

O IMPACTO DO PRÉ-NATAL NA PREVENÇÃO DO PARTO PREMATURO

BORBOLATO, Bruna Martini¹
CARDOSO, Marcelo Pontual²

RESUMO

A prematuridade é a principal causa de morbimortalidade neonatal. A patogenia do parto prematuro espontâneo é complexa e o sucesso do seu manejo depende da identificação cuidadosa dos riscos maternos e fetais para dar continuidade ou não à gestação. O objetivo deste trabalho foi avaliar alguns fatores possivelmente associados ao parto pré-termo: realização do número mínimo de consultas de pré-natal, vacinação contra o tétano e hepatite B, ocorrência de infecção do trato geniturinário ou alguma comorbidade durante a gestação, etilismo, tabagismo, realização de atividades físicas vigorosas, realização de exames trimestrais da rotina pré-natal e história prévia de prematuridade. Esses fatores foram analisados a partir de informações coletadas dos prontuários de 140 gestantes em uma UBS no município de Cascavel – PR no ano de 2012. Através da análise dos resultados foi demonstrado que algumas variáveis são determinantes para a prevenção do parto prematuro como a realização do pré-natal mínimo e exames trimestrais, outras variáveis não se mostraram relevantes, como é o caso da vacinação. Concluiu-se que a realização do pré-natal mínimo, conforme preconizado pelo MS-Brasil é medida impactante na prevenção do parto pré-termo espontâneo, contribuindo decisivamente para a melhoria dos resultados perinatais.

PALAVRAS-CHAVES: Gestação, Pré-natal, Prematuridade, Pré-termo.

THE IMPACT OF PRENATAL CARE IN PREVENTING PREMATURE BIRTH

ABSTRACT

Prematurity is the leading cause of neonatal morbidity and mortality. The pathogenesis of spontaneous preterm birth is complex and the success of its management depends on careful identification of maternal and fetal risks or not to continue the pregnancy. The aim of this study was to evaluate some factors possibly associated with preterm birth: completion of the minimum number of prenatal consultations, vaccinations against tetanus and hepatitis B, occurrence of genitourinary tract infection or a comorbidity during pregnancy, alcoholism, smoking, vigorous physical activities, quarterly examinations of routine prenatal care and a history of prematurity. These factors were analyzed by the information collected from the medical records of 140 pregnant women in a UBS in Cascavel - PR in 2012. Through analysis of the results was shown that some variables are crucial for the prevention of preterm birth as the fulfillment of the minimum quarterly and prenatal examinations, other variables were not relevant, as is the case of vaccination. It was concluded that the realization of prenatal least as recommended by MS-Brazil is as impactful in the prevention of spontaneous preterm birth, contributing decisively to the improvement of perinatal outcomes.

KEYWORDS: Pregnancy, Prenatal, Prematurity, Preterm.

1. INTRODUÇÃO

A assistência pré-natal fundamenta-se na prestação de cuidados de rotina para uma mulher gestante saudável. Visa assegurar que cada gestação culmine no parto de um recém-nascido saudável, sem prejuízos a saúde da mãe (FILHO, MONTENEGRO, 2011).

O foco é a prevenção e o objetivo deste trabalho é selecionar as gestantes com risco para o desenvolvimento de parto prematuro e atuar através da prevenção e intervenções precoces para melhorar os resultados gestacionais. Para atingir esses objetivos, alguns pontos devem ser levados em conta, como o início precoce do acompanhamento, atendimento periódico contínuo, recursos humanos tecnicamente treinados e cientificamente preparados, área física adequada, equipamentos e instrumentos adequados e realização de exames laboratoriais obrigatórios.

O acompanhamento pré-natal consiste em uma tríade, onde primeiro busca-se prevenir, identificar e/ou corrigir as anormalidades maternas ou fetais que afetam negativamente a gravidez, incluindo fatores socioeconômicos e emocionais, bem como médicos e/ou obstétricos. No segundo momento vem o papel do médico em instruir a paciente no que diz respeito à gravidez, ao trabalho de parto, parto, atendimento ao recém-nascido, bem como aos meios de que ela pode se valer para melhorar sua saúde. O terceiro ponto e não menos importante é a promoção do suporte psicológico adequado pelo companheiro e pela família, especialmente na primeira gravidez, de forma que ela possa se adaptar à gravidez e aos desafios que enfrentará ao criar uma família (FILHO, MONTENEGRO, 2011).

No final deste processo as gestações finalmente são classificadas em dois grupos: de risco normal ou de alto risco, e conduzidas de acordo. Durante o pré-natal, deverá ser realizado o número mínimo de seis consultas, preferencialmente, uma no primeiro trimestre, duas no segundo trimestre e três no último trimestre. A maior frequência de visitas no final da gestação visa à avaliação do risco perinatal e das intercorrências clínico-obstétricas mais comuns nesse trimestre do que nos dois anteriores (Ministério da Saúde, 2006).

Conceitua-se gravidez pré-termo aquela cuja idade gestacional encontra-se entre 22 semanas e 36 semanas e 6 dias. A incidência é de 10 a 15% nos países em desenvolvimento e de 5 a 7% nos países desenvolvidos, sendo responsável por 75% das mortes neonatais. As taxas não têm mudado nos últimos 40 anos apesar das pesquisas intensivas (FREITAS, COSTA, RAMOS, MAGALHÃES, 2011).

¹ Acadêmica do curso de medicina da Faculdade Assis Gurgacz, e-mail: bruna_borbolato@hotmail.com

² Médico Ginecologista e Obstetra. Professor do curso de medicina da Faculdade Assis Gurgacz, e-mail: mpcardoso@fag.edu.br

Entre os fatores de risco para a prematuridade podemos citar: baixa escolaridade, doença materna prévia (HAS, SAAF, DM, entre outras), idade materna jovem ou avançada, parto pré-termo prévio (16-37%), tabagismo, uso de cocaína, múltiplas perdas no segundo trimestre, raça não branca, rotura prematura das membranas (80%), anormalidades uterinas (miomas submucosos, útero unicorno ou bícoro, incompetência istmo-cervical) e infecções como clamídia, gardnerella, ureaplasma, tricomonas e infecção do trato urinário (FILHO, MONTENEGRO, 2011).

