Fatores de risco associados ao parto pré-termo em hospital de referência de Santa Catarina

Risk factors associated with pre-term labors in a reference hospital in Santa Catarina

Luísa Aguiar da Silva[1], Raquel Gomes Aguiar da Silva[2],
Paulo Fernando Brum Rojas[3], Fernanda de Fátima Laus[4], Thiago Mamôru Sakae[5]

RESUMO

Introdução: O parto pré-termo é um dos grandes problemas de saúde pública, que pouco evoluiu com o avanço da medicina, contribuindo com elevados números para a morbimortalidade infantil. Estudos epidemiológicos têm evidenciado o papel de diversos fatores de risco para a prematuridade, desde pré-natais, ginecológicos, sociais e maternos como raça, idade da mãe, fumo, estado civil, tipo de ocupação. O objetivo deste estudo foi relacionar exposição materna aos fatores de risco para partos pré-termo no Hospital Nossa Senhora da Conceição, em Tubarão (SC), no período de junho a novembro de 2008. **Metodologia:** Estudo caso-controle. Foram incluídas 192 puérperas que tiveram parto pré-termo como casos e com parto a termo como controles 2:1. Para verificar a associação dos fatores estudados à prematuridade, realizou-se a análise de regressão logística múltipla através do programa SPSS 8.0 e foram considerados fatores de risco as razões de chance (OR) >1.0 com intervalo de confiança de 95% significativo. **Resultados:** Após análise de regressão logística, os seguintes itens apresentaram associação com parto prematuro independente do efeito das outras variáveis: ausência de companheiro fixo (OR 7,92), parto pré-termo anterior (OR 11,68), infecção urinária na gestação (OR 4,12), pielonefrite (OR 65,71), vaginose na gestação (OR 21,83), intercorrências na gestação (OR 28,98), sangramento na gestação (OR 14,29) e gestação gemelar (OR 10,85). **Conclusão:** Ausência de companheiro fixo, parto pré-termo anterior, infecção urinária na gestação, pielonefrite, vaginose bacteriana na gestação, intercorrências gestacionais, sangramento durante a primeira metade da gestação e gestação gemelar são fatores de risco estatisticamente significantes para parto pré-termo.

UNITERMOS: Fatores de Risco, Trabalho de Parto Prematuro, Complicações na Gravidez.

ABSTRACT

Introduction: *Pre-term labor is a major problem of public health that has been little improved by the advances in medicine and has contributed to increase the infant morbidity/mortality rates. Epidemiological surveys have evidenced the role of many prenatal, gynecological and social risk factors in prematurity, as well as maternal risk factors like mother's race, age, smoking, marital status, and occupation type. The aim of this study was to investigate maternal exposure to risk factors for pre-term labor in the Hospital Nossa Senhora da Conceição in Tubarão (SC) in the Jun-Nov 2008 period.* ***Methods:*** *A case control study. A total of 192 mothers were included, those who had pre-term labor as cases and those who had term labor as controls (2:1). The studied factors' association with prematurity was calculated by multiple logistic regression using software SPSS 8.0. An odds ratio (OR) >1.0 was considered as risk factor, with confidence interval of 95% as significant.* ***Results:*** *The logistic regression showed that the following items were associated with pre-term labor independently of the effect of other variables: Absence of a steady partner (OR 7.92), previous pre-term labor (OR 11.68), urinary infection during pregnancy (OR 4.12), pyelonephritis (OR 65.71), vaginosis during pregnancy (OR 21.83), intercurrences during gestation (OR 28.98), gestational bleeding (OR 14.29) and twin pregnancy (OR 10.85).* ***Conclusion:*** *Lack of a steady partner, previous pre-term labor, urinary infection during pregnancy, bacterial vaginosis during pregnancy, gestational intercurrences, early gestational bleeding, and twin pregnancy are statistically significant factors for pre-term labor.*

KEYWORDS: *Risk factors, Obstetric Labor, Premature, Pregnancy Complications.*

INTRODUÇÃO

O parto pré-termo, que segundo a Organização Mundial de Saúde é aquele que ocorre após a 20ª e antes da 37ª semana de gestação (1), pode ser classificado em espontâneo, consequência do trabalho de parto espontâneo propriamente dito ou da rotura prematura de membranas, e eletivo, quando ocorre por indicação médica, decorrente

[1] Estudante.
[2] Médica especialista em Ginecologia e Obstetrícia e Professora da Universidade do Sul de Santa Catarina, na disciplina Materno-Infantil.
[3] Mestre em Ciências Médicas. Médico especialista em Ginecologia e Obstetrícia e Professora da Universidade do Sul de Santa Catarina, na disciplina Materno-infantil.
[4] Estudante de Medicina.
[5] Aluno do Doutorado em Ciências Médicas – UFSC. Mestre em Saúde Pública – UFSC. Núcleo de Epidemiologia – UNISUL.

