naqueles fetos considerados inviáveis. Ao se escolher a via vaginal para fetos viáveis é fundamental o controle da vitalidade com a cardiotocografia. Deve-se considerar que a interpretação da monitorização fetal é mais difícil no prematuro, principalmente se a gestante fez uso recente de uterolíticos que, sabidamente, influenciam nos batimentos cardíacos fetais (ibid).

Durante a assistência ao parto prematuro deve-se evitar o uso de analgésicos e tranqüilizantes ou sedativos, que deprimem a respiração. A analgesia do parto com anestesia combinada (raqui + peridural) deve ser instituída sempre que possível para minimizar a reação de estresse em resposta à dor e à ansiedade materna e suas conseqüências fetais. O momento adequado da analgesia é aquele que a parturiente julga necessário e a técnica deve ser adaptada ao momento em que a analgesia foi solicitada (ibid).

A amniotomia deve ser tardia, ou seja, com dilatação cervical de mais de 8 cm. Recomenda-se tal atitude pelo efeito protetor da bolsa das águas sobre a cabeça fetal. Deve ser lembrado que no TPP a progressão da dilatação pode ser muito rápida. O colo pode estar dilatado para 4-5 cm e atingir dilatação total

em apenas uma hora. Além disso, no caso de prematuros o colo nem sempre necessita estar com 10 cm de dilatação para ocorrer o nascimento. O despreendimento do polo cefálico e do bisacromial deve ser lento para se evitarem os traumas sobre o sistema nervoso central e o plexo braquial, além de favorecer a expressão torácica durante a passagem pelo canal de parto, permitindo uma expansão pulmonar adequada. Daí, a importância da equipe, que deve estar atenta a estes cuidados (ibid).

A episiotomia deve ser ampla o suficiente para permitir o nascimento sem resistência perineal. Apesar de o fórcepe baixo encurtar o período expulsivo e diminuir a incidência de hemorragia do sistema nervoso central, não o utilizamos quando o peso fetal estimado for inferior a 1.500 g, situação em que seu emprego pode ser danoso ao feto (ibid).

Indicamos a via abdominal diante de intercorrências clínicas e obstétricas clássicas e nas apresentações cefálicas defletidas e pélvicas, situações em que os traumas fetais prejudicam o prognóstico neonatal. A operação cesariana nem sempre se traduz em extração fetal fácil. Na realização da histerotomia prefere-se a incisão transversa sempre que possível mas, se o segmento estiver mal preparado, a extração fetal é mais difícil e, neste caso, deve-se realizar a incisão segmento-corporal longitudinal (ibid).

A laqueadura do cordão umbilical deve ser realizada após 45 a 60 segundos, mantendo-se o recém-nascido em nível inferior ao da placenta, sem praticar a ordenha. Este intervalo de tempo é necessário, pois sabe-se que 50% do sangue do prematuro encontra-se na placenta contra 30% no recém-nascido de termo. Por outro lado, a passagem exagerada de sangue para o recém-nascido pode levar à hiperbilirrubinemia e hiperviscosidade sangüínea (ibid).

Em relação à anestesia para a cesárea prefere-se a raquianestesia com agulha fina em que se utiliza menor massa de concentração de anestésico, com menor comprometimento fetal. Deve-se tomar cuidados com as gestantes que foram submetidas à tocólise recente (com beta-adrenérgicos, sulfato de

magnésio ou antagonistas do cálcio), pela possibilidade de interação medicamentosa com as drogas anestésicas, podendo levar a hipertensão arterial. Recomenda-se que após a suspensão da tocolise se dê um intervalo de pelo menos duas horas para se fazer a anestesia (ibid).

3.4.2 Prevenção do parto prematuro

3.4.2.1 Indicadores ultrassonográficos

A avaliação do colo uterino, durante a gestação, pode ser útil na identificação do risco para o parto prematuro espontâneo. Quanto menor o comprimento do colo, maior a probabilidade de prematuridade, uma vez que o esvaecimento cervical constitui uma das primeiras etapas do processo de parturição e precede o trabalho de parto em quatro a oito semanas. (BITTAR. R; ZUGAIB. M, 2009)

O exame do colo uterino pode ser feito pelo toque vaginal e pela ultrassonografia abdominal ou vaginal. O toque vaginal, com objetivo de verificar as características do colo (dilatação, esvaecimento e posição), revela baixa sensibilidade e baixo valor preditivo positivo para a detecção do parto prematuro. Obtém-se melhor desempenho para o rastreamento do parto prematuro com ultrassonografia transvaginal (ibid).

Em comparação com a técnica abdominal, a via vaginal é mais vantajosa, pois permite a avaliação da porção supravaginal do colo uterino com menor interferência das partes fetais no segmento inferior do útero, além de não necessitar do enchimento da bexiga materna e evitar erros na medição pelo falso alongamento do colo uterino (ibid).

O comprimento do colo é o indicador ultrassonográfico mais importante, e a sua medida é feita linearmente, entre o orifício externo e o interno, delimitados pelo início e pelo fim da mucosa endocervical ecogênica. Outros achados

secundários também podem ser obtidos com o exame, tais como a presença de afunilamento, detectado pela abertura do orifício interno do colo uterino superior a 5 mm, e a ausência do eco glandular endocervical (ibid).

A definição de colo curto varia entre os diferentes autores, na dependência dos melhores valores de sensibilidade e especificidade para gestantes sintomáticas ou assintomáticas e de acordo com a idade gestacional da ocorrência do parto, o melhor ponto de corte foi a medida do colo inferior a 25 mm para a ocorrência de parto prematuro (ibid).

As gestantes com comprimento do colo igual ou superior a 25 mm têm baixo risco para o parto prematuro espontâneo. Por outro lado, aquelas com comprimento menor do que 25 mm devem ser consideradas de maior risco e necessitam de maiores cuidados (ibid).

Na presença de colo curto, são recomendados repouso, investigação de infecções genitourinárias, acompanhamento seriado das contrações uterinas, do comprimento do colo e realização de testes bioquímicos. Da mesma maneira, orienta-se o uso da progesterona natural micronizada, 200 mg/dia, pela via vaginal, até a 36ª semana (ibid).

Na gestante sintomática, ou seja, quando o diagnóstico de trabalho de parto prematuro é duvidoso, considera-se de risco para o parto prematuro a medida do comprimento do colo uterino inferior a 15 mm. Nesta situação, deve ser realizada a prevenção terciária – internação para tocólise e corticoterapia antenatal (ibid).

3.4.2.2 Indicadores Bioquímicos

Dos possíveis marcadores bioquímicos conhecidos, podem ser citados: as interleucinas (6 e 8), o hormônio liberador da corticotropina (CRH), o estriol salivar, a fibronectina fetal e, mais recentemente, a proteína-1 fosforilada ligada

ao fator de crescimento insulina-símile (*p*hIGFBP-1). As interleucinas, o CRH e o estriol demonstraram baixas sensibilidades e baixos valores preditivos, além de não trazerem benefícios para a predição do parto prematuro (ibid).

Entre todos os indicadores bioquímicos, a fibronectina (fFN) é a que apresenta os melhores resultados para a predição do parto prematuro. A fFN é uma glicoproteína produzida pelo trofoblasto, cuja função fisiológica é assegurar a aderência do blastocisto à decídua. Normalmente, a fFN está presente no conteúdo vaginal na primeira metade da gestação. Após a 22^a semana, ocorre a fusão do âmnio com o cório, e a fFN desaparece da vagina até a 35^a semana, a menos que haja rotura de membranas ou presença de fator mecânico, infeccioso, inflamatório ou isquêmico na interface materno-fetal. Portanto, o teste só tem utilidade quando realizado entre a 22^a e a 34^a semana e seis dias (ibid).

Para a detecção da fFN, podem ser utilizados dois tipos de teste: o quantitativo e o qualitativo. O teste rápido (qualitativo), em que o resultado é obtido em dez minutos. A gestante é colocada em posição ginecológica e introduz-se um espéculo estéril na vagina para a coleta do conteúdo vaginal da porção posterior do colo, por meio de swab de Dacron, por aproximadamente dez segundos. Posteriormente, o swab com o material coletado é introduzido em frasco com solução tampão, onde é vigorosamente agitado por dez segundos (ibid).

Em seguida, o swab é descartado e insere-se a fita de leitura na solução tampão; a partir de então, aguardam-se dez minutos para a realização da leitura. O teste é considerado positivo quando são formadas duas linhas róseas na fita de leitura, o que significa a presença da fFN em concentrações superiores a 50 ng/mL. É importante destacar que, antes da obtenção da amostra, não pode haver manipulação do colo pelo toque vaginal ou ultrassonografia de colo, coito, uso de lubrificantes ou medicamentos, por um

período de 24 horas, devido à possibilidade de resultados falsos-positivos ou negativos (ibid).

O teste da fFN pode ser utilizado em gestantes sintomáticas, em que há dúvidas em relação ao diagnóstico do trabalho de parto prematuro, ou em gestantes assintomáticas com risco para o parto prematuro espontâneo (ibid).