Há condições maternas e fetais onde o trabalho de parto prematuro não deve ser combatido, como por exemplo síndromes hemorrágicas, eclâmpsia e pré-eclâmpsia severa e edema agudo dos pulmões nas causas maternas, já nas causas fetais destacam-se sofrimento fetal agudo e crônico, infecção intrauterina, polidramnia e eritroblastose fetal (FILHO, MONTENEGRO, 2011).

Na presença de contrações uterinas rítmicas e regulares, porém sem modificação cervical, caracteriza-se o falso trabalho de parto prematuro. Essas contrações costumam ceder bem apenas com o repouso, principalmente se identificada e tratada a causa de base. Na eventualidade da persistência das contrações, há necessidade de uso de tocolíticos e, portanto, a mulher deverá ser encaminhada para hospital de referência.

2. MATERIAL E MÉTODOS

Foram recrutados e analisados os prontuários de 140 gestantes que realizaram acompanhamento pré-natal na UBS do bairro Floresta do município de Cascavel – PR no ano de 2012. Foi mantido sigilo quanto à identificação das gestantes e os dados obtidos foram usados somente para confecção deste trabalho.

Por se tratar de pesquisa envolvendo seres humanos, e em cumprimento à com a Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, este trabalho foi enviado para avaliação do Comitê de Ética em Pesquisa da FAG - Faculdade Assis Gurgacz, sendo realizado somente após aprovação.

O presente estudo consistiu de uma pesquisa descritiva, prospectiva, do tipo corte transversal, de base ambulatorial, abrangendo as gestantes em uma UBS de Cascavel – PR no ano de 2012. A pesquisa foi realizada na Unidade Básica de Saúde (UBS) do bairro Floresta no município de Cascavel – PR, mediante autorização concedida pelo secretário da saúde municipal, para realização do trabalho.

O local do estudo compreende uma área com aproximadamente 7.714 pessoas, destas 3.635 são homens e 4.079 são mulheres. Esses dados referem-se às famílias cadastradas no Sistema de Informação de Atenção Básica (SIAB) no ano de 2012. Desses famílias, 95,26% moram em casa de tijolo, 85,82% não tem tratamento de água domiciliar, 99,62% tem abastecimento de água por rede pública e 97,02% possuem energia elétrica.

A renda familiar é de aproximadamente 1 a 2 salários mínimos, e a ocupação da população é variada. Pessoas usuárias de planos de saúde correspondem a 7,35% da população geral do bairro, enquanto 8,52% são de famílias inscritas no programa Bolsa Família. A população avaliada na UBS Floresta compreendeu 140 mulheres gestantes, amostra calculada para um limite de confiança de 80%. O único critério para inclusão das gestantes na pesquisa foi ter realizado acompanhamento pré-natal na UBS Floresta no ano de 2012.

A pesquisa pode ter sido suspensa a qualquer tempo por solicitação do coordenador da UBS ou desistência do pesquisador. A presente pesquisa não teve formas de acompanhamento e assistência, pois foi feita a partir de análise de prontuários, e não por contato com pacientes. O coordenador da UBS recebeu todos os esclarecimentos necessários, antes, durante e após a realização da mesma, sendo intérprete de todos os procedimentos. Pelo fato da pesquisa analisar somente prontuários, as pacientes não tiveram contato com o pesquisador, portanto não estiveram sujeitas a nenhum tipo de vulnerabilidade.

As informações obtidas nesta pesquisa foram tratadas de maneira sigilosa. Os dados coletados foram empregados para divulgação no meio acadêmico e científico, e foram armazenados em posse do pesquisador responsável após a sua realização.

Para a inclusão no estudo dos prováveis fatores de risco associados ao parto pré-termo, pesquisaram-se artigos por meio dos bancos de dados Pubmed/Medline, SciELO, Cochrane Library e Lilacs. A busca foi realizada no período de 1993 a 2013 e selecionaram-se artigos relevantes para pesquisa. Foram selecionados e classificados de acordo com os níveis de evidência clínica e grau de recomendação científica, pelos critérios do “Oxford Centre for Evidence-based Medicine”. Para a seleção dos artigos utilizados para a escolha dos fatores de risco a serem pesquisados, também foram considerados parâmetros como o índice de relevância da publicação, o fator de impacto do periódico e o “índice h” do primeiro autor de cada artigo, através da pesquisa destes indicadores nas bases de pesquisa ISI Web of Knowledge, Scopus e JCR (Journal Citations Report).

Os dados foram analisados por meio de estatística descritiva, com valores percentuais. A tabulação dos dados obtidos foi realizada utilizando-se uma planilha eletrônica (Microsoft Office Excell 2010) e a análise foi realizada com o programa estatístico de computador SPSS 21. A única variável independente do estudo foi a idade gestacional, categorizada em “Pré-termo”- quando entre 22 e 36 semanas e seis dias, e “A termo” quando a idade gestacional era igual ou superior a 37 semanas completas.

As variáveis dependentes foram: realização de pré-natal mínimo, categorizada em “Sim”, quando a gestante realizou no mínimo 6 consultas pré-natais, e “Não” quando realizou um número inferior a 6 consultas pré-natais.

Ocorrência de parto prematuro de acordo com a realização ou não de vacinação no pré-natal, onde “Vacinou” correspondem as gestantes que foram vacinadas no pré-natal, e “Não vacinou” quando as gestantes não foram vacinadas no pré-natal. Ocorrência de parto prematuro de acordo com diagnóstico de corrimento vaginal durante o pré-natal, sendo que “Ausência de corrimento” compreende as gestantes que não tiveram corrimento vaginal diagnosticado no pré-natal, e “Presença de corrimento” quando houve diagnóstico de corrimento vaginal no pré-natal. Ocorrência de parto prematuro de acordo com diagnóstico de infecção urinária durante o pré-natal, sendo que “Sem infecção urinária” foi usado para as gestantes que não apresentaram infecção urinária no pré-natal, e “Infecção urinária” quando a gestante teve infecção urinária diagnosticada no pré-natal.

