Características dos partos pré-termo em hospital de ensino do interior do Sul do Brasil: análise de 6 anos

Characteristics of pre-term births in a school hospital in the interior of South Brazil: analysis of 6 years

Patrícia Micheli Tabile[1], Raquel Montagna Teixeira[1], Guilherme Toso[1], Rodrigo Cesar Matras[1], Ivana Meiger Fuhrmann[1], Mariana Crespo Pires[1], Leandro Luís Assmann[2]

RESUMO

Introdução: O parto prematuro (PP) tem tido sua prevalência aumentada, representando 9,2% de todos os nascimentos no Brasil. Apesar das inúmeras causas de PP, considera-se na maioria das vezes idiopático. O objetivo do estudo foi avaliar as características dos PP no Hospital Santa Cruz (HSC), relacionando a prevalência de PP com sexo do RN, a faixa etária, paridade materna, número de consultas de pré-natal e cuidados intensivos. **Métodos:** Estudo transversal, observacional e quantitativo, com análise do livro de nascimentos da maternidade do HSC, do ano de janeiro de 2009 a dezembro de 2014. As variáveis analisadas foram: idade gestacional (IG), idade materna, paridade da mãe, via de parto. A análise no SPSS 22.0. **Resultados:** No HSC ocorreram 9667 partos, sendo 1133 (11,72%) PP. Desses PP, o parto cesáreo (PC) correspondeu a 790 (69,80%) e partos vaginais (PV) a 343 (30,20%). Contatou-se que o maior número de PC, em relação a PV, aconteceu em determinadas IG, como nas 33 semanas (74 vs 22), 34 semanas (110 vs 41), 35 semanas (160 vs 74) e 36 semanas (284 vs 113). A IG média foi 33,67 semanas. Quanto ao perfil das mães, evidenciou-se que a faixa etária média foi de 28,15 anos, sendo que 20,74% dos partos prematuros ocorreram nos extremos de idade. **Conclusão:** Constatou-se que o PC foi a via de parto preferencial em caso de prematuridade. Sabe-se que essa realidade pode ter sofrido influência dos riscos inerentes ao PP, somados à ansiedade do obstetra e potencializados pelos fatores de risco associados.

UNITERMOS: Trabalho de Parto Prematuro, Recém-nascido Prematuro, Fatores de Risco.

ABSTRACT

Introduction: *The prevalence of preterm delivery (PD) has increased, now accounting for 9.2% of all births in Brazil. Despite the numerous causes of PD, it is most often considered idiopathic. The aim of this study was to evaluate the characteristics of PD in the Hospital Santa Cruz (HSC), relating the prevalence of PD with newborn gender, age, maternal parity, number of prenatal visits, and intensive care.* ***Methods:*** *A cross-sectional, observational and quantitative study, with an analysis of birth records in the maternity of HSC from January 2009 to December 2014. The variables analyzed were: gestational age (GA), maternal age, maternal parity, and delivery method. The analysis was carried out with SPSS 22.0.* ***Results:*** *In the HSC, 9,667 births and 1,133 (11.72%) PDs were recorded in the study period. Among these PDs, cesarean delivery (CD) amounted to 790 (69.80%) and vaginal deliveries (VD) to 343 (30.20%). We found that a higher incidence of CDs as compared to VDs occurred in certain GA, such as 33 weeks (74 vs. 22), 34 weeks (110 vs. 41), 35 weeks (160 vs. 74) and 36 weeks (284 vs. 113). The mean gestational age was 33.67 weeks. Regarding mothers' profiles, the mean age was 28.15 years, and 20.74% of premature births occurred in age extremes.* ***Conclusion:*** *CD was found to be the preferred mode of delivery in case of prematurity. It is known that this reality may have been influenced by the inherent risks of PD, added to obstetrician anxiety and potentiated by associated risk factors.*

KEYWORDS: *Preterm Labor, Premature Newborn, Risk Factors.*

[1] Acadêmica de Medicina da Universidade de Santa Cruz do Sul (Unisc).
[2] Mestre. Preceptor da Residência em Ginecologia e Obstetrícia do Hospital Santa Cruz e Professor do Curso de Medicina da Unisc.

