



INDICADORES DE RISCO PARA O PARTO PREMATURO

RISK INDICATORS FOR PREMATURE LABOR

Juliana Ferreira Espindola¹, Erci Gaspar da Silva Andrade²

1. Faculdade Evangélica de Valparaíso.

2. Faculdade Evangélica de Valparaíso. ercigaspar@senaaires.com.br

RESUMO

A prematuridade representa um dos maiores desafios da obstetrícia moderna, sendo a principal causa de morbimortalidade neonatal. Apesar dos avanços nas últimas décadas, sua incidência permanece inalterada no Brasil. Além disso, o diagnóstico do trabalho de parto prematuro pode, muitas vezes, ser um desafio: nem todas as pacientes com contrações antes de 37 semanas irão evoluir para um parto prematuro. A fim de tornar esse diagnóstico mais preciso e elucidar para os obstetras quais são as pacientes que realmente apresentam um risco maior para prematuridade, muitos autores têm pesquisado marcadores capazes de prever tal risco. Com o objetivo de diminuir a incidência dos partos prematuros, atualmente buscam-se estratégias capazes de prevenir o parto prematuro. A presente pesquisa discute os principais preceptores de risco e métodos de prevenção. A pesquisa justifica-se que a população estudada foi composta por gestantes que tiveram partos prematuros com média de 6,6%, sendo variáveis de estado para estado podendo atingir taxas de até 9% e com tendência a elevação em algumas metrópoles tende-se que 75% dos casos o parto prematuro é espontâneo. O principal objetivo é investigar os fatores biológicos relacionados às intercorrências maternas na gravidez que podem desencadear o trabalho de parto prematuro.

Descritores: Prematuridade; Diagnóstico; Prevenção.

ABSTRACT

Prematurity represents one of the greatest challenges of modern obstetrics, being the main cause of neonatal morbidity and mortality. Despite advances in the last decades, their incidence remains unchanged in Brazil. In addition, the diagnosis of preterm labor can often be a challenge: not all patients with contractions before 37 weeks will progress to premature labor. In order to make this diagnosis more accurate and to elucidate for obstetricians which patients actually present a higher risk for prematurity, many authors have been searching for markers capable of predicting such risk. In order to reduce the incidence of preterm deliveries, strategies are currently being sought to prevent preterm birth. The present review discusses the main predictors of risk and prevention methods. The study justifies that the studied population was composed of pregnant women who had a preterm birth with a mean of 6.6%, being variables from state to state, reaching rates of up to 9% and with a tendency to increase in some metropolises tended to be 75% of cases premature delivery is spontaneous. The main objective is to investigate the biological factors related to maternal complications in pregnancy that can trigger preterm labor.

Descriptors: Prematurity; Diagnosis; Prevention.

Como citar: Espindola JF, Andrade EGS. Indicadores de risco para o parto prematuro. Rev Inic Cient Ext. 2018; 1(2): 67-72.

INTRODUÇÃO

Uma gravidez normal dura de 37 a 42 semanas desde que é feito o cálculo da idade gestacional a partir do primeiro dia da última menstruação. No entanto, o parto prematuro é definido como a ocorrência do nascimento antes de 37 semanas completas de gestação, apresentando uma incidência variável de acordo com as características populacionais. Aproximadamente nos Estados Unidos, cerca de 10% dos bebês nascem prematuros, 80% deles são causados por conta própria do parto prematuro ou por ruptura das membranas fetais. As informações publicadas pelo Ministério da Saúde mostram que os nascimentos prematuros na população brasileira têm se mantido constante nos últimos anos com média de 6% sendo variáveis de estado para estado podendo atingir taxa de até 9% e com tendência a elevação em algumas metrópoles.¹ Embora a sobrevivência dos recém-nascidos prematuros tenha melhorado nos últimos anos, a prematuridade ainda é a principal causa de mortalidade neonatal.