Outras variáveis dependentes foram: Ocorrência de parto prematuro de acordo com a presença de comorbidades, onde “Ausência de comorbidades” corresponde as gestantes que não tiveram diagnóstico de nenhuma doença durante o pré-natal, e “Presença de comorbidades” quando houve o diagnóstico de algum agravo como diabetes gestacional, doença hipertensiva específica da gestação, entre outros. Ocorrência de parto prematuro de acordo com o hábito do tabagismo, sendo que “Não tabagista” foi usado para se referir as gestantes que não tiveram o hábito de fumar durante o pré-natal, e “Tabagista” para as gestantes fumantes no pré-natal. Ocorrência de parto prematuro de acordo com o uso de bebidas alcoólicas, onde “Não uso de bebidas alcoólicas” correspondem as gestantes que não ingeriram bebidas alcoólicas durante o pré-natal, e “Uso de bebidas alcoólicas” para as gestantes que fizeram uso de bebidas alcoólicas no pré-natal.

Ocorrência de parto prematuro de acordo com a realização de atividades vigorosas, categorizada em “Não realização de atividades vigorosas”, quando as gestantes passaram o pré-natal sem a realização de atividades vigorosas, como esportes ou trabalhos não recomendados para a gestante, e “Realização de atividades vigorosas”, quando realizou essas atividades no período do pré-natal. Ocorrência de parto prematuro de acordo com a realização de exames de rotina do pré-natal, nos três trimestres da gestação, onde “Não realização dos exames de rotina do pré-natal” compreende a gestante que não realizou os exames preconizados para o trimestre correspondente, e “Realização dos exames de rotina do pré-natal” faz referência aquela gestante que realizou os exames preconizados no pré-natal.

Ocorrência de parto prematuro de acordo com a paridade, sendo que “Primeira gestação” se refere a gestante que apresentou parto prematuro na primeira gestação, e “Segunda ou mais gestação” corresponde a gestante que teve o parto prematuro na segunda ou em outras gestações. Ocorrência de parto prematuro de acordo com antecedente obstétrico desfavorável, onde “Sem antecedente obstétrico desfavorável” se refere a gestante que não apresentou nenhuma gestação anterior com risco, já “Com antecedente obstétrico desfavorável” foram incluídas gestantes com gestações anteriores de risco.

3. RESULTADOS

Ao final da coleta dos dados, foram obtidos os valores correspondentes às idades gestacionais ao momento dos partos. Esses valores foram expressos em semanas e dias transcorridos desde a data da última menstruação informada pela gestante, ou estimada por exame ultrassonográfico realizado preferentemente ainda durante o primeiro trimestre da gestação, até o dia do parto. Os valores referentes a esta variável, para efeito de análise estatística, foram categorizados em: “Pré-termo”, quando inferiores a 37 semanas completas de gravidez, ou seja, quando a idade gestacional foi de, no máximo, 36 semanas e seis dias, e “A termo”, quando atingiu 37 semanas completas, ou mais, de idade gestacional. Em 55% dos casos o parto ocorreu ao termo da gestação, 22,1% dos partos foram antes do termo, e em 22,9% dos casos a informação não pode ser obtida. Considerando apenas os valores válidos após exclusão dos casos ausentes, obtiveram-se os valores de 71,3% dos partos a termo, e 28,7% pré-termo (Quadro 1).

Quadro 1. Distribuição dos partos quanto à idade gestacional, categorizada em: “A termo” e “Pré-termo”.			
	Frequência	Porcentual	Porcentagem válida
A termo	77	55,0	71,3
Pré-termo	31	22,1	28,7
Total	108	77,1	100,0
Sem informação	32	22,9	
Total	140	100,0	

O Quadro 2 apresenta a distribuição dos casos quanto à realização de pré-natal mínimo pelas gestantes estudadas. Entre as gestantes que não atingiram o número de consultas considerado mínimo pelo Ministério da Saúde do Brasil (mínimo 6 consultas) durante o pré-natal, observou-se que 58,6% tiveram parto a termo, e 41,4% tiveram parto prematuro. Entre as pacientes que realizaram ao menos 6 consultas pré-natais, 94,7% tiveram parto a termo, enquanto que 5,3% tiveram parto prematuro (Quadro 2).

Quadro 2. Realização de pré-natal mínimo					<i>p</i> *
		Parto Prematuro		Total	0,000
		N	S		
Não	Frequência	41	29	70	
	Porcentual	58,6%	41,4%		
Sim	Frequência	36	2	38	
	Porcentual	94,7%	5,3%		
Total	Frequência	77	31	108	
	Porcentual	71,3%	28,7%		

*Qui-quadrado com correção de continuidade

Quanto à ocorrência de parto prematuro de acordo com a realização ou não de vacinação durante o pré-natal, observou-se que entre as gestantes que não receberam vacinação durante o pré-natal, 51,6% tiveram parto a termo, e 48,4% tiveram parto prematuro. Entre as gestantes que foram vacinadas durante o pré-natal, 79,2% tiveram parto a termo, e 20,8% tiveram parto prematuro (Quadro 3).

Quadro 3 – Ocorrência de parto prematuro de acordo com a realização ou não de vacinação no pré-natal					<i>p</i> *
		Parto Prematuro		Total	0,008
		N	S		
Não vacinou	Frequência	16	15	31	
	Porcentual	51,6%	48,4%		
Vacinou	Frequência	61	16	77	
	Porcentual	79,2%	20,8%		
Total	Frequência	77	31	108	
	Porcentual	71,3%	28,7%		

*Qui-quadrado com correção de continuidade

Em relação à ocorrência de parto prematuro de acordo com o diagnóstico de corrimento vaginal durante o pré-natal, entre as gestantes que não apresentaram diagnóstico de corrimento, observou-se que 72,7% tiveram parto a termo, e 27,3% tiveram parto prematuro. Já no grupo de gestantes que apresentaram corrimento vaginal durante o pré-natal, 67,7% tiveram parto a termo, e 32,3% tiveram parto prematuro (Quadro 4).