Considerando-se gestantes sintomáticas, observa-se que o principal benefício do teste da fFN reside no seu elevado valor preditivo negativo (superior a 90%), ou seja, a probabilidade de parto a termo em mulheres com teste negativo é alta. Diante de um teste negativo, pode-se evitar internações e intervenções desnecessárias. Por outro lado, o valor preditivo positivo é mais baixo (inferior a 50%), mas superior a outros marcadores bioquímicos, tais como o estriol, interleucinas e CRF. Diante do teste positivo, recomenda-se internação, corticoterapia antenatal e tocolise (ibid).

Em gestantes assintomáticas com antecedente de parto prematuro, o teste da fFN revela melhores valores de sensibilidade quando em combinação com a medida do comprimento do colo uterino pela ultrassonografia transvaginal (ibid).

4. CASUÍSTICA E MÉTODO

4.1. TIPO DE ESTUDO

Foi realizado um estudo de caráter exploratório, descritivo, observacional e transversal.

4.2. PERÍODO E LOCAL DE REALIZAÇÃO

O local onde foi realizada a pesquisa, nas enfermarias de puerpério da Fundação Santa Casa de Misericórdia do Pará, na cidade de Belém-Pará, no período de maio a setembro de 2010.

4.3. CASUÍSTICA

4.3.1. População de estudo

A população envolvia as puérperas que tiveram parto pretermo espontâneo, rotura das membranas pretermo e parto pretermo indicado por razões maternas ou fetais em virtude de complicações médicas ou obstétricas, internadas nas enfermarias de puerpério da Fundação Santa Casa de Misericórdia do Pará.

Foram excluídas do estudo puérperas que não se enquadraram nos critérios de inclusão.

4.3.2. Seleção da casuística

A seleção da casuística foi feita por um convite verbal as puérperas internadas. A mulher que aceitou participar do estudo e preencheu os critérios de seleção da casuística procedeu à leitura e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (Apêndice B), e então foi submetida a uma entrevista baseada no protocolo de pesquisa.

4.3.3. Critérios de inclusão

A puérpera era qualificada a participar do estudo caso possuísse os seguintes pré-requisitos:

- Ter idade entre 12 e 45 anos completos no momento da entrevista;
- Puérperas que apresentaram recém-nascidos de parto prematuro, confirmados pelo método do capurro.

4.3.4. Critérios de exclusão

A puérpera era desqualificada a participar do estudo caso apresentasse qualquer das seguintes condições:

- Puérperas que apresentaram parto a termo.

4.4. COLETA DE DADOS

4.4.1. Protocolo de pesquisa

O protocolo de pesquisa utilizado para obtenção dos dados será constituído por um formulário (Apêndice A).

4.4.2 Questionário

Elaborado com base nos dados mais relevantes como fatores de risco para o parto prematuro, o formulário consta de 30 questões, e divide-se em 5 sessões: dados socioeconômicos, antecedentes pessoais, antecedentes ginecológicos, antecedentes obstétricos e gestação atual. (BRASIL, 2005)

4.4.3 Rotina de pesquisa

Após explicação acerca dos objetivos da pesquisa, convite à participação na mesma, leitura e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice B), as puérperas eram entrevistadas por um dos autores da pesquisa, que fazia as perguntas constantes do questionário e registrava as respostas em formulário próprio. Os formulários eram então encaminhados para análise estatística.

4.4.4. Procedimentos

O protocolo de pesquisa foi aplicado na forma de uma entrevista verbal direta. A coleta de dados foi feita nas enfermarias de puerpério da Fundação Santa Casa de Misericórdia do Pará, por meio da aplicação de questionário/entrevista (Apêndice A), o qual abordava aspectos sociais, epidemiológicos, obstétricos, ginecológicos, clínico-cirúrgicos, associados ao parto prematuro, logo após a aprovação do pré-projeto pelo Comitê de Ética em Pesquisa de CAAE 0039.0.440.000-10 e protocolo de número 028/10-CEP.

A mulher que aceitasse participar do estudo deveria preencher os critérios de seleção da casuística e proceder à leitura e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice B) atendendo à *Resolução 196/96* do Conselho Nacional de Saúde do Ministério da Saúde; e então seria submetida a uma entrevista baseada no protocolo de pesquisa. As mulheres participantes da pesquisa não foram identificadas, ou seja, não preencheram seus nomes ou preencheram, apenas suas iniciais em cada questionário.

4.5. ANÁLISE DE DADOS

Foi feita uma análise descritiva e quantitativa dos resultados dos questionários obtidos para avaliação dos fatores de risco associados ao parto prematuro.

Para realizar o estudo proposto foi elaborado um banco de dados utilizando o pacote estatístico *SPSS* versão 18.0 *for Windows*, a análise descritiva foi feita por meio da elaboração de tabelas e gráficos por meio dos programas, do pacote *Office 2007*, *Word* e *Excel* também da *Microsoft* e a análise inferencial foi feita por meio do pacote estatístico *Bioestat* versão 5.0 sendo aplicado o teste não-paramétrico Qui-quadrado de aderência com o objetivo de investigar se as distribuições das proporções das variáveis estudadas podem ser consideradas iguais, todos ao nível de significância $\alpha = 0,05$.

5. Resultados

Foram entrevistadas 100 puérperas, todas incluídas na casuística do estudo, o que representou 100% do universo amostral referente à população pesquisada. As variáveis pesquisadas foram de cunho socioeconômico, antecedentes pessoais, antecedentes ginecológicos, antecedentes obstétricos e gestação atual.

Tabela 1 – Faixa Etária (em anos completos) de puérperas que tiveram parto pretermo atendidas na Fundação Santa Casa de Misericórdia do Pará de julho a outubro de 2010.

Faixa etária (anos)	Quantidade	Percentual
13 a 18	21	21,0
19 a 24	36	36,0
25 a 29	19	19,0
30 a 34	14	14,0
35 a 39	6	6,0
40 a 45	4	4,0
Total	100	100

$p < 0,05$ (Teste Qui-quadrado, $p < 0,0001$)

Fonte: Protocolo de Pesquisa

Tabela 2 – Estado Conjugal de puérperas que tiveram parto pretermo atendidas na Fundação Santa Casa de Misericórdia do Pará de julho a outubro de 2010.

Estado Civil	Quantidade	Percentual
Casada	12	12,0
Solteira	26	26,0
União estável	62	62,0
Total	100	100

$p < 0,05$ (Teste Qui-quadrado, $p < 0,0001$)

Fonte: Protocolo de Pesquisa

Quanto às características socioeconômicas, a casuística foi composta em sua maioria por puérperas na faixa etária entre 19 e 24 anos de idade (Tabela 1); com escolaridade de ensino médio completo (Gráfico 1); possuindo renda média familiar de 1 a 3 salários mínimos (Tabela 4); em estado conjugal de união estável – vivendo com um companheiro sem comprovação legal (Tabela 2); e empregadas (Tabela 4) e metade residem no interior do estado (tabela3).

Tabela 3 – Residência de puérperas que tiveram parto pretermo atendidas na Fundação Santa Casa de Misericórdia do Pará de julho a outubro de 2010.

Residência	Quantidade	Percentual
Interior do Estado	52	52
Região Metropolitana de Belém	48	48
Total	100	100

Fonte: Protocolo de pesquisa

p < 0,05 (Teste Qui-quadrado, p < 0,0001)

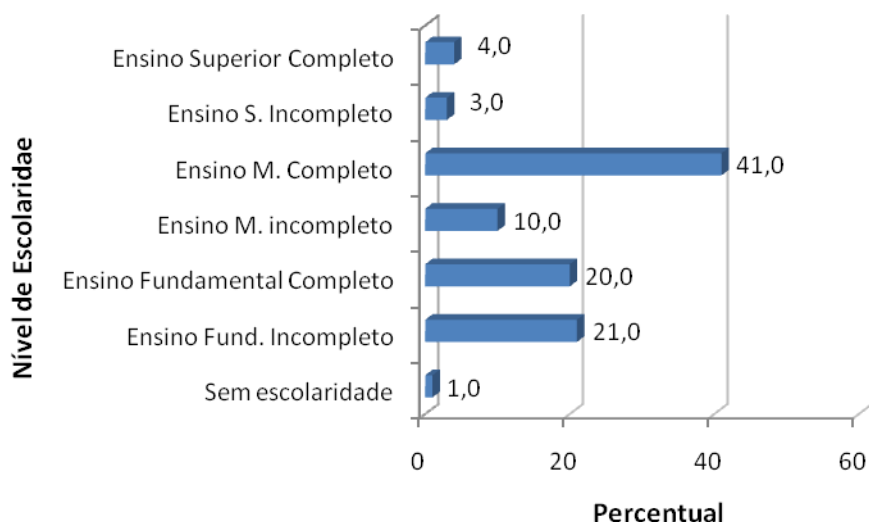
Fonte: Protocolo de Pesquisa

Tabela 4 – Renda Familiar (em salários mínimos) de puérperas que tiveram parto pretermo atendidas na Fundação Santa Casa de Misericórdia do Pará de julho a outubro de 2010.