A prematuridade pode ser classificada segundo a sua evolução clínica em eletiva ou espontânea. Na eletiva a gestação é interrompida em virtude de complicações maternas, por exemplo, doença hipertensiva, descolamento prematuro de placenta prévia, entre outros. Já o parto prematuro eletivo, é a interrupção da gestação quando é realizado em decorrência de alguma complicação materna ou fetal.²

O nascimento prematuro é um dos maiores problemas ainda não solucionados na obstetria apesar de as estratégias de prevenção durante o pré-natal e da assistência neonatal ter evoluído muito nos últimos anos, no entanto, a sua incidência de morbidade e mortalidade neonatal continua elevada. Além disso, suas complicações estão entre as principais causas de morte no primeiro ano de vida da criança.³⁻⁴

Além dos fatores de risco já subjacentes conhecidos difíceis de serem controlados, são mais comuns de ordem socioeconômica as infecções e as diversas complicações clínicas e obstétricas. Nos últimos anos vem se somando as gestações gemelar muitas vezes decorrente da gravidez em idade avançada e da maior oferta de técnicas de reprodução assistida. Além disso, o estresse emocional cotidiano da mulher moderna também vem contribuindo para o maior risco de parto prematuro.⁵

A sua prevenção durante o pré-natal é poucas vezes possível, pois geralmente apresenta etiologia multifatorial ou desconhecida, dessa maneira a inibição das contrações uterinas ou tocólise que é o último recurso preventivo disponível ao obstetra para adiar o nascimento, mesmo sabendo que a tocólise não evita o parto prematuro e na maioria das vezes, é possível apenas abolir as contrações uterinas por algum tempo.⁶ No entanto quando você pode adiar o parto por pelo menos 48 horas torna-se possível à realização da corticoterapia antenatal que é uma avaliação do desconforto respiratório do nascido vivo e com isso, a redução do risco de complicações neonatais tais como a síndrome do desconforto respiratório (SDR), a hemorragia cerebral a enterocolite necrosante que é uma doença de desenvolvida principalmente em pré-termos ou neonatos doentes caracterizada por necrose da mucosa ou até mesmo profundas da mucosa intestinal, e a morte neonatal. Além disso, tal medida permite uma eventual transferência da gestante para outro serviço hospitalar com melhores condições de atendimentos a prematuros.⁷

No falso trabalho de parto (FTP), não ocorre mudança progressiva do colo e as contrações cessam espontaneamente após um período de observação. Para o diagnóstico diferencial em casa duvidoso, é importante que a gestante seja observada durante duas ou três horas antes de iniciar tocólise que é qualquer modalidade de tratamento medicamentoso desenvolvido para inibir as contrações uterinas em gestantes com risco de trabalho de parto prematuro.⁴ Há outros recursos que podem ser utilizados nos casos em que há dúvidas como o teste para detecção da fibronectina fetal e a ultrassonografia transvaginal para medida do comprimento do colo uterino.⁸⁻⁹ Quando os testes são positivos tanto para fibronectina fetal quanto para a medida do comprimento do colo uterino é menor que 15 mm, é altamente provável que o parto ocorra por outro lado o teste da fibronectina fetal negativo e a medida do colo uterino igual ou maior que 15 mm.⁹

Infelizmente a dificuldade de Diagnóstico do verdadeiro falso trabalho de parto e os diferentes critérios utilizados para tanto, tornam difícil a interpretação dos resultados de trabalhos científicos sobre os distintos tipos de útero-útero. A primeira dificuldade é reconhecimento do início do trabalho de parto, o útero apresenta a atividade contrátil durante toda a gestação com contrações de dois tipos de baixa e de grande amplitude de Braxton Hicks. No último trimestre da gestação as contrações de Braxton Hicks vão se tornando cada vez mais frequentes e podem ser confundidas com contrações de trabalho de parto tal fato é responsável pelas internações desnecessárias em cerca da metade da gestante supostamente em falso trabalho de parto.¹⁰