Quadro 4 – Ocorrência de parto prematuro de acordo com diagnóstico de corrimento vaginal durante o pré-natal					<i>p*</i>
		Parto Prematuro		Total	0,777
		N	S		
Ausência de corrimento	Frequênci	56	21	77	
	Porcentual	72,7%	27,3%	100,0%	
Presença de corrimento	Frequênci	21	10	31	
	Porcentual	67,7%	32,3%	100,0%	
Total	Frequênci	77	31	108	
	Porcentual	71,3%	28,7%	100,0%	

*Qui-quadrado com correção de continuidade

De acordo com o diagnóstico de infecção urinária durante o pré-natal, dentre as gestantes que não apresentaram diagnóstico de infecção urinária, 72,0% tiveram parto a termo, e 28,0% tiveram parto prematuro. Entre as gestantes que tiveram infecção urinária diagnosticada durante o pré-natal, 69,2% tiveram parto a termo, e 30,8% das pacientes tiveram parto prematuro (Quadro 5).

Quadro 5 – Ocorrência de parto prematuro de acordo com diagnóstico de infecção urinária durante o pré-natal					<i>p*</i>
		Parto Prematuro		Total	0,985
		N	S		
Sem infecção urinária	Frequênci	59	23	82	
	Porcentual	72,0%	28,0%	100,0%	
Infecção urinária	Frequênci	18	8	26	
	Porcentual	69,2%	30,8%	100,0%	
Total	Frequênci	77	31	108	
	Porcentual	71,3%	28,7%	100,0%	

*Qui-quadrado com correção de continuidade

Em relação à ocorrência de parto prematuro de acordo com a presença de comorbidades, dentre as gestantes que não apresentaram comorbidades, 71,3% tiveram parto a termo, e 28,7% tiveram parto prematuro. Já entre as gestantes que manifestaram alguma comorbidade associada à gestação em estudo, 71,4% tiveram parto a termo, e 28,6% tiveram parto prematuro. O achado de não significância pode ter sido em decorrência de a amostra ter tido poucos casos de gravidez de alto risco (Quadro 6).

Quadro 6 – Ocorrência de parto prematuro de acordo com a presença de comorbidades					<i>p*</i>
		Parto Prematuro		Total	1,00
		N	S		
Ausência de comorbidades	Frequência	67	27	94	
	Porcentual	71,3%	28,7%	100,0%	
Presença de comorbidades	Frequência	10	4	14	
	Porcentual	71,4%	28,6%	100,0%	
Total	Frequência	77	31	108	
	Porcentual	71,3%	28,7%	100,0%	

*Qui-quadrado com correção de continuidade

Quanto à associação entre parto prematuro e o hábito do tabagismo, entre as gestantes que não tinham o hábito do tabagismo, obteve-se que 73,9% tiveram parto a termo, e 26,1% tiveram parto prematuro. Entre as tabagistas, obteve-se que 56,3% tiveram parto a termo, e 43,8% delas que tiveram parto prematuro. Este resultado se deve possivelmente ao número pequeno de gestantes para a estatística (Quadro 7).

Quadro 7 – Ocorrência de parto prematuro de acordo com o hábito do tabagismo					<i>p*</i>
		Parto Prematuro		Total	0,253
		N	S		
Não tabagista	Frequência	68	24	92	
	Porcentual	73,9%	26,1%	100,0%	
Tabagista	Frequência	9	7	16	
	Porcentual	56,3%	43,8%	100,0%	
Total	Frequência	77	31	108	
	Porcentual	71,3%	28,7%	100,0%	

*Qui-quadrado com correção de continuidade

Em relação à associação entre parto prematuro e o uso de bebidas alcoólicas durante a gestação, temos que entre as gestantes que não fizeram uso de bebidas alcoólicas durante a gestação em questão, 73,5% tiveram parto a termo, e 26,5% tiveram parto prematuro. Entre as que consumiram álcool durante a gestação, a proporção foi de 50% para parto prematuro e parto a termo. Quanto a esta variável, observamos comportamento semelhante ao da variável anterior, onde a amostra possivelmente não foi suficientemente grande para revelar significância estatística (Quadro 8).

Quadro 8 – Ocorrência de parto prematuro de acordo com o uso de bebidas alcoólicas					<i>p</i> *
		Parto Prematuro		Total	0,232
		N	S		
Não uso de bebidas alcoólicas	Frequência	72	26	98	
	Porcentual	73,5%	26,5%	100,0%	
Uso de bebidas alcoólicas	Frequência	5	5	10	
	Porcentual	50,0%	50,0%	100,0%	
Total	Frequência	77	31	108	
	Porcentual	71,3%	28,7%	100,0%	

*Qui-quadrado com correção de continuidade

No quadro abaixo se apresenta a ocorrência de parto prematuro de acordo com a realização de atividades vigorosas. Entre as gestantes que não executaram atividades físicas vigorosas durante o período pré-natal, 70,3% tiveram parto a termo, e 29,7% tiveram parto prematuro. Entre as que executaram atividades vigorosas, 85,7% tiveram parto a termo, e 14,3% tiveram parto prematuro (Quadro 9).

Quadro 9 – Ocorrência de parto prematuro de acordo com a realização de atividades vigorosas					<i>p</i> *
		Parto Prematuro		Total	0,660
		N	S		
Não realização de atividades vigorosas	Frequência	71	30	101	
	Porcentual	70,3%	29,7%	100,0%	
Realização de atividades vigorosas	Frequência	6	1	7	
	Porcentual	85,7%	14,3%	100,0%	
Total	Frequência	77	31	108	
	Porcentual	71,3%	28,7%	100,0%	

*Qui-quadrado com correção de continuidade

Considerando a ocorrência de parto prematuro de acordo com a realização de exames de rotina do pré-natal nos três trimestres de gestação, entre as gestantes que não realizaram os exames de rotina do pré-natal, 60,3% tiveram parto a termo, e 39,7% tiveram parto prematuro. Entre as que realizaram os exames pré-natais rotineiros, todas as gestantes tiveram parto a termo (Quadro 10).