Renda Familiar	Quantidade	Percentual
< de 1	12	12,0
1 a 3	70	70,0
4 a 6	11	11,0
7 a 9	3	3,0
≥ 10	1	1,0
Não informado	3	3,0
Total	100	100

p < 0,05 (Teste Qui-quadrado, p < 0,0001)

Fonte: protocolo de pesquisa



$p < 0,05$ (Teste Qui-quadrado, $p < 0,0001$)

Fonte: protocolo de pesquisa

GRÁFICO 1 – Nível de escolaridade de puérperas que tiveram parto pretermo atendidas na Fundação Santa Casa de Misericórdia do Pará de julho a outubro de 2010.

Tabela 5 – Ocupação de puérperas que tiveram parto pretermo atendidas na Fundação Santa Casa de Misericórdia do Pará de julho a outubro de 2010.

Ocupação	Quantidade	Percentual
Estudante	20	20,0
Do lar	22	22,0
Trabalho formal	34	34,0
Não informado	24	24,0
Total	100	100

$p < 0,05$ (Teste Qui-quadrado, $p = 0,2001$)

Fonte: Protocolo de Pesquisa

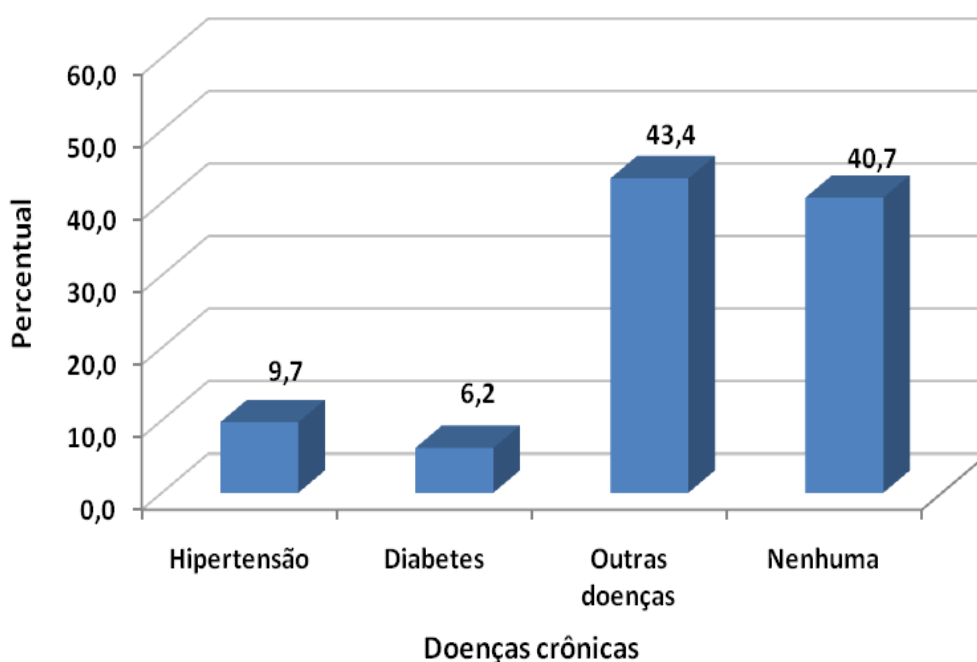
Em relação aos antecedentes pessoais, a casuística foi composta em sua maioria por puérperas que possuíam alguma doença crônica (Gráfico 2; Tabela 6); não tabagistas, não etilistas (Tabela 7).

Tabela 6 - Doenças crônicas de puérperas que tiveram parto pretermo atendidas na Fundação Santa Casa de Misericórdia do Pará de julho a outubro de 2010.

Doenças Crônicas	Quantidade	Percentual	Percentual de casos
Hipertensão	11	9,7	11
Diabetes	7	6,2	7
Outras doenças	36	43,4	36
Nenhuma	46	40,7	46
Total	113	100	-

$p < 0,05$ (Teste Qui-quadrado, $p = 0,2001$)

Fonte: Protocolo de Pesquisa



$p < 0,05$ (Teste Qui-quadrado, $p = 0,2001$)

Fonte: Protocolo de Pesquisa

GRAFICO 2 – Doenças crônicas de puérperas que tiveram parto pretermo atendidas na Fundação Santa Casa de Misericórdia do Pará de julho a outubro de 2010.

Tabela 7 – Uso de álcool e tabaco pelas puérperas que tiveram parto pretermo atendidas na Fundação Santa Casa de Misericórdia do Pará de julho a outubro de 2010.

Resposta	Droga		
	Tabagismo	Alcoolismo	
Sim	N	9	11
	%	9,0	11,0
Não	N	91	89
	%	0,0	89,0
Total	N	100	100
	%	100	100

*p < 0,05 (Teste Qui-quadrado, p < 0,0001)

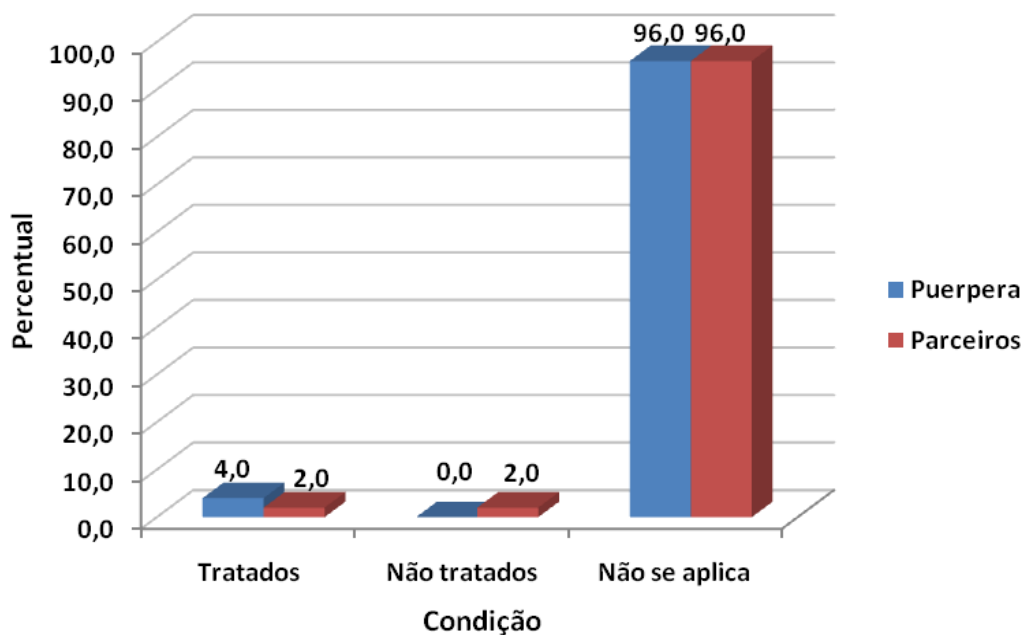
Fonte: Protocolo de Pesquisa

Tabela 8 – Doenças sexualmente transmissíveis (através de pergunta a paciente) durante a gestação em puérperas que tiveram parto pretermo atendidas na Fundação Santa Casa de Misericórdia do Pará de julho a outubro de 2010.

Resposta	Quantidade	Percentual
Sim	4	4,0
Não	96	96,0
Total	100	100

p < 0,05 (Teste Qui-quadrado, p < 0,0001)

Fonte: Protocolo de Pesquisa



$p < 0,05$ (Teste Qui-quadrado, $p < 0,0001$)

Fonte: Protocolo de Pesquisa

GRÁFICO 3 – Tratamento das doenças sexualmente transmissíveis em puérperas que tiveram parto pretermo atendidas na Fundação Santa Casa de Misericórdia do Pará de julho a outubro de 2010.

Tabela 9 – Ginecopatias (miomatose uterina) em puérperas que tiveram parto pretermo atendidas na Fundação Santa Casa de Misericórdia do Pará de julho a outubro de 2010.

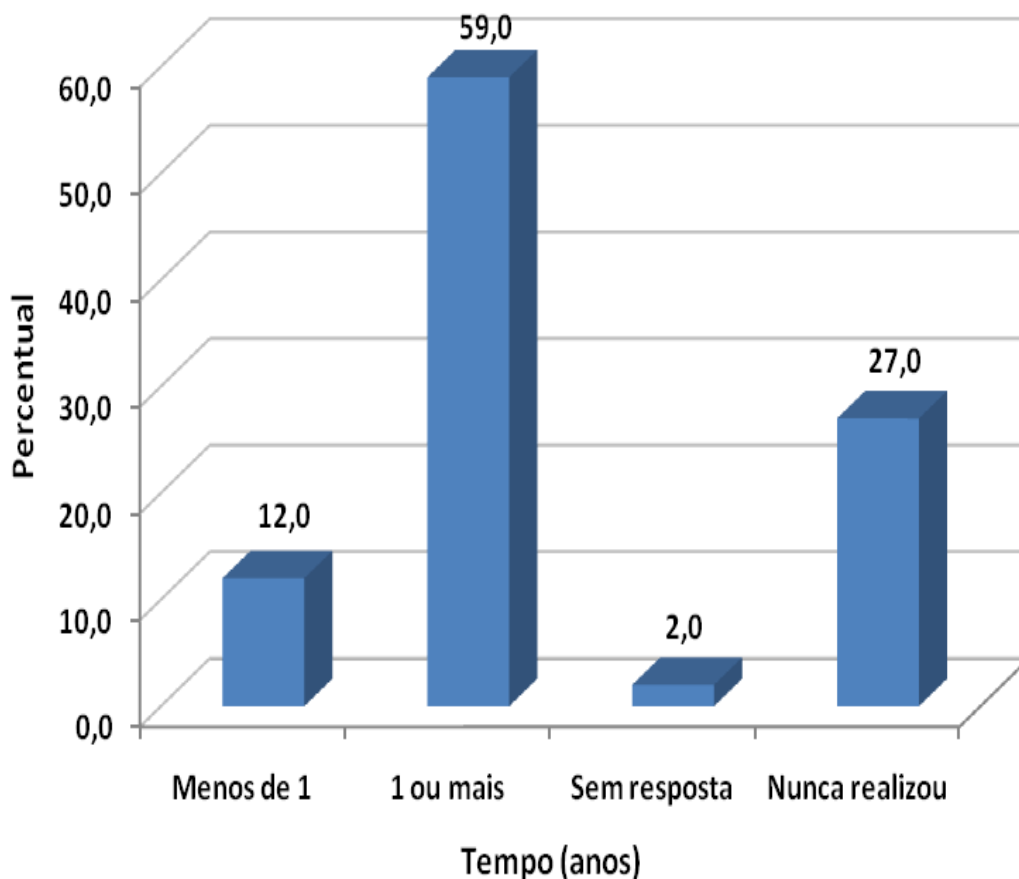
Resposta	Quantidade	Percentual
Sim	9	9,0
Não	91	91,0
Total	100	100