08-445_fatores_de_risco.pmd 354 14/12/2009, 10:53

de intercorrências maternas e/ou fetais (2). A prematuridade eletiva representa 20 a 30% dos partos prematuros, podendo chegar a 35,2% quando gestações múltiplas são incluídas (3).

Atualmente a prematuridade pode ainda ser estratificada em três categorias: leve (entre 32 e 36 semanas de gestação), moderada (28 e 31 semanas) e severa (abaixo de 28 semanas) (4). A ocorrência de morbi-mortalidade perinatal é inversamente proporcional à idade gestacional do parto e permanece ainda como um dos problemas mais importantes da obstetrícia moderna, visto que a incidência dos partos prematuros tem se mantido estável ao longo dos anos, apesar dos esforços para sua prevenção (4).

Estima-se que anualmente, no mundo, 13 milhões de crianças nasçam prematuras (5). No Reino Unido, a incidência do parto prematuro está em torno de 7%, desde 1953; nos Estados Unidos, a incidência está em torno de 10%, sendo a principal causa de morbidade e mortalidade neonatal. No Brasil, as informações sobre os nascimentos prematuros são mais escassas e menos confiáveis; os principais estudos foram realizados na cidade de São Paulo e evidenciaram uma incidência de 22% no Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, sendo que metade dos casos decorre do parto prematuro espontâneo (6); já no Serviço de Obstetrícia do Centro de Atenção Integral à Saúde da Mulher da Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP), aproximadamente 12% dos recém-nascidos têm idade gestacional inferior a 37 semanas (7).

A etiologia do parto pré-termo permanece incerta até porque pouco se sabe sobre o mecanismo intrínseco do desencadeamento do trabalho de parto no termo da gestação quiçá antes dele. Estudos epidemiológicos têm evidenciado o papel de diversos fatores de risco para a prematuridade desde pré-natais sociais e maternos. Vários trabalhos têm demonstrado que fatores maternos como raça, idade da mãe, fumo, estado civil, tipo de ocupação são propulsores para o desencadeamento do parto prematuro (8). Outros autores citam também fatores de ordem genética, exposição a substâncias tóxicas e assistência pré-natal ausente ou tardia (9). Outras prováveis causas têm sido bastante pesquisadas, principalmente aquelas de origem ginecológica e obstétrica, como é o caso do sangramento vaginal persistente durante a gestação, prematuridade anterior, infecção urinária, vaginose bacteriana, mioma uterino, cirurgia ginecológica prévia, entre outras (10).

Essas possíveis causas devem ser investigadas durante o pré-natal, que, segundo o Projeto Diretrizes da Federação Brasileira das Sociedades de Ginecologia e Obstetrícia, deve conter consultas mensais até a 28ª semana, quinzenais entre 28 e 36 semanas e semanais no termo, principalmente nas grávidas com maiores riscos (11).

A prematuridade é a principal causa de morbidade e mortalidade neonatal, sendo responsável por 75% das mortes neonatais. Essa morbidade é expressa em taxas mais altas de síndrome do desconforto respiratório, broncodisplasia e hipoglicemia e, com um ano de vida, maior incidência de doença pulmonar crônica e menor potencial de crescimento (12). Como percebemos, há uma dificuldade na prevenção do trabalho de parto prematuro e ela advém da multiplicidade de causas e fatores desencadeantes e da complexa fisiopatologia.

No presente estudo, procuramos relacionar os fatores de risco associados ao parto pré-termo, numa tentativa de rastreá-los durante a assistência pré-natal e, assim, tentarmos diminuir as altas taxas de nascimento antes da 37ª semana de gestação, contribuindo, também, para a diminuição das morbimortalidades incluídas nesta condição. O reconhecimento e a redução dos fatores de risco maternos e fetais, bem como o monitoramento da morbimortalidade perinatal são essenciais para melhorar a qualidade dos serviços de saúde e possivelmente diminuir as complicações materno-fetais desta patologia (13).

O presente trabalho teve como objetivo relacionar exposição materna aos fatores de risco para partos pré-termo no Hospital Nossa Senhora da Conceição, em Tubarão (SC), no período de junho a novembro de 2008.