Quadro 10 – Ocorrência de parto prematuro de acordo com a realização de exames de rotina do pré-natal, nos três trimestres da gestação					<i>p*</i>
		Parto Prematuro		Total	0,000
		N	S		
Não realização dos exames de rotina do pré-natal	Contagem	47	31	78	
	Frequência	60,3%	39,7%	100,0%	
Realização dos exames de rotina do pré-natal	Contagem	30	0	30	
	Frequência	100,0%	0,0%	100,0%	
Total	Contagem	77	31	108	
	Frequência	71,3%	28,7%	100,0%	

*Qui-quadrado com correção de continuidade

Avaliando a ocorrência de parto prematuro de acordo com a paridade, entre as primigestas, 67,9% tiveram parto a termo, e 32,1% tiveram parto prematuro. Entre as gestantes de segunda ou mais gestação, 75,0% tiveram parto a termo, e 25,0% tiveram parto prematuro (Quadro 11).

Quadro 11 – Ocorrência de parto prematuro de acordo com a paridade					<i>p*</i>
		Parto Prematuro		Total	0,544
		N	S		
Primeira gestação	Contagem	38	18	56	
	Frequência	67,9%	32,1%	100,0%	
Segunda ou mais gestação	Contagem	39	13	52	
	Frequência	75,0%	25,0%	100,0%	
Total	Contagem	77	31	108	
	Frequência	71,3%	28,7%	100,0%	

*Qui-quadrado com correção de continuidade

Avaliando a ocorrência de parto prematuro de acordo com antecedente obstétrico desfavorável, entre as gestantes que não tinham antecedentes obstétricos desfavoráveis, 68,5% tiveram parto a termo e 31,5% tiveram parto prematuro. Entre as gestantes com antecedente obstétrico desfavorável, 87,5% tiveram parto a termo, e 12,5% tiveram parto prematuro. O não encontro de significância estatística possivelmente se deve a amostra pequena e também ao conhecimento de gestação desfavorável anterior ter ocasionado assistência mais intensiva por parte da equipe de saúde, e maiores cuidados por parte da própria paciente (Quadro 12).

Quadro 12 – Ocorrência de parto prematuro de acordo com antecedente obstétrico desfavorável					<i>p</i> *
		Parto Prematuro		Total	0,210
		N	S		
Sem antecedente obstétrico desfavorável	Contagem	63	29	92	
	Frequência	68,5%	31,5%	100,0%	
Com antecedente obstétrico desfavorável	Contagem	14	2	16	
	Frequência	87,5%	12,5%	100,0%	
Total	Contagem	77	31	108	
	Frequência	71,3%	28,7%	100,0%	

*Qui-quadrado com correção de continuidade

4. DISCUSSÃO

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. A incidência de prematuridade tem-se elevado nos últimos anos, sendo bastante variável entre os diferentes grupos populacionais e depende da presença ou não de fatores de risco. Com etiologia multifatorial e dificuldade para a prevenção primária do parto prematuro espontâneo, as medidas adotadas para a prevenção secundária parecem ter colaborado para o controle da incidência de prematuridade (Ministério da Saúde, 2006).

A captação precoce das grávidas é um fator de extrema importância para o bom resultado perinatal, visto que possibilita a identificação precoce das gestações de risco, assim como a necessidade de intervenções. Silveira e colaboradores em 2001 obtiveram que, isoladamente, o número de consultas pré-natais não se mostrou uma variável suficiente para determinar a qualidade do cuidado. Diferentemente, no estudo atual, das 31 mulheres que tiveram parto prematuro, apenas 2 (6,45%) haviam realizado pré-natal mínimo, enquanto que 29 (93,54%) não realizaram o número mínimo de consultas preconizadas. A variável demonstrou grande diferença estatística, com valor do *p* extremamente significativo (*p* = 0,000).

No que se refere aos cuidados pré-natais, considerando, entre outras variáveis a vacinação, o presente estudo mostrou que a grande maioria das gestantes participantes (71,3%) realizaram vacinação no pré-natal em estudo, completaram o esquema de vacinação proposto pelo MS-Brasil, prevenindo possíveis doenças infecciosas e intercorrentes durante a gestação, bem como evitando a transmissão vertical destas doenças. Acreditamos que a boa significância estatística obtida para essa variável (*p* = 0,008) está relacionada à variável anterior (realização de pré-natal mínimo), pois as gestantes que realizam assistência pré-natal de melhor qualidade estão, também, mais propensas a realizar o esquema vacinal completo, tal como proposto pelo MS-Brasil. Todos os estudos afirmam a necessidade da vacinação no pré-natal, tanto da vacina antitetânica quanto a implantação da vacina contra a hepatite B. Os mesmos autores também são unanimes em afirmar a necessidade de realização da sorologia para o vírus da hepatite B, com a finalidade de evitar a transmissão vertical da doença (PACHECO, 2011).

Atualmente a redução da prematuridade é uma das principais metas a ser alcançada na assistência pré-natal. Os autores procuraram correlacionar a presença de vaginose bacteriana no pré-natal com o nascimento prematuro espontâneo. Nesse mesmo estudo, a vaginose bacteriana revelou-se um fator de risco para prematuridade. Das 103 gestantes positivas para vaginose bacteriana, 9,7% evoluíram para parto prematuro. Já no grupo de gestantes negativas para esta infecção, apenas 3,2% evoluíram para parto com menos de 37 semanas (CARVALHO, 2001).

Considerando os resultados obtidos neste trabalho, não podemos concluir que o diagnóstico de corrimento vaginal durante o pré-natal aumentou o risco de parto prematuro, já que observamos pequena diferença entre os percentuais de parto prematuro do grupo de gestantes que apresentaram corrimento vaginal durante o acompanhamento pré-natal (32,3%) e do grupo que não apresentou tal intercorrência (27,3%). A diferença entre os grupos não atingiu significância estatística. Porém, acreditamos que nossos resultados possam ter sofrido o viés do diagnóstico e tratamento precoces do corrimento vaginal durante o pré-natal, ou ainda por questões onde o médico não registra em prontuário tal impressão diagnóstica, ficando ausente essa informação.