$p < 0,05$ (Teste Qui-quadrado, $p < 0,0001$)

Fonte: Protocolo de Pesquisa

Quanto aos antecedentes ginecológicos a casuística foi composta em sua maioria por puérperas que não tiveram doenças sexualmente transmissíveis

durante a gestação (Tabela 8); não apresentaram ginecopatias – miomatose uterina (Tabela 9), que não realizavam o exame colpo-oncótico há 1 ano ou mais (Gráfico 4).



$p < 0,05$ (Teste Qui-quadrado, $p < 0,0001$)

Fonte: Protocolo de Pesquisa

GRÁFICO 4 – Tempo (em anos) da realização do último exame colpo-oncótico em puérperas que tiveram parto pretermo atendidas na Fundação Santa Casa de Misericórdia do Pará de julho a outubro de 2010.

Tabela 10 - Número de gestações anteriores em puérperas que tiveram parto pretermo atendidas na Fundação Santa Casa de Misericórdia do Pará de julho a outubro de 2010.

Número de gestações	Frequencia	Percentual
Nenhuma	46	46,0
1 ↔ 2	29	29,0
3 ↔ 4	16	16,0
5 ↔ 7	7	7,0
8 ou mais	2	2,0
Total	100	100

p < 0,05 (Teste Qui-quadrado, p < 0,0001)

Fonte: Protocolo de Pesquisa

Tabela 11 – Tipo de parto em puérperas que tiveram parto pretermo atendidas na Fundação Santa Casa de Misericórdia do Pará de julho a outubro de 2010.

Número de partos		Parto	
		Normal	Cesáreo
Nulípara	N	61	74
	%	61,0	74,0
1 a 2	N	22	24
	%	22,0	24,0
3 a 4	N	14	2
	%	14,0	2,0
5 a 7	N	1	0
	%	1,0	0,0
8 ou mais	N	2	0
	%	2,0	0,0
Total	N	100	100
	%	100	100

*p < 0,05 (Teste Qui-quadrado, p < 0,0001)

Fonte: Protocolo de Pesquisa

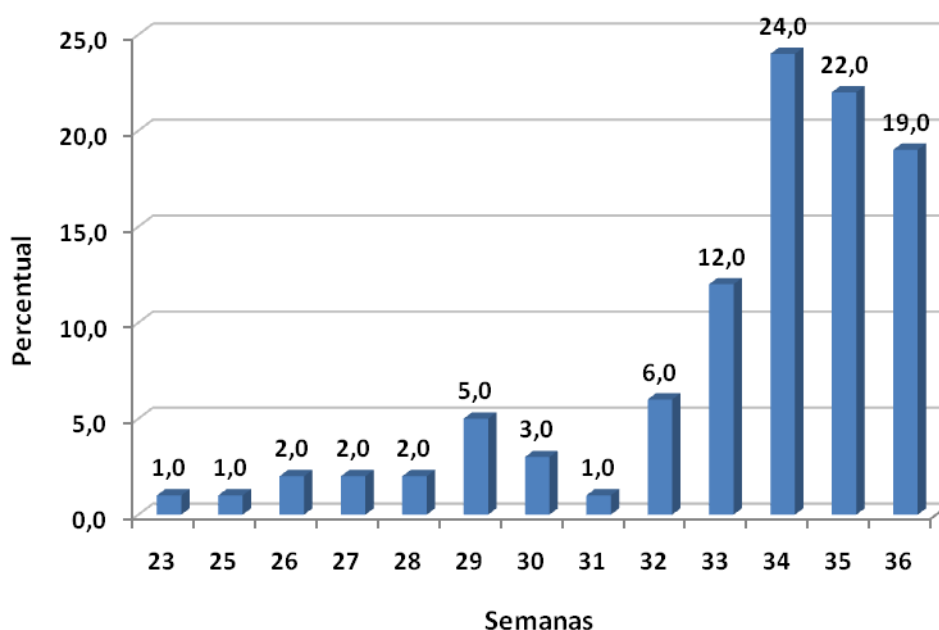
Tabela 12 – Número de abortamentos em puérperas que tiveram parto pretermo atendidas na Fundação Santa Casa de Misericórdia do Pará de julho a outubro de 2010.

Número de abortos	Quantidade	Percentual
Nenhum	88	88,0
Um	7	7,0
Dois	5	5,0
Total	100	100

*p < 0,05 (Teste Qui-quadrado, p < 0,0001)

Fonte: Protocolo de Pesquisa

Em relação aos antecedentes obstétricos a maioria da casuística foi composta por puérperas com gestação anterior, ou seja, multigestas (Tabela 10). As multigestas, apresentaram pelo menos um parto normal anteriormente (Tabela 11), e destas, a maioria não teve abortamentos (Tabela 12).



p < 0,05 (Teste Qui-quadrado, p < 0,0001)

Fonte: Protocolo de Pesquisa

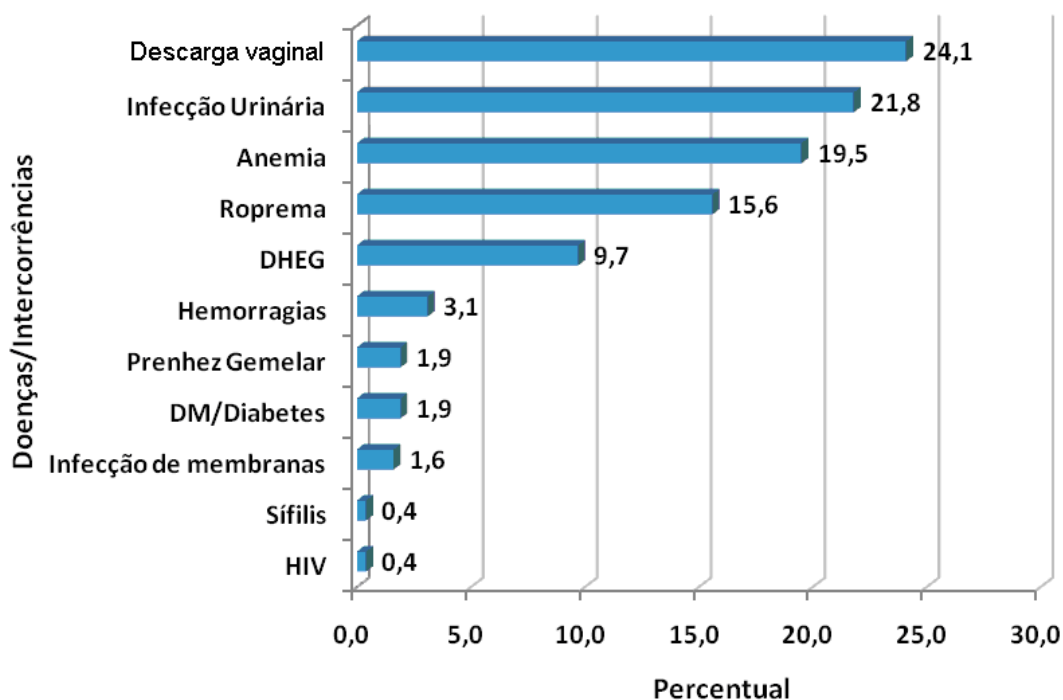
GRÁFICO 5 – Idade gestacional (em semanas) no trabalho de parto em puérperas que tiveram parto pretermo atendidas na Fundação Santa Casa de Misericórdia do Pará de julho a outubro de 2010.

Tabela 13 – Número de consultas pré-natais em puérperas que tiveram parto pretermo atendidas na Fundação Santa Casa de Misericórdia do Pará de julho a outubro de 2010.