METODOLOGIA

Foi realizado um estudo observacional retrospectivo com delineamento do tipo caso-controle. O local do estudo foi o Hospital Nossa Senhora da Conceição (HNSC), situado na cidade de Tubarão, no estado de Santa Catarina (SC), região Sul do Brasil.

Foram envolvidas no estudo puérperas internadas na enfermaria do referido hospital, no período de junho a novembro de 2008. Uma etapa única foi realizada e consistiu em entrevista das pacientes no leito hospitalar, respeitando o pós-operatório para as cesarianas ou pós-parto, aplicando-lhes o questionário sobre os possíveis fatores de risco e análise da carteira pré-natal.

Como casos, foram incluídas no estudo as puérperas com desfecho de parto prematuro (<37 semanas completas) com idade gestacional confirmada por ultrassonografia no primeiro trimestre de gestação ou até a 20ª semana gestacional. Os casos de abortos espotâneos (<20 semanas gestacionais) foram excluídos.

Como controles, foram incluídas as puérperas que tiveram parto a termo (> ou = 37 semanas completas de gestação) confirmada, também com ultrassonografia no primeiro trimestre de gestação ou até a 20ª semana gestacional.

Foi aplicado um questionário confeccionado a partir de revisão bibliográfica devidamente complementado com dados da carteira da gestante. Infecção urinária foi definida como exame qualitativo de urina com mais de 100 leucócitos por campo. Pielonefrite foi definida como a associação do quadro clínico caracterizado por febre, calafrios, dor nos flancos, náuseas e/ou vômitos com o comprometimento do

08-445_fatores_de_risco.pmd 355 14/12/2009, 10:53

ureter, da pelve e/ou do parênquima renal visto no exame de imagem.

Para um erro *alfa* de 5% e poder de 80%, estimando-se uma *odds ratio* de 2,5, comparando-se casos e controles, na proporção de 2 controles para cada caso, a amostra necessária constou de 192 pacientes, sendo 64 casos e 128 controles. Foram sorteados 2 controles, aleatoriamente, com parto a termo para cada caso.

Foram calculadas as *odds ratio* (OR) (razões de chance) das variáveis independentes e consideradas significativas as que apresentaram OR>1 e nível de confiança adotado de 95%. Utilizou-se o teste do *Qui-quadrado* para análise bivariada e Análise de Regressão Logística no modelo multivariado para controle de fatores de confusão.

A confecção do banco de dados foi realizada através do programa *Epidata* 3.1 e a análise através do programa SPSS 8.0.

O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Unisul (CEP) sob registro 08.157.4.01.III. Ele seguiu seguindo as diretrizes e normas regulamentadoras da pesquisa envolvendo seres humanos proposta pela Resolução do Conselho Nacional de Saúde nº 196/1996.

RESULTADOS

Os resultados da análise multivariada após regressão logística são apresentados na Tabela 1.

Após análise multivariada de regressão logística, os seguintes itens apresentaram associação com parto prematuro independente do efeito das outras variáveis: ausência de companheiro fixo (OR 7,92), parto pré-termo anterior (OR 11,68), infecção urinária na gestação (OR 4,12), pielonefrite (OR 65,71), vaginose na gestação (OR 21,83), intercorrências na gestação (OR 28,98), sangramento na gestação (OR 14,29) e gestação gemelar (OR 10,85).

DISCUSSÃO

No atual estudo, a idade gestacional das puérperas que tiveram parto pré-termo variou 28 a 36 semanas, com média de 35 semanas, o sexo dos recém-nascidos foi igualmente distribuído, a média na realização da primeira ultrassonografia foi a 10ª semana, demonstrando uma boa qualidade na assistência pré-natal prestada nos Postos de Saúde da cidade.

O presente trabalho não encontrou significância estatística após regressão logística para relação idade materna inferior a 19 anos, ou seja, gravidez na adolescência com parto pré-termo. Apesar da média de idade ter sido de 25 anos, ela variou de 16 a 41 anos de idade e os extremos da vida reprodutiva apresentaram maior prevalência no grupo prematuro.