INTRODUÇÃO

Sabe-se que a prevalência de prematuridade no mundo gira em torno de 7,2%, enquanto que no Brasil representa 9,2% (1). Em 2004, as maiores taxas foram registradas no Rio Grande do Sul (8,5%), Mato Grosso do Sul (8,4%) e Distrito Federal (8,3%) (2). Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), em 2010, nasceram 15 milhões de crianças prematuras em todo o mundo (3). O Brasil está na décima posição entre os países onde mais nascem prematuros (3). O Central Disease Control of USA estima que 12,8% dos nascimentos são pré-termo nos Estados Unidos, sendo 3% com menos de 34 semanas e 9% entre 34 e 36 semanas (4). A incidência de parto prematuro (PP) é 7-12% mesmo em países desenvolvidos (5,6,7).

A OMS definiu, em 1961, recém-nascido (RN) prematuro como RN vivo com menos de 37 semanas completas de gestação contadas a partir do primeiro dia do último período menstrual; a termo aquele entre 37 e 41 semanas e seis dias, e pós-termo quando a gestação alcança período maior que 42 semanas (2,3,8). Entende-se a importância da datação no contexto da classificação de prematuridade, até para classificação de morbimortalidade neonatal e para avaliação de consequências adversas a longo prazo para a saúde do neonato (8).

A prematuridade, segundo a OMS, pode ser classificada de acordo com a idade gestacional do RN (9). Prematuridade moderada refere-se àqueles RNs nascidos entre 32 e 36 semanas de IG, prematuridade acentuada para os nascidos entre 28 e 31 semanas de IG e prematuridade extrema para aqueles que nasceram com IG inferior a 28 semanas (4,9). A morbimortalidade neonatal e as diversas sequelas que o RN prematuro possa vir a apresentar durante sua infância, adolescência e vida adulta estão diretamente associadas com a IG de nascimento (2). A prematuridade extrema (menos de 28 semanas de IG) é a que está mais associada a injúrias, tanto neonatais quanto tardias (2,4).

Diversos fatores de risco foram descritos para a ocorrência de partos prematuros (1). O baixo nível socioeconômico materno é, ainda hoje, um dos principais fatores de risco para a antecipação do parto, muito devido à subnutrição, às infecções e à falta de assistência pré-natal adequada (1,9). Outros fatores relacionados à prematuridade estão os extremos de idade materna, tabagismo, consumo de álcool, uso de drogas ilícitas, gestações múltiplas e grandes desgastes físicos e psicológicos (10).

Os RNs nascidos prematuros podem necessitar de cuidados especializados tanto no período neonatal como também mais tardiamente na sua vida escolar, principalmente devido ao risco de apresentarem complicações precoces e sequelas no futuro (11). A deficiência de surfactante é a principal complicação que os RN prematuros podem apresentar precocemente, dificultando a adequada complacência alveolar e, consequentemente, a respiração do RN, se não tratada no tempo adequado (2,4,11).

Há outras complicações, como a imaturidade do sistema gastrointestinal que impede a adequada alimentação do RN, o que pode prejudicar o desenvolvimento (12). A persistência do canal arterial, a hemorragia intraventricular e a retinopatia da prematuridade também são outras graves complicações associadas (2,4,10,12).

Considera-se recém-nascido (RN) bebê com menos de 2.500 gramas de baixo peso, os com menos de 1.500 gramas como muito baixo peso e os com menos de 1.000g, de elevado baixo peso (2,4). Define-se ainda pequenos para idade gestacional (PIG) como os RN com o peso abaixo do percentil 10 para sua idade gestacional (IG); grande para idade gestacional o RN com peso acima do percentil 90 para sua IG, enquanto que RN com peso entre os percentis 10 e 90 são considerados adequados para a IG (AIG) (2,4,12).