Consultas pré-natais	Frequência	Percentual
Nenhuma	1	1,0
1 ↔ 3	21	21,0
4 ↔ 6	50*	50,0
7 ↔ 9	23	23,0
≥ 10	5	5,0
Total	100	100

*p < 0,05 (Teste Qui-quadrado, p < 0,0001)

Fonte: Protocolo de Pesquisa



p < 0,05 (Teste Qui-quadrado, p < 0,0001)

Fonte: Protocolo de Pesquisa

GRÁFICO 6 – Evolução durante a gestação em puérperas que tiveram parto pretermo atendidas na Fundação Santa Casa de Misericórdia do Pará de julho a outubro de 2010

Com relação às características da gestação atual, a casuística foi formada em sua maioria por puérperas com idade gestacional entre 34 e 36 semanas (Gráfico 5); que tiveram entre 4 e 6 consultas pré-natais (Tabela 13); e evoluíram com anemia, infecção urinária, descarga vaginal e rotura prematura das membranas ovulares (Gráfico 6).

6. Discussão

Entre as causas perinatais de mortalidade infantil, 61,4% estão associadas com a prematuridade (SILVEIRA, 2008). Além disso, as implicações econômicas desfavoráveis que se estendem além do período neonatal têm sido cada vez mais preocupantes (BITTAR, ZUGAIB, 2009). Apesar do parto prematuro não apresentar um fator de risco identificável em cerca de 50% dos casos, a pesquisa desses em todas as gestantes é a primeira estratégia que deve ser adotada com o intuito de reduzir a incidência e/ou as complicações inerentes ao parto prematuro (BITTAR, FONSECA, ZUGAIB, 2010).

Neste estudo, mais da metade das puérperas apresentaram pelo menos um fator de risco importante para o parto prematuro, uma prevalência semelhante a alguns estudos nacionais (ARAGÃO, 2004; SILVEIRA, 2010; RAMOS, CUMAN, 2009) e internacionais (G. I. J. G. Rours, 2011). Isto pode ter ocorrido devido à maioria desses estudos terem sido executados em hospitais de referência e/ou universitários, os quais alocam um universo maior de casos, tal qual o presente estudo.

Os fatores de risco para o parto prematuro são bem conhecidos e documentados na literatura, na região amazônica, contudo, pode haver discrepâncias devido à logística e estilo de vida inerente a esta região. Há na literatura pesquisada alguns estudos semelhantes em Belém, porém nenhum com essa delimitação de casuística, o que contribuiu para a definição da metodologia executada.

Quanto ao local escolhido para a pesquisa, a Fundação Santa Casa de Misericórdia do Pará, constitui o maior hospital de referência materno-infantil no Pará, sendo reconhecido por seu suporte em gestações de médio e alto risco. Logo, a escolha do referido hospital sugere a realidade de condições

socioeconômicas, assistências ginecológica e obstétrica que contribuirão ou não para o desfecho em parto prematuro.

O formulário utilizado para o inquérito aplicado a casuística foi elaborado baseado no Manual Técnico de Pré-natal e Puerpério do Ministério da Saúde (BRASIL, 2005) que incentiva ações de atenção pré-natal e puerperal de promoção e prevenção da saúde, além de diagnóstico e tratamento adequado dos problemas que possam vir a ocorrer nesse período. Investigando, neste sentido, a presença de determinantes condições socioeconômicas, mórbidas pessoais, ginecológicas, obstétricas e relacionadas à gestação atual que resultaram em fatores de risco para o parto prematuro.

O parto pre-termo é a intercorrência obstétrica com maior frequência entre adolescentes, em comparação as gestantes de outras faixas etárias. (ROCHA, 2006). As intercorrências relativas à gravidez na adolescência se potencializam quando associadas a condições socioeconômicas e geográficas, bem como à fragilidade da estrutura familiar e dificuldade de acesso aos serviços assistenciais (RAMOS, CUMAN, 2009).

Como descrito nos estudo (ROCHA et al, 2006, RAMOS, CUMAN, 2009 e R. MANRIQUE, 2008) ocorreu uma prevalência maior de partos prematuros em adolescentes, associados à pobreza e ao baixo nível socioeconômico.

Apesar de bem documentada na literatura, a gravidez na adolescência não demonstrou forte associação ao parto prematuro neste estudo. Os dados reforçam a associação entre parto prematuro e gravidez em adultas jovens – na faixa etária entre 19 e 29 anos. Tal fato também foi descrito por Yuan et al. (2010), Aragão et al. (2004), Sclowitz; Santos. (2006) e por G. I. J. G. Rours et al. (2011).

Estes estudos, entretanto, apenas descrevem os achados; não associando a um fator causal. No presente estudo, associa-se o parto prematuro a gestantes adultas jovens por estas comporem a maior parte da

casuística e também pelo fato da maioria destas residirem no interior do estado do Pará, onde sabidamente há precária assistência médica, deficiência de tráfego e deficiência socioeconômica. Assim, a idade adulta das gestantes não significa, isoladamente, um fator de risco para o parto prematuro. Ao associar-se, porém, a localidade onde residem essas gestantes, isto vem a ser um fator de risco para o parto prematuro.

O estudo de Silva et al. (2010) atribui o aumento da idade das puérperas às mudanças no papel social que estas vêm exercendo durante as últimas décadas, preferindo ter seus filhos após adquirirem uma condição estável no mercado de trabalho e concomitantemente aumentando o risco das complicações obstétricas. Ou, em contrapartida, a mudança do estilo de vida da mulher atual que inicia precocemente sua vida sexual.

Os baixos índices de escolaridade impedem o acesso a informações e a medidas de prevenção e promoção à saúde fundamentais para adequação da vida pessoal e reprodutiva. A falta de políticas e de mecanismos que assegurem a todos os segmentos o acesso à escola, associada à evasão escolar e à repetência, está sempre associada a precárias condições socioeconômicas. Nesse sentido, a educação e a formação informal, pela qual se pode realizar promoção de conhecimentos e práticas de saúde, aliadas à escola e a outras instituições, promovem a busca de transformações sociais (RAMOS, CUMAN, 2009).

Quanto à escolaridade, observa-se neste estudo, que a maior parte da casuística é composta por puérperas consideradas de baixa escolaridade, – ensino médio incompleto – que somam 51% da casuística. Este achado é corroborado por Ramos; Cuman.(2009), Yuan et al. (2010), Silveira et al. (2010) e Aragão et al. (2004).

Já os estudos de Silveira et al. (2009), Silva et al. (2009) contestam esse fato ao afirmarem que a baixa escolaridade por si só não é um bom preditor de prematuridade, porém ao associar-se com o número consultas pré-natais,

esse dado passa a ter significância, pois quanto maior o nível de escolaridade, maior o acesso a serviços de saúde de qualidade, o que diminui a incidência de partos prematuros.

A baixa escolaridade encontrada na maior parte da casuística deste estudo reflete diretamente a renda média salarial encontrada – 82% recebem até 3 salários mínimos. Uma vez que, sem um nível adequado de escolaridade, torna-se difícil o acesso a empregos com melhores remunerações. (ARAÚJO, TANAKA, ACd'A, 2007). Fato este também descrito na maior parte dos estudos pesquisados (ARAGÃO et al. 2004, BETTIOL et al. 2010, YUAN et al. 2010, SILVEIRA et al. 2009).

O estilo de vida da mulher sem companheiro, a falta de apoio de um parceiro, a desagregação familiar e a discriminação imposta pela família e pela própria sociedade parecem contribuir para aumentar o estresse psicológico e, provavelmente, desencadear o início do trabalho de parto prematuro, é o que afirma Silva et al. (2009).

No entanto no presente estudo, a maior parte da casuística foi composta por puérperas em situação conjugal estável – 74% possuíam um companheiro. Pressupõe-se então, que essas mulheres tiveram apoio familiar, psicológico e afetivo durante a gestação, o que contestaria a afirmação deste autor. Porém, dentre a literatura pesquisada não houve relatos de casos semelhantes, ou que favoreçam essa hipótese. Logo não expressa forte associação entre parto prematuro e união estável.

O efeito deletério do tabaco parece estar relacionado às alterações angiocapilares por ele provocadas na circulação materna. (SILVA et al, 2009). Alguns trabalhos demonstraram prevalências chegando a 20% de gestantes consumidoras de tabaco durante a gestação. A exposição ao álcool traz agravos à saúde da mãe, como doenças cardiovasculares, câncer, depressão e distúrbios neurológicos. Em relação ao consumo de álcool, a prevalência na

gestação varia entre 0,5 e 62,0%, dependendo do tipo de estudo e do método de investigação utilizados (FREIRE, PADILHA, SAUNDERS, 2009).

Neste estudo, a maior parte da casuística foi composta por puérperas não expostas ao álcool e/ou tabaco durante a gestação – revelando em média 90% de não expostas. Não havendo, portanto, significância estatística, neste estudo, entre consumo de álcool e/ou tabaco e parto prematuro. Este achado sugere um maior aporte afetivo e social durante a gestação, uma vez que a maior parte das entrevistadas (74%) possuía um companheiro durante a gestação.

O que corrobora com os achados de Freire, Padilha, Saunders. (2009), no qual a situação marital instável foi fator preditor para o uso de ambas as substâncias. Na literatura, constata-se a associação significativa entre etilismo e situação marital, podendo ser o consumo por estas mulheres duas vezes maior do que entre as casadas; o que também é relatado no estudo de Moraes & Reichenheim (2007). Isso se deve ao fato de que a gestação em mulheres solteiras está freqüentemente associada a outros fatores de risco para o uso de bebida alcoólica, como baixa escolaridade, baixo nível socioeconômico e gravidez indesejada.