Em outro estudo encontrou-se que o trabalho de parto pré-termo pode ser resultante de fatores genéticos e ambientais. A colonização vaginal por microrganismos patogênicos pode induzir a uma resposta imune inadequada em pacientes com predisposição genética favorecendo ainda mais a prematuridade (GONÇALVES, 2007).

O mesmo é observado quando se trata de infecção do trato urinário, que representa uma das doenças infecciosas mais comuns durante a gestação, com frequência variando de 5 a 10%. A associação entre a infecção do trato urinário e a gestação pode ocasionar piora do prognóstico gestacional, sendo as principais complicações associadas o trabalho de parto prematuro e o parto prematuro. Estudos encontraram cerca de 6% a 8% de recém-nascidos pré-termo, em uma casuística de gestantes que tiveram diagnóstico de infecção urinária durante o acompanhamento pré-natal (DUARTE, 2002).

Nossos resultados, entretanto diferiram dos similares encontrados na literatura, onde a presença de infecção do trato urinário parece aumentar a frequência de parto prematuro. Da mesma forma que para o diagnóstico de corrimiento vaginal durante o acompanhamento pré-natal, a diferença encontrada nesta pesquisa na frequência de parto prematuro foi muito pequena entre o grupo das gestantes que apresentaram diagnóstico de infecção urinária (30,8%) e o grupo das gestantes que não apresentaram (28%). Mais uma vez, consideramos a possibilidade de que nossos dados possam ter sido influenciados pelo diagnóstico precoce e tratamento das formas menos complicadas de infecção urinária (bacteriúria assintomática e cistite) evitando a evolução até as formas mais graves (pielonefrite, septicemia), que comprovadamente pioram os resultados gestacionais.

As alterações anátomo-funcionais que ocorrem no trato urinário durante a gestação tornam-se mais evidentes no segundo e, principalmente, no terceiro trimestre. Com base nesse dado, alguns autores justificam que o risco de infecção urinária sintomática aumenta com a idade gestacional (REZENDE, 2005).

A associação de infecção urinária com uma grande variedade de complicações maternas e perinatais já foi bem documentada. À luz do conhecimento atual, pode-se afirmar que o trabalho de parto pré-termo é a principal complicação associada à infecção urinária. Foi observado aumento da incidência de trabalho de parto e parto pré-termo em gestantes com anticorpos urinários elevados para抗ígenos de *Escherichia coli*. O mesmo fato foi notado quando os anticorpos para抗ígenos do *Streptococcus* do grupo B se mostraram elevados na urina dessas pacientes. Logo, o desencadeamento do trabalho de parto pode ser devido à resposta inflamatória local, secundária às infecções urogenitais.

Para reduzir as taxas de infecção urinária, bem como suas complicações durante a gravidez, vários aspectos devem ser considerados, em diversos níveis da assistência obstétrica: solicitação precoce de urocultura no pré-natal, para diagnosticar e tratar os casos de bacteriúria assintomática; utilização do tratamento antimicrobiano mais eficaz; encaminhamento para seguimento em pré-natal de alto risco e garantia de tratamento das complicações maternas e perinatais, em hospital com condições adequadas para isso (REZENDE, 2005).

Considerando as gestantes portadoras de comorbidades como: diabetes melitus, hipertensão arterial sistêmica, cardiopatias, pneumopatias, entre outras, o risco de parto prematuro pode aumentar, tendo em vista maior chance de intercorrências, uso de medicações e possíveis efeitos colaterais. A amostra obtida nesse trabalho não mostrou diferenças entre os grupos. Tal achado pode ter sido influenciado pelo pequeno número de gestação de alto risco, tendo a casuística sido composta por apenas 14 (13%) gestantes com comorbidades e a grande maioria, 94 (87%) sem comorbidades.

Na cidade do Recife, um estudo indicou alta taxa de mortalidade materna local, sendo que o percentual de subnotificação permanece elevado naquela cidade. Predominaram as causas diretas e os óbitos evitáveis, evidenciando ausência de assistência adequada ao pré-natal, parto e puerpério. Neste mesmo estudo foi encontrado que a hipertensão arterial foi responsável por grande parte dos óbitos maternos (19%), condição que pode ser facilmente identificada no pré-natal, adotando-se a terapêutica adequada para minimizar as repercussões sobre o binômio mãe-feto, inclusive internamento precoce e o parto prematuro terapêutico em centros de referência, além, é claro, do óbvio papel do planejamento familiar, uma vez que parcela considerável dessas gestações nunca deveriam ter ocorrido (COSTA, 2002).

Foi estudado o risco de parto prematuro associado à idade materna, paridade e diferenças raciais e étnicas. Neste estudo, os autores discutem sobre a real associação entre idade materna e risco aumentado de prematuridade. No estudo, foi apontado que as adolescentes parecem ter maior risco de prematuridade devido a falta de informação, imaturidade biológica, e muitas vezes fatores sócio econômicos desfavoráveis. Da mesma forma, foram estudadas as mulheres com idade igual ou superior a 35 anos e puderam descrever que o fato delas terem trabalho de parto prematuro pode estar relacionado ao envelhecimento biológico (SCHEMPF, 2007).

Com relação às diferenças raciais, foi visto que brancas têm risco elevado quando comparado a negras e hispânicas. Quando associamos ainda a paridade, tem-se que mulheres de 35 anos ou mais e primíparas tiveram risco elevado de trabalho de parto prematuro em todas as raças estudadas (brancas, negras e hispânicas). Já as mulheres nessa mesma faixa etária citada anteriormente e multíparas, o risco de trabalho de parto prematuro aumenta em negras e hispânicas (SCHEMPF, 2007).