Este fato também ocorreu no centro de referência em obstetrícia da cidade de Afula, Israel, num estudo com aproximadamente 1.200 prematuros, no qual os extremos da vida reprodutiva (menos de 21 e mais de 40 anos) estiveram relacionados ao parto antes da 37ª semana. O autor atribui o aumento da idade das mulheres que dão à luz 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 (14). Uma coorte inglesa também não verificou associação da prematuridade com a idade materna inferior a 20 anos, na qual

TABELA 1 – Análise multivariada de regressão logística múltipla ajustada para fatores relacionados à mãe associados ao parto pré-termo no HNSC, na cidade de Tubarão, Santa Catarina

	OR bruto	OR ajustado	IC 95%	p
Idade materna < 19 anos	1,21	0,94	(0,182–4,874)	0,942
Raça negra	0,52	2,34	(0,606–9,092)	0,217
Ausência de companheiro fixo	5,76	7,92	(1,728–36,340)	0,008*
Primeiro grau completo	0,61	0,33	(0,091–1,212)	0,095
Ausência de profissão remunerado	1,23	3,61	(0,532–24,546)	0,189
Renda mensal até 1 salário-mínimo	0,94	0,65	(0,115–3,778)	0,640
Tabagismo	3,51	2,31	(0,404–13,255)	0,346
Uso de medicação durante a gravidez	3,21	4,46	(0,518–38,366)	0,173
Multíparidade	1,25	0,56	(0,129–2,490)	0,453
Aborto prévio	1,84	1,09	(0,229–5,182)	0,914
Parto pré-termo anterior	9,05	11,68	(2,601–52,543)	0,001*
Infecção urinária na gestação	3,06	4,12	(1,221–13,921)	0,022*
Pielonefrite na gestação	8,47	65,71	(3,079–1402,5)	0,007*
HPV tratado	6,82	5,61	(0,360–87,477)	0,218
Vaginose na gestação	4,56	21,83	(3,490–136,659)	0,001*
Intercorrências na gestação	17,29	28,98	(7,136–117,720)	0,000*
Sangramento na primeira metade da gestação	12,13	14,29	(2,403–85,050)	0,003*
Gestação gemelar	10,85	—	—	—
Apresentação não cefálica	7,33	10,62	(1,886–59,871)	0,07

08-445_fatores_de_risco.pmd 356 14/12/2009, 10:53

as gestantes acompanhadas tiveram uma média de 31 anos de idade (15).

Embora alguns trabalhos (16-18) citem a idade materna como fator de risco para o parto pré-termo, este parâmetro não pôde ser correlacionado isoladamente devido aos achados contraditórios encontrados neste estudo.

Nesta instituição, houve uma dificuldade na mensuração da raça das pacientes, citada também em outros estudos brasileiros (19-22), principalmente, pela característica multirracial da nossa sociedade e em especial pela colonização europeia da região sul de Santa Catarina. Diante disso, a raça negra não obteve significância estatística para a ocorrência de parto prematuro.

Não obstante, a literatura mundial cita a maior prevalência dos partos pré-termo mais em alguns grupos raciais, sugerindo, inclusive, uma suscetibilidade genética para a doença. Essa hipótese tem sido apoiada por estudos em mães e fetos que parecem ter uma resposta maior a estímulos infecciosos em virtude da maior liberação de citocinas (23).

Uma coorte americana que analisou os nascimentos da cidade de Missouri por 8 anos e verificou uma frequência de prematuridade 4 vezes maior em negros nascidos vivos, mesmo após o controle de outras variáveis, sugerindo que isso ocorre independentemente de fatores maternos ou socioeconômicos (19). Um estudo multicêntrico e retrospectivo realizado no Reino Unido confirmou que a raça negra é fator predisponente ao parto pré-termo e salientou que os recém-nascidos dessas mães necessitam de um menor tempo de internação hospitalar e tem maior maturidade fetal quando comparados aos recém-nascidos de brancas europeias (20).

No presente estudo outro fator de risco encontrado foi uma chance 7,92 vezes maior de mães sem companheiro fixo que desenvolveram o parto pré-termo como complicação da gravidez. Na cidade de São Paulo, outro estudo semelhante também revelou significância estatística (24). Nesse sentido, em nossa sociedade, 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.

A escolaridade foi outra variável investigada neste trabalho. O primeiro grau completo não demonstrou ser fator de risco para o parto pré-termo e, inclusive, a média de escolaridade das gestantes a termo foi inferior à das gestantes que tiveram seus filhos prematuros. Mesmo assim, a maioria das gestantes entrevistadas abandonaram seus estudos antes de completarem o segundo grau, com uma média de 9,1 anos de estudo, inviabilizando, assim, sua formação profissional e, consequentemente, a média salarial não chegou a um salário-mínimo, refletindo um baixo poder aquisitivo.

O tabagismo, amplamente estudado e relacionado com complicações gravídicas (25), não teve significância estatística nesta pesquisa, o que pode ser explicado pelo baixo número de fumantes entrevistadas. O efeito deletério do cigarro parece estar relacionado às alterações angiocapilares por ele provocadas na circulação materna (25).