No Brasil 21,3% dos óbitos maternos ocorridos nos anos de 1996-1997 foram atribuídos às causas indiretas, que envolvem as doenças pré-existentes complicadas pela gestação. A assistência perinatal adequada e a orientação sobre planejamento familiar pode ter contribuído para a redução destes óbitos nos anos seguintes (DOURADO, PELLOSO, 2007).

No estudo de Fonseca et al. (2002), onde foram pesquisadas 1.000 mulheres, 8,6% eram portadoras de doenças crônicas. As doenças mais freqüentes entre as pacientes foram hipertensão arterial sistêmica (30,2%), asma (11,6%), epilepsia (9,3%), arritmias cardíacas (5,8%) e diabetes (4,6%). No estudo de Guerra et al. (2008) eram portadoras de doença crônica 9,3%,

sendo as mais citadas: hipertensão arterial sistêmica (40,4%), asma (24,6%), diabetes mellitus (10,5%), doenças da tireóide (8,8%) e epilepsia (5,3%).

Já o estudo de Yuan et al. (2010), as condições médicas mais comuns encontradas no momento do parto prematuro foram anemia, problemas respiratórios, distúrbios psiquiátricos, hipertensão, doença renal, doenças sexualmente transmissíveis e anormalidades uterinas. As menos comuns encontradas foram doenças cardíacas, doença tireoidiana e diabetes.

Neste estudo observou-se que a maior parte da casuística foi composta por mulheres que possuíam alguma doença crônica pré-existente (59.3%), dentre as quais, as mais comuns foram hipertensão (9.7%) e diabetes (6.2%), as menos comuns encontradas dividem-se em cardiopatias, pneumopatias, doenças auto-imunes, neuropatias e distúrbios psiquiátricos. Ratificando os achados de outros autores.

Conhecer, sob o enfoque dessas gestantes, o acontecimento da concepção, a programação e o desejo de ter um filho, mesmo tendo conhecimento de que tinham um agravo anterior a gestação, poderia ter contribuído com os profissionais da saúde para a melhoria do cuidado e assistência às gestantes, reduzindo os riscos de complicações, como o parto prematuro (DOURADO, PELLOSO, 2007).

Sabe-se que o conhecimento e a orientação sobre o planejamento familiar têm importante impacto na saúde da mulher e da criança, beneficiando a prevenção seletiva das gestações de alto risco e de morte materna por causas obstétricas indiretas, além de oportunizar o bem-estar físico, psíquico e social para as pessoas já que possibilita ter filhos no número e momento definidos pela mulher e seu companheiro (DOURADO, PELLOSO, 2007; AMORIM, et al. 2009).

A avaliação de risco gestacional deve ser realizada em todas as consultas, seguindo os critérios para sua caracterização, e a gestante deve ser encaminhada ao pré-natal adequado à sua situação. A ausência de cuidados pré-natais está associada a um aumento do risco de baixo peso ao nascer, partos prematuros e mortalidade materna e infantil (RAMOS, CUMAN, 2009).

Quando a mulher adquire uma doença sexualmente transmissível durante a gravidez, pode ocorrer abortamento espontâneo, morte fetal, prematuridade, feto hidrópico, recém nascidos sintomáticos e assintomáticos (CAMPOS et al. 2008).

A maior parte da casuística deste estudo foi composta por puérperas que não apresentaram doenças sexualmente transmissíveis durante a gestação, não sendo este fator associado à ocorrência de parto prematuro. Este achado também foi descrito nos estudos de (SILVA et al. 2009; SILVEIRA et al. 2009).

Cumprido ressaltar que dentre a literatura pesquisada houve poucos achados que relacione o parto prematuro a doenças sexualmente transmissíveis, o que pode ser explicado pela pobre investigação metodológica. Outrora, quando presentes, pouco se associavam a ocorrência de parto prematuro devido à baixa prevalência na casuística; não representando significância estatística.

Apesar de, em cerca de metade dos casos, o parto prematuro ser considerado de etiologia desconhecida, ocorre com frequência a associação de fatores de risco maternos e fetais, que podem ser classificados em epidemiológicos, obstétricos, ginecológicos, clínico-cirúrgicos, genéticos, iatrogênicos e desconhecidos (BITTAR, ZUGAIB, 2009).

Simon et al. (2005) fez uma análise retrospectiva descritiva de 75 prontuários de gestantes com leiomiomas atendidas em hospital terciário, no período de janeiro de 1992 a janeiro de 2002 e relata que o diagnóstico de

leiomiomas uterinos durante a gravidez é mais freqüente na atualidade que no passado e hoje sua incidência varia de 0,09 a 3,9%.

Um dos motivos seria a tendência atual da mulher moderna em postergar suas gestações para o extremo superior de sua vida reprodutiva, sobretudo após os 30 anos, ocasião em que os leiomiomas são mais comuns. As complicações são freqüentemente associadas a gestações com leiomiomas uterinos: apresentação fetal anômala, trabalho de parto pré-termo.

Naquele estudo o parto pré-termo ocorreu em 10 das 62 pacientes (16%), índice parecido aos encontrados na literatura. Vários autores associam a presença de múltiplos leiomiomas com aumento de contrações uterinas e conseqüente maior freqüência de parto pré-termo, com índices que variam de 15,6 a 21,5%, este último número em mulheres com a síndrome dolorosa dos leiomiomas na gravidez.

Neste estudo não houve significância estatística na associação parto prematuro e miomatose uterina, uma vez que a maior parte da casuística foi composta por puérperas que não apresentaram esta afecção (91%). O que se justifica pela maior prevalência de puérperas antes dos 30 anos de idade, momento no qual é menos comum a incidência de leiomiomas uterinos.

A flora cérvico-vaginal normal é um dos mecanismos de defesa contra o crescimento e ascensão de patógenos. Na gestação, o desequilíbrio da flora vaginal, principalmente a vaginose bacteriana, e também pelo HPV, favorece colonização por microorganismos associados a complicações da evolução da gestação (LAJOS et al. 2008).

As manifestações clínicas da infecção devem ser pesquisadas durante a avaliação pré-natal rotineira, sobretudo através de exame ginecológico e perianal cuidadosa, seguido de coleta para a colpocitologia oncológica (SILVEIRA et al. 2008).

A gravidez pode ser, ainda, o único contato que uma mulher em idade reprodutiva tem com os serviços de saúde. Trata-se, portanto, de valiosa oportunidade para intervenções direcionadas à promoção da saúde da mulher como um todo. O Ministério da Saúde recomenda iniciar acompanhamento da gestante no primeiro trimestre de gravidez e a realizar pelo menos seis consultas (NEUMANN et al. 2003).

Cabe discutir neste estudo, que a maior parte da casuística foi composta por puérperas que realizaram o exame colpo-oncótico há um ano ou mais, ou ainda, que nunca realizaram, somando 86%. Demonstrando que não foi realizado esse rastreio durante as consultas de pré-natal. O que contraria o preconizado pelo Ministério da Saúde, no sentido de diminuir complicações durante a gestação, parto e puerpério tanto para a mãe quanto para o bebê.

O que pode ser associado como fator de risco para o parto prematuro, uma vez que a maior parte da casuística não realizou o exame de rastreio. Posto que o exame colpo-oncótico além de investigar a presença de lesões por HPV (precursor de câncer de colo uterino), também investiga presença de microorganismos patogênicos para a microbiota do canal endocervical.

O que, sabidamente, está associado a fatores de indução do parto prematuro. Uma vez que, se presentes, esses microorganismos (como bactérias que causam vaginose), seriam responsáveis pelo aumento de citocinas (IL-6, IL-8) na região endocervical, sendo estas informações concordantes com a hipótese de infecção ascendente do trato genital inferior, na etiologia do trabalho de parto prematuro (LAJOS et al. 2005).

Apesar da maioria da casuística ser composta por puérperas que fizeram entre quatro a seis consultas de pré-natal – 50% (o mínimo preconizado pelo Ministério da Saúde); isso não refletiu uma assistência ao pré-natal de qualidade, pois, a maioria não foi submetida ao exame colpo-oncótico.

O que demonstra a fragilidade do sistema de saúde público, no que tange a assistência materno-infantil e contrariando dados de que a qualidade pré-natal tem aumentado na última década, em vista do aumento da quantidade de consultas (SILVEIRA. LMS, et al, 2008). Qualificando o pré-natal insuficiente como fator de risco para o parto prematuro neste estudo. O que é corroborado por vários estudos (LAJOS et al. 2005; NEUMANN et al. 2003).

A prematuridade como causa de mortalidade infantil tem sido estudada em diferentes países, e os estudos constatam que inúmeras são as causas que levam um bebê a nascer prematuro, especialmente as relacionadas ao aparelho genital feminino. Outros fatores incluem: primiparidade (mais freqüente no primeiro filho) (RAMOS, CUMAN, 2009).

No estudo de Rocha et al. (2006), foi encontrado uma taxa de 14,3% a 24,3% de parto pré-termo em primigestas; já o estudo de Scowitz, Santos (2006) este achado, demonstrando em sua revisão de estudos uma taxa maior de partos prematuros em mulheres que tiveram sucessivas gestações, com ênfase para aquelas que tiveram intervalo gestacional menor que doze meses.