O objetivo do estudo foi avaliar o perfil dos nascimentos prematuros no Hospital Santa Cruz, relacionando a prevalência de parto prematuro com sexo do RN, a faixa etária e paridade materna, número de consultas de pré-natal e necessidades de cuidados intensivos.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo transversal e retrospectivo, de natureza observacional e quantitativa, realizado através da análise dos dados, do ano de janeiro de 2009 a dezembro de 2014, presentes no livro de nascimentos da maternidade do Hospital Santa Cruz (HSC).

O estudo foi desenvolvido no Hospital Santa Cruz, situado em Santa Cruz do Sul – Rio Grande do Sul (RS), vinculado à Universidade de Santa Cruz do Sul (Unisc), no período de janeiro a dezembro de 2014. A amostra foi selecionada por conveniência. As variáveis analisadas no caderno de nascimentos foram: idade gestacional do nascimento, peso de nascimento do recém-nascido, idade materna, paridade da mãe, via de parto, número de consultas pré-natal, necessidade de unidade de tratamento intensivo (UTI) e necessidade de unidade de cuidados intermediários (UCI).

A análise e o processamento dos dados foram realizados com o programa *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS) versão 22.0 (SPSS Inc, Chicago, EUA). O nível de significância adotado será de 5% ($P \leq 0,05$), com o teste de qui-quadrado.

O projeto foi submetido ao Comitê de Ética da instituição e aprovado sob número do CAAE: 38757714.3.0000.5343. Não houve necessidade de aplicação de termo de consentimento livre e esclarecido pelo estudo ser com dados de fontes secundárias.

RESULTADOS

No Hospital Santa Cruz, no período analisado, ocorreram 9.667 partos, sendo 1.133 (11,72%) partos pre-

maturos (PP). Destes PP, a via de parto preferencial foi cesariana, com 790 (69,8%) partos cesáreos e 343 partos vaginais (49,5%). Dos partos prematuros, 62 (5,5%) foram gemelares e um parto foi de trigêmeos.

Em relação ao perfil das mães com parto prematuro, constatou-se que 957 (84,4%) eram da raça branca, 86 (7,5%) parda e 79 (7,0%) negra, sendo que 11 fichas (1%) foram ignoradas pela falta desse dado. Em relação à faixa etária, 2,03% eram menores de 15 anos, 5,64% eram menores de 18 anos, 18,71% eram maiores de 35 anos e 3,35% eram maiores de 40 anos. A faixa etária média foi de 28,15 anos (±6,64), com mínima de 13 anos e máxima de 45. Encontrou-se que 20,74% dos partos prematuros ocorreram nos extremos de idade, em mulheres com menos de 15 anos e com mais de 35 anos. A paridade das mães variou de 1 a 15, com média de 1,88 parto por mulher (±1,27).

Sobre os recém-nascidos (RN) prematuros, a idade gestacional média de nascimento foi de 33,67 semanas (±3,17), com menor de IG de 20 semanas e maior de 36. O sexo predominante foi o masculino, com 572 (50,5%), enquanto que do sexo feminino foi 561 (45,5%). Em relação ao peso do nascimento dos RNs, a média foi de 2,281 quilogramas (kg), variando de 525 gramas até 4.590 kg. Necessitou-se de tratamento pós-parto no centro de cuidados intermédios para 198 (17,5%) dos RNs prematuros e cuidados em unidade de terapia intensiva (UTI) para 326 (28,8%). Contatou-se que os meninos internaram mais em UTI do que as meninas (167 vs 159); no entanto, esse dado não foi significativo estatisticamente (p=0,751).

Verificou-se que maior número de partos cesáreos (PC), em relação aos partos vaginais (PN), aconteceu em determinadas idades gestacionais, como nas 33 semanas (74 vs 22), 34 semanas (110 vs 41), 35 semanas (160 vs 74) e 36 semanas (284 x 113), conforme descrito na Tabela 1.

O número de consultas pré-natal durante toda a gestação foi observado variando de 0 a 20, com média de 6,68 consultas pré-natal (±2,60). Esse dado teve um alto índice de falha no preenchimento, com 141 pacientes sem essa informação na ficha. Então, do total de fichas, 992 (87,55%) foram elegíveis para análise e, destas, constatou-se que a maioria das pacientes (77,4%) realizou 5 (10,9%), 6 (15,1%), 7 (22,2%), 8 (13,7%), 9 (9,1%) e 10 (6,4%) consultas pré-natais. A frequência completa do número de consultas pré-natais está demonstrada na Tabela 2.