Segundo um estudo italiano encontraram que mulheres com IMC > 25 têm maior risco de desenvolverem trabalho de parto e parto prematuro, fato ligado ao estado nutricional e metabólico dessas mulheres. Outros fatores também apontados pelos autores são estilo de vida de cada gestante, fatores ocupacionais, atividade física vigorosa, tratamentos anteriores para infertilidade, história de parto cesáreo anterior e antecedente obstétrico anterior desfavorável (RENZO, 2011).

A grande importância do parto prematuro no aumento da mortalidade infantil torna necessária a identificação das causas deste aumento por meio de estudos específicos. A partir da determinação destas causas, poderão ser planejadas

intervenções que diminuam a ocorrência de partos prematuros e, consequentemente, as taxas de mortalidade infantil. Em relação a fatores de risco para a ocorrência de parto prematuro, os artigos incluídos na presente revisão entre tantos outros fatores de risco, o tabagismo na gravidez se mostrou mais evidente (SILVEIRA, 2008).

Neste trabalho observamos o mesmo que os autores acima em relação ao tabagismo como um grande fator de risco para o parto prematuro, pois encontramos frequência muito maior de parto prematuro entre as tabagistas (43,8%) do que entre as que não fumavam (26,1%) possivelmente, porque não tivemos uma amostra tão significativa de gestantes tabagistas, nossos resultados não foram suficientes para determinar significância estatística na diferença das taxas de parto prematuro entre as mulheres fumantes e não fumantes.

Os produtos derivados do cigarro, como o monóxido de carbono e a nicotina, atravessam facilmente a placenta. O monóxido de carbono apresenta uma alta afinidade pela hemoglobina do feto, impedindo que esta se ligue ao oxigênio, favorecendo a hipoxemia fetal. A nicotina reduz a síntese de prostaciclinas, determinando vasoconstricção e o aumento da resistência vascular. Além disso, a placenta de mães tabagistas apresenta características sugestivas de hipoperfusão, e, como consequência, há uma maior incidência de retardos do crescimento intrauterino, descolamento prematuro de placenta e rotura prematura das membranas ovulares (UCHIL, 2008).

Fumar no puerpério também é prejudicial ao bebe, pois os produtos do tabaco passam pelo leite da mãe, além de ocorrer diminuição de sua produção. No entanto, mesmo sendo o fumo um dos fatores de risco mais plausíveis de suspensão e redução dos efeitos sobre o feto e o recém-nascido, somente 20% das gestantes que fumam interrompem o tabagismo durante a gravidez (EBRAHIM, 1998).

O mesmo se observa quando falamos de consumo de álcool e realização de atividades vigorosas durante a gestação. Existem vários trabalhos apontando estes como sendo importantes fatores de risco para o parto prematuro. Essas variáveis também tiveram uma amostra com estatística pouco significativa no presente estudo devido ao perfil das gestantes estudadas, possivelmente por terem maior cuidado com a gestação e evitar o consumo de álcool e tabaco e atividades vigorosas, ou mesmo por terem poucas mulheres com esse perfil no estudo (GALDUROZ, 2000).

A prática de atividade física, quando indicada, de forma regular, moderada, controlada e orientada pode produzir efeitos benéficos sobre a saúde da gestante e do feto. Foi estudado ainda que atividades na água como hidroginástica e natação são as mais indicadas para o binômio mãe-feto, agindo na diminuição de edema, como relaxamento e com ação termorreguladora (BATISTA, 2003).

O consumo de álcool durante a gestação é prejudicial tanto para a mãe quanto para o feto. Como a quantidade considerada “segura” ainda não foi estabelecida, a abstinência nessa situação é considerada a melhor conduta, visto que o etanol atravessa facilmente a barreira placentária, podendo determinar efeitos teratogênicos no feto.

Quanto à ocorrência de parto prematuro de acordo com a realização de exames de rotina do pré-natal, nos três trimestres da gestação, temos uma análise estatística muito significante ($p = 0,00$), onde neste trabalho 100% das mulheres que realizaram os exames de rotina nos três trimestres da gestação tiveram parto a termo. Mais uma vez, da mesma forma como a realização do pré-natal mínimo e a realização de vacinação completa, acreditamos que esse achado de grande significância estatística novamente corrobore a hipótese de que, sim, a assistência pré-natal de qualidade é a ação mais importante no sentido de se evitar o parto prematuro. Esse resultado foi de acordo com outros estudos que apontam para a mesma direção, onde gestantes que realizam exames de rotina têm mais oportunidade de diagnóstico e tratamento precoce de alguma comorbidade ou complicação potencialmente determinante de parto prematuro (SILVEIRA, 2008).

Considerando a paridade, observa-se que o número de gestações não tem influência estatística significativa na ocorrência de parto pré-termo, já que a grande maioria das gestantes estudadas que estavam na primeira ou mais gestação não tiveram seus partos prematuros. Nossa revisão bibliográfica não evidenciou nenhum estudo que mostre algo sustentado quanto à influência da paridade na ocorrência de parto prematuro. Sabemos que a idade materna avançada pode ser fator de risco para prematuridade e outros problemas gestacionais, e por vezes podemos relacionar a idade avançada da gestante com o número de gestações, esse fato pode justificar a hipótese (MAGALHÃES, 2006).

Quando se trata de antecedente obstétrico anterior desfavorável, neste trabalho não houve associação quanto à prematuridade, uma vez que a grande maioria das gestantes que tiveram antecedente obstétrico desfavorável não sofreram parto prematuro, o fato se deve ao maior cuidado por parte do médico obstetra que participa do pré-natal da gestante, e da própria gestante que usa meios para se proteger de fatores de risco que podem vir a causar o parto prematuro (MAGALHÃES, 2006).

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Diante do exposto, concluímos que houve impacto na assistência pré-natal tal como preconizada pelo MS-Brasil, completa e humanizada, na prevenção de prematuridade em gestantes que foram atendidas em uma UBS no município de Cascavel - PR no ano de 2012.