O uso de medicamentos durante a gravidez também não representou fator de risco para a prematuridade. Entre os medicamentos considerados na pesquisa, destacam-se os antibióticos e, em menor número, medicações de uso contínuo como anti-hipertensivos, antidepressivos e agentes antiobesidade. Os analgésicos, antiácidos, antieméticos, sais de ferro e suplementos nutricionais foram excluídos dessa variável, já que atingiram um consumo próximo aos 100%.

Na cidade de São Paulo, um estudo entrevistou 1.000 puérperas, interrogando sobre o uso de medicamentos da gravidez e encontrou 94,6% de prevalência. As pacientes com doenças crônicas, bem como as que necessitaram hospitalização, consumiram maior número de medicamentos quando comparadas àquelas com pré-natal normal (26).

Os antibióticos foram os medicamentos mais utilizados, fato que pode ser explicado pelo alto número de processos infecciosos vistos nos casos deste estudo, como: pielonefrite, vaginose e infecção urinária baixa. Outro estudo cita os antibióticos sistêmicos como medicamentos comumente prescritos na gravidez (27). As penicilinas e cefalosporinas foram as drogas mais prescritas no presente estudo, fundamentando suas utilizações no pequeno potencial tóxico para a gestante e para o concepto (27).

O presente estudo revelou que o aborto prévio teve uma fraca significância com o parto prematuro, corroborando pesquisas internacionais e nacionais. Nossos achados estão em concordância com os obtidos por alguns autores (28) que não encontraram essa associação, atribuindo um caráter conflitante a esta variável, devendo ela ser investigada e associada com outros possíveis fatores de risco durante o pré-natal.

As gestantes com parto pré-termo anterior tiveram um risco 11,68 vezes maior de repetir este evento no estudo em questão. Fato observado num estudo norte-americano que avaliou a história reprodutiva materna e observou um risco 6 vezes maior do parto antes da 37ª semana se repetir (28). Há autores que apontam o parto pré-termo prévio como o principal fator de risco para que ele se repita no futuro, inclusive em idades gestacionais próximas (29).

Talvez a ocorrência de partos prematuros sucessivos possa estar associada com alguma característica genética da mulher ou a quadros repetidos de infecção subclínica não tratada e não investigada no pré-natal.

Neste estudo as gestantes com infecção urinária ou pielonefrite tiveram um risco bastante aumentado para nascimentos prematuros, 4,12 e 65,71, respectivamente. Esta associação de infecção urinária com complicações maternas e perinatais já foi bem documentada (25). Um estudo recente realizado na cidade de São Paulo, incluindo 134 gestantes internadas com infecção do trato urinário (ITU), revelou que o parto pré-termo foi a principal complicação

08-445_fatores_de_risco.pmd 357 14/12/2009, 10:53

encontrada e que as uroculturas, naqueles casos, eram geralmente, positivas para *Escherichia coli* e *Streptococcus* do grupo B de Lancefield (30).

O desenvolvimento de infecções urinárias se dá por meio das transformações anatômicas e fisiológicas que ocorrem no trato urinário durante a gravidez, propiciando a colonização e contaminação da via urinária. Já o início do trabalho de parto ocorre em consequência à resposta inflamatória, com produção de quimiocitocinas e fosfolipase A_2 e C bacterianas ou pela colonização do fluido amniótico por bactérias oriundas no foco infeccioso que desencadearão a mesma resposta. De forma geral, as complicações maternas das ITUs são secundárias ao dano tecidual causado por endotoxinas bacterianas, ocorrendo principalmente nos quadros de pielonefrite (31).

Talvez, nesta cidade, os números de casos e controles seriam diferentes, tanto no que diz respeito à infecção urinária baixa quanto para a infecção do trato genital inferior (que será descrito posteriomente), se a pesquisa com *swab* vaginal e anal, com o objetivo de diagnosticar o *Streptococcus* do grupo B, fizesse parte dos exames pré-natais das gestantes da categoria SUS da cidade de Tubarão. Atualmente, o CDC (*Centers for Disease Control and Prevention*) americano e canadense e a Federação Internacional de Ginecologia e Obstetrícia (FIGO) têm orientado a coleta com *swab* vaginal e anal por volta das 35-37 semanas em um pré-natal sem risco e que essa coleta seja antecipada sempre que houver fatores de risco para o parto prematuro (32). Após a copilação dos dados deste estudo sugerimos que a coleta e a pesquisa do *Beta Streptococcus* seja introduzida na rotina do acompanhamento pré-natal nesta cidade.