DISCUSSÃO

Observou-se que o índice de partos prematuros dentro do Hospital Santa Cruz está acima da média do Brasil (9,1%) (1) e do Rio Grande do Sul (8,5%) (2). Encontrou-se que um dos fatores que estava relacionado ao parto prematuro foi a cesariana, com cerca de 69,8% por essa via, indicando uma possível associação desse índice aumentado de PP com a via de parto.

Tabela 1 – Padrão de realização de partos cesáreos e partos vaginais de acordo com a idade gestacional do nascimento no Hospital Santa Cruz (HSC). Análise do período de 2009 a 2014. Santa Cruz do Sul, 2014 (n=1133).

Variável Analisada	Parto Vaginal		Parto Cesáreo		Total de partos
	N	%	N	%	
Idade Gestacional					
20	0	0	1	0,14	
21	1	0,30	1	0,14	
22	3	0,88	1	0,14	
23	8	2,32	8	1,00	
24	4	1,18	3	0,38	
25	6	1,75	5	0,65	
26	10	2,90	13	1,60	
27	7	2,05	12	1,50	
28	5	1,45	8	1,00	
29	5	1,45	19	2,40	
30	13	3,80	17	2,15	
31	9	2,62	23	2,90	
32	18	5,25	51	6,45	
33	26	7,58	74	9,35	
34	41	11,95	110	14,00	
35	74	21,57	160	20,25	
36	113	32,95	284	35,95	
Total	**343**	**100**	**790**	**100**	**1133**

Tabela 2 – Número de consultas pré-natais nos partos prematuros realizados no Hospital Santa Cruz (HSC). Análise do período de 2009 a 2014. Santa Cruz do Sul, 2014 (n=992).

Variável Analisada	N	%
Número de Consultas Pré-Natais		
0	21	2,1
1	16	1,6
2	27	2,7
3	40	4,0
4	67	6,8
5	108	10,9
6	150	15,1
7	220	22,2
8	136	13,5
9	90	9,1
10	63	6,5
11	27	2,7
12	17	1,7
13	4	0,4
14	2	0,2
15	2	0,2
16	1	0,1
18	1	0,1
20	1	0,1
Total	**992**	**100**

Essa associação pode ter ocorrido pelo PP já incidir em risco por si só, potencializado pelos fatores idade, escolaridade, condições socioeconômicas maternas e gemelaridade, e, portanto, ter certa indicação de intervenção cirúrgica (12,13). Entende-se que também possa ter decorrido de uma datação errada, visto que 10,9% das gestantes haviam feito cinco consultas de pré-natal, número inferior de consultas que o Ministério da Saúde preconiza, e também por terem iniciado o pré-natal tardiamente (4).

Sabe-se que vários estudos relatam sobre a influência da etnia com o parto, sendo que os filhos de mães negras apresentaram maiores taxas de mortalidade com relação à gemelaridade, peso ao nascer, prematuridade e situação socioeconômica (12). Embora neste estudo tenha havido predomínio dos PP na raça branca, a grande predominância de populações da raça branca pela colonização de alemães em Santa Cruz do Sul inviabiliza uma análise adequada.

Quanto ao acompanhamento pré-natal especificamente, sabe-se da sua importância pelo diagnóstico e tratamento de inúmeras complicações durante a gestação pela identificação precoce de fatores de risco (14,15). Verificou-se que a média de consultas de pré-natal deste estudo foi baixa, com 6,68 consultas, mesmo estando dentro do número mínimo de consultas preconizado pelo Ministério da Saúde, o que pode ser relacionado como um fator associado ao PP.