Avaliamos que diante de medidas preventivas podemos evitar a prematuridade, através do acesso aos serviços de saúde, com a realização de pré-natal mínimo, vacinação, exames de rotina, diagnóstico e tratamento precoce. Esses aspectos foram investigados ao longo deste trabalho, e mostraram ter eficácia estatística.

REFERENCIAS

- BATISTA, D.C.; CHIARA, V.L.; GUGELMIN, S.A.; MARTINS, P.D. **Atividade física e gestação: saúde da gestante não atleta e crescimento fetal.** Revista Brasileira de Saúde Materna, 2003.
- CARVALHO, M.H.B.; BITTAR, R.E.; MAGANHA, P.P.A.S.; PEREIRA, S.V.; ZUGAIB, M. **Associação da Vaginose Bacteriana com o Parto Prematuro Espontâneo.** RBGO 23 (8): 529-533, 2001.
- CORREA, M.D. **Noções Práticas de Obstetrícia.** Medsi. 12º ed. Capítulos 3 e 18.
- COSTA, A.A.R., RIBAS, M. S. S. S., AMORIM, M. M. R., SANTOS, L. C. **Mortalidade Materna na Cidade do Recife.** Rev. Bras. Ginecol. Obstet. vol.24 no.7 Rio de Janeiro Aug. 2002.
- CUNHA, S.P.; DUARTE, G. **Infecção urinária na gravidez. Gestação de Alto Risco.** 1ªed. Rio de Janeiro: MEDSI; 1998. p.211-20.
- DUARTE, G.; MARCOLIN, A.C.; QUINTANA, S.M. CAVALLI, R.C. **Infecção urinária na gravidez.** Rev Bras Ginecol Obstet. 2008; 30(2):93-100.
- EBRAHIM, S.H.; LUMAN, E.T.; FLOYD, R.L., et al. **Alcohol consumption by pregnant women in the united states during 1988-1995.** Obstet Gynecol 92: 187-192, 1998.
- FREITAS, F.; COSTA, S.H.M.; RAMOS, J.G.L.; MAGALHÃES, J.A. **Rotinas em Obstetrícia.** Artmed. 6º ed. 2011.
- GALDURÓZ, J.C.F.; NOTO, A.R.; NAPPO, A.S. et al. **Levantamento Domiciliar sobre o Uso de Drogas. Parte A: estudo envolvendo as 24 maiores cidades do Estado de São Paulo – 1999.** Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas. Departamento de Psicobiologia da Escola Paulista de Medicina, p. 143, 2000.
- GONÇALVES, A.K.S.; FREIRE, A.C.T.B.; JUNIOR, F.C.C.; ARAUJO, V.F.; CORNETTA, M.C.M. **O papel das infecções genitais na fisiopatologia do trabalho de parto pré-termo.** Universidade Federal do Rio Grande do Norte. Revista Femina, agosto 2007, vol 35, nº 8.
- MAGALHÃES, M.L.C.; FURTADO, F.M.; NOGUEIRA, M. B.; CARVALHO, F.H.C.; ALMEIDA, F.M.L.; MATTAR, R.; CAMANO, L. **Gestação na adolescência precoce e tardia – há diferença nos riscos obstétricos?** Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia. 2006; 28(8): 446-52
- MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Manual técnico: Pré-natal e Puerpério. Atenção qualificada e humanizada.** Caderno n5. 2006.
- MONTENEGRO, C.A.B.; FILHO, R.J. **Obstetrícia Fundamental.** 12.ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2011.
- PACHECO, A. J. **Vacinação da gestante no Pré-Natal – Revisão integrativa da literatura.** UFMG, 2011.
- RADES, E.; BITTAR, R.E.; ZUGAIB, M. **Determinantes diretos do parto prematuro eletivo e os resultados neonatais.** RBGO 26 (8): 655-662, 2004.
- RENZO, G.C.; GIARDINA, I.; ROSATI, A.; CLERICI, G.; TORRICELLI, M.; PETRAGLIA, F. **Maternal risk factors for preterm birth: a country-based population analysis.** European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology 159 (2011) 342–346
- REZENDE, J. **Descolamento prematuro da placenta.** 10 ed. Rio de Janeiro. Guanabara-Koogan; 2005. P. 859-69.
- SALGE, A.K.M., VIEIRA, A.V.C., AGUIAR, A.K.A., LOBO, S.F., XAVIER, R.M., ZATTA, L.T., CORREA, R.R.M., SIQUEIRA, K.M., GUIMARÃES, J.V., ROCHA, K.M.N., CHINEM, B.M., SILVA, R.C.R. **Fatores maternos e neonatais associados à prematuridade.** Rev. Eletr. Enf. [Internet]. 2009;11(3):642-6.
- SENESI, L.G.; TRISTÃO, E.G.; ANDRADE, R.P.; KRAJDEN, M.L.; JUNIOR, F.C.O.; NASCIMENTO, D.J. **Morbidade e Mortalidade Neonatais Relacionadas à Idade Materna Igual ou Superior a 35 Anos, segundo a Paridade.** RBGO 26 (6): 477-482, 2004.

SILVEIRA, M.F.; SANTOS, I.S.; BARROS, A.J.D.; MATIJASEVICH, A.; BARROS, F.C.; VICTORA, C.G. **Aumento da prematuridade no Brasil: revisão de estudos de base populacional.** Rev Saude Publica 2008;42(5):957-64.

SILVEIRA, D.S.; SANTOS, S.I.; COSTA, J.S.D. **Atenção pré-natal na rede básica: uma avaliação da estrutura e do processo.** Caderno de Saude Publica 2001; 17:131-9.

SCHEMPF, A.H.; BRANUM, A.M.; LUKACS, S.L.; SCHOENDORF, K.C. **Maternal age and parity-associated risks of preterm birth: differences by race/ethnicity.** Paediatric and Perinatal Epidemiology, 21, 34-43. 2007.

UCHIL, E. T. Y.; CAP, M. M. S.; CARDOSO, M. **Drogas de abuso e gravidez.** Rev. Psiq. Clín 35, supl 1; 44-47, 2008.