O Papiloma Vírus Humano (HPV) tratado não esteve relacionado com a ocorrência de parto pré-termo neste estudo. Apesar disso, o tratamento das neoplasias intraepiteliais com conização tem sido associado ao risco de aborto e parto pré-termo em virtude da remoção de colágeno durante o procedimento e consequente diminuição da resistência à tração do colo uterino (33).

A vaginose bacteriana é a infecção mais frequentemente diagnosticada na gestação e pode estar associada a resultados obstétricos desfavoráveis (6). Neste estudo a vaginose bacteriana esteve relacionada significativamente com o parto pré-termo, corroborando outro estudo realizado na cidade de São Paulo, que avaliou 541 gestantes com diagnóstico de vaginose bacteriana (7).

Outros autores (15-32) não associam a vaginose bacteriana com o parto pré-termo, mostrando que, apesar de conhecido que a flora vaginal anormal é um dos principais fatores de infecção intra-amniótica, não se sabe ao certo por que algumas mulheres colonizadas por micro-organismos patológicos não desenvolvam esta complicação. Sendo assim, novas pesquisas devem ser realizadas a fim de determinar a real fisiopatologia dessa infecção no organismo materno.

Este trabalho chamou de intercorrências da gestação algumas patologias que podem levar ao parto pré-termo, como: pré-eclâmpsia, descolamento prematuro de placenta, diabetes gestacional, doença hipertensiva específica da gravidez, placenta prévia, restrição de crescimento fetal e sofrimento fetal. A prematuridade pode acontecer devido à necessidade de interrupção da gravidez, decorrente de complicações que obrigam ou levam à inevitável ocorrência do parto antes de 37 semanas. Nestes casos, a prevenção da prematuridade eletiva exige a prevenção e/ou tratamento da pré-eclâmpsia, diabetes e outras doenças que levam à antecipação do parto (6).

Há autores que atribuem a essas ocorrências o termo *parto prematuro induzido,* já que a retirada do feto antes do termo se dá por indicação médica em virtude de risco materno ou fetal (32).

Vários estudos (3-10) já relacionaram o parto prematuro com sangramento persistente na primeira metade da gestação, confirmando os resultados desta pesquisa. Essa entidade, também chamada de ameaça de abortamento, se resume na ocorrência de sangramento vaginal na primeira metade da gestação, acompanhado ou não de cólicas abdominais, mantendo-se o colo do útero impérvio ao exame clínico. Um estudo retrospectivo realizado na cidade de São Paulo entrevistou 1.531 gestantes e encontrou aumento do risco de prematuridade em pacientes que apresentaram sangramento vaginal na primeira metade da gravidez; este mesmo estudo justificou a associação de prematuridade com sangramento vaginal com a liberação de trombina, proteases e uteroroninas que acarretariam mudanças cervicais c promoveriam contrações uterinas (34).

Outro fator de risco encontrado neste estudo foi a gemelaridade. Num total de 4 gestações múltiplas, 3 foram gestações gemelares e uma trigemelar, todas elas evoluíram com cesárea antes da 37ª semana de gestação. Num estudo com 323 gestações gemelares realizado na cidade de Porto Alegre entre as complicações mais encontradas, a prematuridade foi a mais importante e a média de nascimentos ocorreu com 35,3 semanas de gestação (35). Segundo a literatura, o mecanismo de parto prematuro em gestações múltiplas pode estar relacionado com a distensão uterina, aumento de volume intrauterino, ou relacionados com complicações como insuficiência cervical. No entanto, podem também existir causas específicas endócrinas, como o aumento da quantidade de estrogênio, progesterona e esteroides sexuais produzidos por superovulação ou pela própria gravidez múltipla (1-30).

As apresentações córmica ou pélvica são citadas por alguns autores como fator de risco para o parto pré-termo, assemelhando-se ao encontrado no presente estudo (36).

Tanto fatores que impedem a locação da cabeça para baixo quanto fatores que impedem a versão espontânea do feto podem explicar a persistência destas apresentações anômalas que reduzem ao se aproximar do termo (8). Talvez as apresentações anômalas sejam mais vistas nos partos pré–termo simplesmente porque o feto ainda pode movimentar-se com o decorrer da gestação, aproximadamente até as

08-445_fatores_de_risco.pmd 358 14/12/2009, 10:53

36 semanas (37) e assumir a posição cefálica posteriormente, se o parto foi pré-termo essa movimentação pode não ocorrer e, então, teremos um número maior de apresentações não cefálicas. Diante do que foi exposto acima, a apresentação pélvica pode não ser uma fator real de risco para o parto pré-termo e sim o curso de uma gestação normal que foi interrompida antes do tempo.