Neste estudo a maior parte da casuística foi composta por puérperas multigestas, somando 54%; e destas a maioria teve pelo menos um parto normal anterior e não teve abortamentos. O que corrobora com o estudo de Scowitz, Santos (2006), entretanto, cumpre ressaltar que naquele estudo devido à grande variação metodológica entre os estudos a revisão bibliográfica ficou prejudicada.

No presente estudo a idade gestacional da maioria das puérperas que tiveram parto pré-termo variou de 34 a 36 semanas, compondo 50% da casuística encontrada. Achados descritos também nos estudos de Silva et al. (2009), Calcines et al. (2010) e nos estudos de Silveira et al. (2008). Entretanto neste último estudo, a idade gestacional em grande parte dos estudos revisados foi calculada pelo método do capurro, não assegurando com eficácia a casuística do estudo.

A anemia é um dos problemas nutricionais mais freqüentes em mulheres grávidas em todo o mundo, e após o fumo é o fator de risco evitável mais importante para o parto prematuro. Segundo Yuan et al. (2010) mesmo a moderada anemia (<10.5 g/dl) está associada com nascimento prematuro.

No presente estudo, 50% da casuística estudada apresentaram anemia ao longo da gestação. O que pode ser justificado pela baixa escolaridade uma vez que está associada ao baixo padrão socioeconômico, e por vezes, impede o adequado entendimento e adesão de orientações importantes para o bom andamento da gestação. Como por exemplo, a mudança de hábitos nutricionais para a prevenção da anemia.

O parto pré-termo tem sido apontado como principal complicação da infecção do trato urinário (SILVA et al. 2010; SILVEIRA, et al. 2010). Nesta situação, o início do trabalho de parto ocorre em consequência à resposta inflamatória, com produção de quimioquinas e fosfolipase A2 e C bacterianas ou pela colonização do fluido amniótico por bactérias oriundas no foco infeccioso que desencadearão a mesma resposta.

Outro mecanismo aventado para a alta incidência de parto prematuro em infecções urinárias é o uso de amplo espectro de antibióticos, principalmente em casos complicados com pielonefrite, abscesso e sepse. (OVALLE et al. 2005), o que diminuiria o tempo de gestação.

Neste estudo 56% das puérperas entrevistadas apresentaram infecção do trato urinário durante a gestação, achado semelhante aos estudos de Silva et al, 2010 e Silveira et al. 2010, porém em menor incidência. A prevalência no atual estudo pode estar artificialmente aumentada posto que não houve exames confirmatórios para atestar a ocorrência de ITU, sendo utilizado somente o questionário como fonte de dados. Em outros estudos, no entanto, foram utilizados exames confirmatórios durante a pesquisa.

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 (SILVA, DEGLMANN, COSTA, GIACOMETTI, 2010; COBUCCI, CORNETTA, GONÇALVES, 2009).

Vários autores consideram a infecção responsável por 40% dos partos prematuros, e a vaginose bacteriana (VB) como a infecção mais comum do trato genital inferior da mulher, citando que sua identificação deve ser um dos objetivos da assistência pré-natal (GIACOMETTI, 2010; COBUCCI, CORNETTA, GONÇALVES, 2009; LAJOS et al. 2008).

Neste estudo, 62% da casuística foi composta por puérperas que relataram descarga vaginal durante a gestação, o que foi caracterizado como vaginose bacteriana, posto que apresentou boa resposta ao tratamento clínico, segundo informações dadas pelas puérperas. Fato ratificado pelos estudos de Giacometti (2010); Cobucci, Cornetta, Gonçalves (2009); Silva et al. (2009).

Entretanto, vale relatar que dentre a literatura pesquisada, a maioria utilizou métodos confirmatórios para afirmar a presença de infecção vaginal bacteriana. No atual estudo, não foram utilizados métodos confirmatórios para ratificar a vaginose bacteriana, valendo-se somente da entrevista colhida para justificar os dados. O que poderia aumentar a prevalência do estudo, contudo, há semelhanças estatísticas com outros estudos.

A invasão microbiana da cavidade amniótica se apresenta entre 30% e 50% das pacientes com roturas prematuras das membranas e partos prematuros. (OVALLE et al. 2005). Acredita-se que os agentes etiológicos responsáveis pela infecção neonatal grave são originados principalmente de mães com o trato genital inferior colonizado. Há ascensão destes patógenos pela endocérvice, atingindo a decídua, membranas fetais, líquido amniótico e feto. (LAJOS et al. 2008).

No estudo de Lajos et al. (2008), 42,6% das gestantes foram internadas com o diagnóstico de rotura prematura das membranas e evoluíram com trabalho de parto prematuro. Resultado semelhante ao encontrado neste estudo, onde 40% das puérperas entrevistadas também evoluíram com trabalho de parto prematuro após o diagnóstico de rotura prematura das membranas. O que pode sugerir risco associado entre rotura prematura das membranas e parto prematuro.

Os achados do presente estudo evidenciam a necessidade de novas pesquisas dentro do tema, no intuito de melhorar a assistência ao pré-natal, ampliar o rastreio de gravidez de alto risco e tratar adequadamente as comorbidades que complicam a gravidez e levam ao parto prematuro. Permitindo dessa forma, qualidade de vida das mães e o bom desenvolvimento de seus filhos

7. Conclusão

Através dos dados obtidos nessa casuística foram avaliados os fatores de risco ao parto prematuro em gestantes atendidas na Fundação Santa Casa de Misericórdia do Pará. Neste estudo, dentro dos aspectos sociais, a baixa escolaridade, a faixa etária situada entre 19 e 24 anos de idade; renda salarial baixa; o fato de residirem no interior do estado onde a assistência médica é insuficiente, revelaram forte associação com o parto prematuro. Outra forte associação ao parto prematuro está no fato da maior parte da casuística possuir mais de uma gestação anterior, doenças crônicas preexistentes; receber baixa assistência pré-natal e evoluírem com anemia, infecção trato urinário, descarga vaginal e rotura prematura das membranas ovulares durante a gestação.

Referencias Bibliográficas

AMORIM, MMR. et al. Fatores de risco para a gravidez na adolescência em uma maternidade-escola da Paraíba: estudo caso-controlado. **Rev Bras Ginecol Obstet.**; 31(8):404-10, 2009.

ARAGÃO, VMF et al. Risk factors for preterm births in São Luís, Maranhão, Brazil. **Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro**, 20(1): 57-63, jan-fev, 2004.

ARAÚJO BF, TANAKA, ACd'A Fatores de risco associados ao nascimento de recém-nascidos de muito baixo peso em uma população de baixa renda. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 23(12): 2869-2877, dez, 2007.

BETTIOL. H, et al. Epidemiologia do nascimento pré-termo: tendências atuais. **Rev Bras Ginecol Obstet.**; 32(2): 57-60, 2010.

BITTAR. R; ZUGAIB. M. Indicadores de risco para o parto prematuro. **Rev Bras Ginecol Obstet.** 31(4): 203-9 2009

BITTAR.E; CARVALHO, M.H; ZUGAIB.M. Conduas para o trabalho de parto **Rev. Bras. Ginecol. Obstet.** vol.27 no.9 Rio de Janeiro Sept. 2005.

BITTAR, RE. FONSECA, EB. ZUGAIB, M. Predição e prevenção do parto pré-termo. **FEMINA** vol. 38 nº 1 Janeiro 2010.

BRASIL, Ministério da Saúde. Pré-natal e Puerpério: atenção qualificada e humanizada – manual técnico/Ministério da Saúde. **Normas e Manuais Técnicos – Série Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos** –. Caderno nº 5 163 p. 2005.

CALCINES et al. Crecimiento postnatal del pretérmino bajo peso para su edad gestacional hasta el año. **Arch. Méd. Chamaquey** (14) 1, Feb, 2010.

CAMPOS, et al. Significado laboratorial dos baixos títulos de VDRL para o diagnóstico da sífilis em gestantes, à luz das provas treponêmicas. **DST – J bras Doenças Sex Transm**; 20(1): 12-17, 2008.

CARVALHO, M.H. et al. Associação da Vaginose Bacteriana com o Parto Prematuro Espontâneo. **Rev. Bras. Ginecol. Obstet.** - v. 23, nº 8, 2001.

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**, Rio de Janeiro, 24(5):1024-1032, mai 2008.

COBUCCI, RNO. CORNETTA, MCM. GONÇALVES, AKS. Papel do rastreamento e tratamento sistemático das infecções vaginais na prevenção do parto pré-termo. **FEMINA**, vol 37, nº 10, Outubro 2009.

DOURADO VG, PELLOSO SM. Gravidez de alto risco: o desejo e a programação de uma gestação. **Acta Paul Enferm**; 20(1): 69-74, 2007.

FONSECA, MRCC da et al. Prevalência do uso de medicamentos na gravidez: uma abordagem farmacoepidemiológica. **Rev Saúde Pública**; 36(2): 205-12 2002.

FREIRE. K, PADILHA. PC, SAUNDERS. C. Fatores associados ao uso de álcool e cigarro na gestação **Rev Bras Ginecol Obstet.**; 31(7):335-41, 2009.