A idade materna é considerada um dos determinantes de risco gestacional (1,16-19), sendo que mães com idade inferior a 15 anos ou com menarca há menos de dois anos e mães com idade igual ou superior a 35 anos levam ao maior risco de parto prematuro e óbito fetal (16,18,19). Neste estudo, o índice de parto nesses extremos de idade foi de 24,09%, podendo ser analisado como um fator associado à causa de PP. Tanto para mães muito jovens quanto para mães em idade avançada, há diferentes associações que conduzem à maior probabilidade de morte dos filhos antes de completarem o primeiro ano de vida (16,18,19,20).

No que concerne ao resultado gestacional, a literatura mundial aponta maior incidência de RN prematuros (< 37 semanas) e de baixo peso (< 2500g) no grupo de gestantes adolescentes, especialmente nas faixas muito precoces, comparadas às adolescentes da faixa de 17 a 19 anos e adultas jovens (20 a 24 anos), nas mesmas condições de vida, considerando a multiplicidade de fatores clínicos, ambientais e comportamentais que integram a dinâmica da evolução gestacional, em especial em grupos populacionais vulneráveis (11). No entanto, o índice de partos prematuros foi somente de 2,03% em mulheres com menos de 15 anos, sendo mais relacionado à idade maiores de 35 anos (22,06%).

A gestação gemelar é responsável por cerca de 10% de todos os trabalhos de parto prematuro e 25% de todas as mortes pré-termo, apesar de representarem apenas 1% de todas as gestações (21). Nesta análise, observou-se que 5,5% (62 partos) foram partos prematuros em decorrência de gestação gemelar, tendo também um PP em decorrência de gestação tripla.

Quanto às características relativas ao sexo dos prematuros, observou-se que houve um pequeno predomínio do sexo masculino entre os prematuros, sendo que os meninos internaram mais em UTI que as meninas, mas sem significância estatística. Comparativamente, estudos realizados na Holanda demonstraram em seus resultados que o sexo masculino para o recém-nascido estava associado ao aumento do risco de sofrimento fetal, enquanto foi constatado efeito protetor do sexo feminino (12).

A prematuridade também interfere na convivência familiar, no relacionamento, na proximidade, nos cuidados e na amamentação (3,12). Essa situação reflete-se neste estudo, pela alta taxa de internação em unidades de acompanhamento intensivo, com 46,3% dos RN necessitando de hospitalização e não puderam estar no alojamento conjunto logo após o nascimento.

CONCLUSÃO

Conclui-se que os fatores que tiveram associação com prematuridade foram: parto cesáreo, raça branca, mães com idade superior a 35 anos, pré-natal inadequado ou ausente e sexo masculino. Apesar dessa constatação, entende-se a necessidade de estudos com maiores populações para se analisar e elucidar, com maior rigor estatístico, os fatores de risco dos partos prematuros.

Constatou-se, além disso, que a cesariana foi a via de parto preferencial em caso de prematuridade, ocorrendo predomínio do parto cesáreo em relação ao parto vaginal. Sabe-se que essa realidade, de um percentual elevado de indicação de cesárea, possa ter sofrido influência dos riscos inerentes ao trabalho de parto prematuro e potencializados pelos fatores de risco associados, como a idade materna.

Observou-se que há relação entre a prevalência de parto pré-termo com as mulheres de extremos de idade, pois se sabe que existe maior incidência de eventos obstétricos nesse grupo de mulheres. Outros fatores associados, como baixa escolaridade, cor da pele, características reprodutivas e a cobertura do pré-natal tardio, tornam esta população mais vulnerável ao risco de parto prematuro e suas complicações.

Por fim, o conteúdo abordado neste estudo contribui para fortalecer o debate sobre possíveis causas de prematuridade, da importância de ampliação em relação aos programas de atenção básica como o pré-natal, sendo esta uma ferramenta poderosa à ocorrência de parto prematuro.

REFERÊNCIAS

1. Almeida AC, Jesus ACP, Lima PFT. Fatores de risco maternos para prematuridade em uma maternidade pública de Imperatriz -MA. Rev.Gaucha de enfermag. , Porto Alegre (RS) 2012 jun;33(2):86-94.
2. Zugaib, M (Coord.) 2 ed. Barueri: Manole, 2012. 1322 p. ISBN 978-85-204-3185-6.
3. Barizon TO, Santos JR, Reis CB. Fatores relacionados à prematuridade dos recém-nascidos de dourados nos anos de 2011 e 2012. Anais do encontro de iniciação científica-enic 6, 2015.