CONCLUSÕES

O presente estudo encontrou associação significativa com os seguintes fatores de risco para o parto pré-termo: ausência de companheiro fixo, parto pré-termo anterior, infecção urinária na gestação, pielonefrite, vaginose bacteriana na gestação, intercorrências gestacionais, sangramento durante a primeira metade da gestação e gestação gemelar.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Ramos JG, Martins-Costa S. Parto pré-termo. In: Freitas F, Costa SM, Ramos JGL, Passos EP. Rotinas em obstetrícia. 2. ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1993. pp. 119-29.
2. Tucker JM, Goldenberg RL, Davis RO, Copper RL, Winkler CL, Hauth JC. Etiologies of preterm birth in an indigent population: is prevention a logical expectation? Obstet Gynecol. 1991; 77:343-7.
3. Savitz DA, Blackmore CA, Thorp JM. Epidemiologic characteristics of preterm delivery: etiologic heterogeneity. Am J Obstet Gynecol. 1991; 164:467-71.
4. Moutquin, J. Classification and heterogeneity of preterm birth. Br J Obstetric Gynecol, 2003; 110(20):30-3.
5. Egewarth C, Pires FDA, Guardiola A. Avaliação da idade gestacional de recém-nascidos pré-termo através do exame neurológico e das escalas neonatais e obstétrica. Arq. Neuro-Psiquiatr. 2008; 60(3B): 755-9.
6. Simões JA, Giraldo PC, Cecatti JG, Camargo RPS, Faúndes A. Complicações perinatais em gestantes com e sem vaginose bacteriana. Rev. Bras. Ginecol. Obstet. 1998 set; 20(8):437-41.
7. Carvalho MHB, Bittar RE, Pereira PPASMSV, Zugaib M. Associação da Vaginose Bacteriana com o Parto Prematuro Espontâneo. Rev. Bras. Ginecol. Obstet. 2001 set; 23(8):529-33.
8. Corrêa MD, Corrêa Jr MD. Parto pretermo. In: Rezende J. Obstetrícia. 10 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2005. p. 929-44.
9. Cascaes AM, Gauche H, Baramarchi FM, Borges CM, Peres KG. 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 2008; 24(5): 1024-32.
10. Bezerra LC, Oliveira SMJ, Latorre MRDO. Prevalência e fatores associados à prematuridade entre gestantes submetidas à inibição de trabalho de parto prematuro. Rev. Bras. Saúde Mater. Infant. 2006 jun; 6(2): 223-9.
11. Projeto Diretrizes Associação Médica Brasileira e Conselho Federal de Medicina Federação Brasileira das Sociedades de Ginecologia e Obstetrícia – Assistência pré-natal São Paulo; 2003. Disponível em: http://www.amb.org.br
12. Rades E, Bittar RE, Zugaib M. Determinantes Diretos do parto prematuro eletivo e os resultados neonatais. Rev. Bras. Ginecol. Obstet. 2004. 26(8): 655-62.
13. Almeida SDM, Barros MBA. Atenção à saúde e mortalidade neonatal: estudo caso-controle realizado em Campinas – SP. Rev. Bras. Epidemiol. 2004 mar; 7(1): 22-35.
14. Shlomo E, Weiner E, Zohar N, Eliezer S. Epidemiologic risk factors for preterm delivery. IMAJ. 2002; 4: 1115-17.
15. Oakeshott P, Kerry S, Hay S, Hay P. Bacterial vaginosis and preterm birth: prospective community based – cohort study. Br J Gen Pract. 2004; 54(499): 119-22.
16. Spallici MDB. et al. Estudo de algumas variáveis maternas relacionadas com a prematuridade. Rev. Med. HU-USP. 2000 jun; 10(1).
17. Shiono PH, Klebanoff M. A review of risk scoring for preterm birth. Clin. Perinatol. 1993; 20: 107-24.
18. Gama SGN, Szwarcwald CL, Leal MC. Pregnancy in adolescence, associated factors, and perinatal results among low-income postpartum women. Cad. Saúde Pública. 2002 fev; 18(1): 153-161.
19. Kistka ZA-F, Palomar L, Lee KA, et al. Racial disparity in the frequency of recurrence of preterm birth. Am J Obstet Gynecol. 2007; 196: 131-36.