FREIRE, T.M; MACHADO, J.C; MELO, E.V, MELO, D.G. Efeitos do consumo de bebida alcoólica sobre o feto. **Rev Bras Ginecol Obstet.**; 27(7): 376-8 2005.

GAMA, S.G.N, et al. Gravidez na adolescência como fator de risco para baixo peso ao nascer no Município do Rio de Janeiro, 1996 a 1998. **Rev Saúde Pública.** 35(1): 74-80, 2001.

GAMA, S.G.; SZWARCOWALD, L.C.; LEAL, M.C. Experiência de gravidez na adolescência, fatores associados e resultados perinatais entre puérperas de baixa renda **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 18(1):153-161, jan-fev, 2002.

G. I. J. G. Rours et al. Chlamydia trachomatis infection during pregnancy associated with preterm delivery: a population-based prospective cohort study **Eur Journal Epidemiol**, 26:493–502, 2011

GONZALEZ-MERLO. J, et al. Aumento de la gestación múltiple. Repercusión en la morbimortalidad materno-fetal. **Clin Invest Gin Obst.** 32(5):184-93, 2005.

GOULART, VALLE, DAL-PIZOLL e col. Fatores de Risco para o Desenvolvimento de Sepsis Neonatal Precoce em Hospital da Rede Pública do Brasil. **Revista Brasileira de Terapia Intensiva.** Vol. 18 Nº 2, Abril – Junho, 2006.

GUERRA, et al. Utilização de medicamentos durante a gravidez na cidade de Natal, Rio Grande do Norte, Brasil. **Rev Bras Ginecol Obstet.** 30(1):12-8, 2008.

LAJOS GJ, et al. Colonização bacteriana do canal cervical em gestantes com trabalho de parto prematuro ou ruptura prematura de membranas. **Rev Bras Ginecol Obstet.**; 30(8):393-9, 2008.

LEOPÉRCIO, WALDIR, et al. Tabagismo e suas peculiaridades durante a gestação: uma revisão crítica. **Jornal Brasileiro de Pneumologia** 30(2) - Mar/Abr 2004.

MORAES, CL & REICHENHEIM, ME. Rastreamento de uso de álcool por gestantes de serviços públicos de saúde do Rio de Janeiro. **Rev Saúde Pública**;41(5):695-703, 2007.

NEUMANN, N.A. et al. Qualidade e equidade da atenção ao pré-natal e ao parto em Criciúma, Santa Catarina, Sul do Brasil. **Rev. Bras. Epidemiol.** Vol. 6, Nº 4, 2003.

OVALLE. A et al. Invasión microbiana de la cavidad amniótica en la rotura de membranas de pretérmino: Resultados maternoneonatales y patología placentaria según microorganismo aislado. **Rev Méd Chile**; 133: 51-61, 2005.

RADES, E.; BITTAR, R.; ZUGAIB, M. Determinantes Diretos do Parto Prematuro Eletivo e os Resultados Neonatais. . **Rev. Bras. Ginecol. Obstet.** - v. 26, nº 8, 2004.

RAMOS, H.A.C; CUMAN, R.K.N. Fatores de Risco para a prematuridade: Pesquisa documental. **Esc Anna Nery Rev Enferm** abr-jun; 13 (2): 297-30, 2009.

REZENDE, F. **Obstetrícia Fundamental**. 11 ed. Rio de Janeiro: Guanabara e koogan. 2008.

R. MANRIQUE, et al. Parto pretérmino en adolescentes. **Rev Obstet Ginecol Venezuela**. 68(3): 144-149 2008.

ROCHA, et al. Prematuridade e baixo peso entre recém-nascidos de adolescentes primíparas. **Rev Bras Ginecol Obstet.**; 28(9): 530-5 2006.

SCLOWITZ, IKT. SANTOS, IS. 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. **Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro**, 22(6): 1129-1136, jun, 2006.

SILVA JC, DEGLMANN RC, COSTA JG, GIACOMETTI C. Relação entre vaginose bacteriana e prematuridade. **FEMINA**, vol 38, nº 2, Fevereiro 2010.

SILVA, et al. Fatores de risco associados ao parto pré-termo em hospital de referência de Santa Catarina. **Revista da AMRIGS**, Porto Alegre, 53 (4): 354-360, out.-dez. 2009.

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

SILVEIRA. LMS, et al. Gestação e papilomavírus humano: influência da idade materna, período gestacional, número de gestações e achados microbiológicos. **RBAC**, vol. 40(1): 43-47, 2008.

SILVEIRA MF et al. Aumento da prematuridade no Brasil: revisão de estudos de base populacional. **Rev Saúde Pública**; 42(5): 957-64 2008.

SILVEIRA, MF et al. Determinants of preterm birth: Pelotas, Rio Grande do Sul State, Brazil, 2004 birth cohort. **Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro**, 26(1): 185-194, jan, 2010.

SIMON, et al. Leiomiomas uterinos e gravidez. **Rev Bras Ginecol Obstet.** 27(2): 80-5, 2005.

TIAGO, L.F.; CALDEIRA, A.P.; VIEIRA, M.P. Fatores de risco de baixo peso ao nascimento em maternidade pública do interior de Minas Gerais. **Pediatria - São Paulo** 30(1): 8-14, 2008.

YUAN, et al. Analysis of preterm deliveries below 35 weeks' gestation in a tertiary referral hospital in the UK. A case-control survey. **BMC Research Notes**, 3:119, 2010.

APÊNDICE A

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

FATORES DE RISCO PARA O PARTO PREMATURO EM PUÉRPERAS COM PARTO PRÉ-TERMO ATENDIDAS NA FUNDAÇÃO SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DO PARÁ

1. DADOS SÓCIOECONÔMICOS	
A) Nome (Iniciais):	
B) Idade:	G) Procedência:
C) Estado Civil:	H) Escolaridade:
D) Naturalidade:	I) Profissão:
E) Residência:	J) Religião:
F) Renda Familiar:	
2. ANTECEDENTES PESSOAIS	
A) Tem ou Teve Alguma das Doenças Crônicas abaixo?	
Cardiopatia <input type="checkbox"/> Pneumopatia <input type="checkbox"/> Nefropatia <input type="checkbox"/> Neuropatia <input type="checkbox"/> Hepatopatia <input type="checkbox"/> Doença Hematológica <input type="checkbox"/> Hipertensão <input type="checkbox"/> Diabetes <input type="checkbox"/> Doença Auto-imune <input type="checkbox"/> Doença Infecto-contagiosa <input type="checkbox"/>	
B) Fez uso de cigarro em qualquer momento da gestação? Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	
C) Fez uso de Bebida alcoólica em qualquer momento da gestação? Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	
D) Já fez transfusão Sanguínea? Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	
3. ANTECEDENTES GINECOLÓGICOS:	
A) Ciclos Menstruais Regulares? Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	
B) Uso de Métodos anticoncepcionais prévios? Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	
Pílula <input type="checkbox"/> Preservativo <input type="checkbox"/> DIU <input type="checkbox"/> Diafragma <input type="checkbox"/>	
Por quanto Tempo? _____	
C) História de Esterilidade / Infertilidade? Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	
Por quanto Tempo? _____	
D) Doenças Sexualmente transmissíveis? Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	
Realizou Tratamento? Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	
Parceiro realizou Tratamento? Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	
E) Ginecopatias? Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	
Mioma <input type="checkbox"/> Malformação Uterina <input type="checkbox"/> DIP <input type="checkbox"/> Tumores <input type="checkbox"/> Endometriose <input type="checkbox"/> Outras <input type="checkbox"/>	
F) Cirurgias Ginecológicas? Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Idade: _____ Motivo: _____	
G) Último PCCU (Preventivo): Resultado: _____	
4. ANTECEDENTES OBSTÉTRICOS:	
A) Nº Gestações Anteriores: _____ Partos Normais: _____ Cesáreas: _____ Abortos: _____	
B) Intercorrências ou Complicações em Gestações Anteriores: _____	
Hipertensão <input type="checkbox"/> hemorragia <input type="checkbox"/> Eclampsia <input type="checkbox"/> Infecção <input type="checkbox"/> Sem Intercorrências <input type="checkbox"/> outra <input type="checkbox"/>	
C) Nascimento a Termo? Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	
5. GESTAÇÃO ATUAL:	
A) IG no TPP:	
B) Nº Consultas pré-natais:	
C) Doenças durante a gravidez:	
Anemia <input type="checkbox"/> HIV/AIDS <input type="checkbox"/> Cardiopatia <input type="checkbox"/> Patologia Uterina <input type="checkbox"/> Infecção Urinária <input type="checkbox"/> Sífilis <input type="checkbox"/>	
DM/Diabetes <input type="checkbox"/> DST <input type="checkbox"/> Rubéola <input type="checkbox"/> Toxoplasmose <input type="checkbox"/> Infecção de Membranas <input type="checkbox"/>	
Hemorragias <input type="checkbox"/> DHEG <input type="checkbox"/> Vaginose <input type="checkbox"/> Prenhez Gemelar <input type="checkbox"/> Roprema <input type="checkbox"/> CMV <input type="checkbox"/>	
D) Motivo da Internação Nesta Enfermaria:	
E) Evolução na Internação:	