4. Freitas F, et al. Rotinas em obstetrícia. 6 ed. Porto Alegre: Artmed, 2011. 902 p. ISBN 978-85-3632433-3.
5. Vidaeff AC, Ramin SM. Management strategies for the prevention of preterm birth. Part I: Update on progesterone supplementation. Curr Opin Obstet Gynecol. 2009;21(6):480-4.
6. Fonseca EB, Bittar RE, Damião R, Zugaib M. Prematurity prevention: the role of progesterone. Curr Opin Obstet Gynecol. 2009;21(2):142-7.
7. Souza E, Souza GN, Ferreira DQ, Camano L. Escolha da melhor via de parto para o feto prematuro em apresentação cefálica. Rev. Femina. 2011; 29(1):1-8.
8. Beck S, Wodjyla D, Say L. A incidência mundial de parto pré-termo: uma revisão sistemática de mortalidade e morbidade materna. Touro Mundial da Saúde Órgão 2010;88(1).
9. Almeida TSO, Lins RP, Camelo AL, Mello CCL. Investigação sobre os Fatores de Risco da Prematuridade: uma Revisão Sistemática. R bras ci Saúde. 2013;17(3): 301-308.
10. Rugolo, LMSS. Crescimento e desenvolvimento a longo prazo do prematuro extremo. J Pediatr. 2005;81(1):101-110.
11. Doria M.T., Spautz C.C. Trabalho de parto prematuro: predição e prevenção. Rev. Femina 2011; 39(9): 443-449.
12. Ramos, H. A. C., and Roberto Kenji Nakamura Cuman. Fatores de risco para prematuridade: pesquisa documental. Esc Anna Nery Rev Enferm. 2009; 13(2): 297-304.
13. Nôleto MJO. Perfil clínico-epidemiológico dos partos das usuárias do SUS no Hospital e Maternidade Dona Regina em Palmas – TO no período de 2003-2008. Dissertação (Mestrado em Ciências da Saúde) – Universidade de Brasília, Brasília, 2011.
14. Kilsztajn S, et al. Assistência pré-natal, baixo peso e prematuridade no Estado de São Paulo, 2000. Rev Saúde Pública, v. 37, nº 3, p. 303-10, 2003.
15. Santos NLAC, et al. Gravidez na adolescência: análise de fatores de risco para baixo peso, prematuridade e cesariana. Cien Saúde Colet 2014(3): 719-26.
16. Ribeiro FD, et al. Extremos de idade materna e mortalidade infantil: análise entre 2000 e 2009. Revista Paul de Pediatr 2014;32(4): 381-388.
17. Brasil – Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde – Departamento de ações programáticas estratégicas [homepage on the Internet]. Gestação de alto risco: manual técnico. 5th ed. Brasília: 2010.
18. Lima BGC, Pimentel CO. Qualidade no pré-natal de gestantes assistidas numa maternidade pública de Salvador, 2000-2001. Rev Baiana de Saúde Públ 2014;50(27):150-59.
19. Gravena AAF, et al. Idade materna e fatores associados a resultados perinatais. Acta Paul Enferm 2013; 26(2): 130-5.
20. Andrade ACM et al. Perfil das gestantes adolescentes internada em enfermaria de alto risco em hospital de ensino. SANARE 2015;(13)2: 98-102.
21. Silva JCG, et al. Assistência à gestão e parto gemelar. Revista de Ciências Médicas Assistência à gestão e parto gemelar. Rev Ciênc Med 12(2): 173-183.

✉ Endereço para correspondência
Patrícia Micheli Tabile
Rua Venâncio Aires, 780/204
96.815-900 – Santa Cruz do Sul, RS – Brasil
☎ (55) 9943-0712
p_tabile@hotmail.com
Recebido: 9/6/2015 – Aprovado: 28/7/2016