20. Patel RR, Steer P, Doyle P, Little MP, Elliott P. Does gestation vary by ethnic group? – A London-based study of over 122.000 pregnancies with spontaneous onset of labour. Int J Epidemiol. 2004; 33(1): 107-13.
21. Carvalho PI, Pereira PMH, Frias PG, et al. Fatores de risco para mortalidade neonatal em coorte hospitalar de nascidos vivos. Epidemiol. Serv. Saúde. 2007 set; 16(3): 185-94.
22. Ribeiro VS, Silva AAM, Barbieri MA, Bettiol H, Aragão VMF, Coima LC, Alves MTSSB. Mortalidade infantil: comparação entre duas coortes de nascimentos do Sudeste e Nordeste do Brasil. Revista de Saúde Pública. 2004; 38(6): 773-779.
23. Ward K, Argyle V, Meade M, Nelson L. The heritability of preterm delivery. Obstet Gynecol 2005; 106: 1235.
24. Kilsztajn S, Rossbach A, Carmo MS, Sugahara GT. Prenatal care, low birth weight and prematurity in São Paulo State Brazil. Rev Saúde Pública. 2003; 37: 3003-10.
25. Silva LGP, Almeida MVL, Reis AFF, Pereira JL, Carmo AV, Castro KB Karina. Fatores de risco associados à prematuridade: análise. J. Bras. Ginecol. 2004 out; 106(10): 401-8.
26. Fonseca MRCC, Fonseca E, Bergsten-Mendes G. Prevalence of drug use during pregnancy: a pharmacoepidemiological approach. Rev. Saúde Pública. 2002 abr; 36(2): 205-212.
27. Gomes KRO, Moron AF, Souza SR, Siqueira AAF. Prevalência do uso de medicamentos na gravidez e relações com as características maternas. Rev. Saúde Pública; 2001; 33(3): 246-254.
28. El-Bastawissi AY, Sorensen TK, Akafomo CK, Frederick OI, Xiao R, Williams M A. History of fetal loss and other adverse pregnancy outcomes in relation to subsequent risk of preterm delivery. Matern Child Health J. 2003; 7(1): 53-8.
29. Bloom SL, Yost NP, McIntire DD, Leveno KJ. Recurrence of preterm birth in singleton and twin pregnancies. Obstet Gynecol. 2001; 98:379.
30. Duarte G, Marcolin AC, Gonçalves CV, Quintana SM, Berezowski AT, Nogueira AA. Infecção urinária na gravidez: análise dos métodos para diagnóstico e do tratamento. Rev. Bras. Ginecol. Obstet. 2002; 24(7): 471-477.
31. Duarte G, Marcolin AC, Gonçalves CV, Quintana SM, Carvalho RC. Infecção urinária na gravidez. Rev. Bras. Ginecol. Obstet. 2008; 30(2): 93-100.
32. Schrag S, Gorwitz R, Fultz-Butts K, Schuchat A. Prevention of perinatal group B streptococcal disease. Revised guidelines from CDC. MMWR Recomm Rep. 2002; 51(11): 1-22.
33. El-Bastawissi AY, Becker TM, Daling JR. Effect of cervical carcinoma in situ and its management on pregnancy outcome. Obstet Gynecol. 1999, 93(2):207-12.
34. Watanabe LC, Brizot ML, Pereira PP, Mustafá SA, Toyama J, Zugaib M. Prognóstico de Gestações com Ameaça de Abortamento

08-445_fatores_de_risco.pmd 359 14/12/2009, 10:53

entre a 6ª e a 13ª Semana que Apresentam Embrião/Feto Vivo ao Exame Ultra-sonográfico. Rev. Bras. Ginecol. Obstet. 2002; 24(5): 301-306.
35. Ramos JG, Costa SM, Filho JSC, Souza C, Castilho M Castilho. Complicações da gemelaridade em um hospital universitário. Revista HCPA. 2000; 20(2): 114-8.
36. Souza FM, Apresentação pélvica-rotinas em obstetrícia. Universidade Federal do Rio de Janeiro disponível em: http://latina.obgyn.net/pr/articles/pelvico/index.htm
37. Diretrizes da Assistência ao Pré-natal de baixo risco. Porto Alegre, 2006. Disponível em: http://lproweb.procempa.com.br/.

✉ Endereço para correspondência:
Luisa Aguiar da Silva
Rua Clovis Menel Caliari, 86
88030-355 – Florianópolis, SC – Brasil
☎ (48) 9961-1411
luisa-aguiar@hotmail.com

Recebido: 30/6/2009 – Aprovado: 5/9/2009

08-445_fatores_de_risco.pmd 360 14/12/2009, 10:53