MÉTODOS

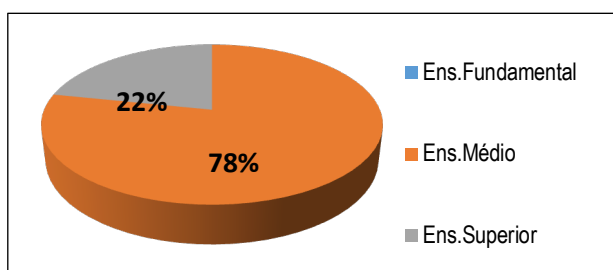
Trata-se de um estudo transversal que desencadeia uma abordagem qualitativa com ênfase em fatores clínicos para o parto prematuro onde alguns apresentam riscos substanciais tais como história de parto prematuro, gemelidade e sangramento vaginal do segundo trimestre. Essa pesquisa foi realizada no Centro de Ensino Especial do Gama no Estado de Distrito Federal. A coleta de dados foi realizada em setembro de 2017. A população estudada é composta por 25 mães que tiveram parto prematuro de ambos os sexos. Em critério de inclusão serão incluídas as mães que tiveram recém-nascidos no hospital do Gama. O critério de exclusão para elaboração deste estudo foi às mães que se negar a participar da pesquisa. No tratamento e tabulação dos dados foi utilizada Microsoft Excel 2010, originando os gráficos e a tabela mostrados neste artigo, onde se utiliza técnicas específicas, sendo este método utilizado para precisão de resultados podendo evitar distorções de análises e interpretações, dando margem de segurança em relação às conclusões. Não houve necessidade de mudança do esquema.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A coleta dos dados foi realizada através de questionário com 18 questões, aplicadas a 25 mães que tiveram filhos prematuros. As idades variam entre 20 e 40 anos e acima de 45 anos. Nenhuma das entrevistadas se recusou a preencher as perguntas referentes aos dados pessoais. Dentre elas, 1 tinha idade maior do que 40 anos, e 10 acima de 20 anos, 10 maior de 25 anos e 4 possuía idade entre 30 e 35 anos.

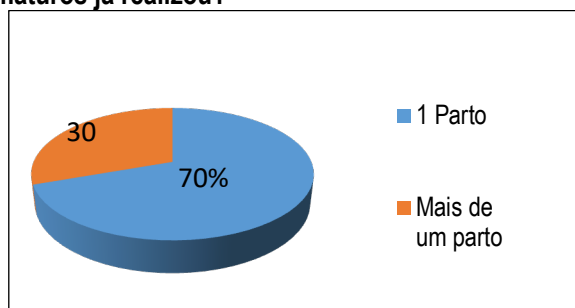
Os dados pessoais do questionário dispõem de tópicos como nível de escolaridade, onde todas as entrevistadas tem ensino médio completo, porém apenas 5 delas tem curso superior. No que diz em relação a renda familiar, 3 delas nunca trabalharam fichadas, 12 recebem mais ou menos acima de 4 salário mínimo e 3 delas trabalham por conta própria. Com base nos dados e o objetivo da pesquisa, foram estabelecidas as seguintes categorias: Investigar os fatores biológicos relacionados às intercorrências maternas na gravidez que podem desencadear o trabalho de parto prematuro.

1.1 Qual o nível de escolaridade?



Apenas 22% (5) delas afirmam ter ensino superior completo, a maioria das que não tem, responderam que não tem por falta de opção e outras por falta de oportunidade. Acreditam que o ensino faz um grande diferencial no que se diz em respeito ao assunto, pois é um dos meios importantes para entender de forma explícita motivos, causas que levam a prematuridade.

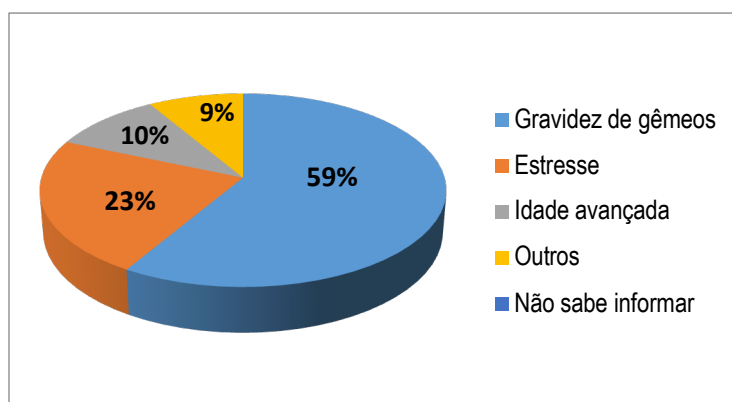
1.2 Quantos partos prematuros já realizou?



Ao ser questionadas quantos partos prematuros já realizou 70% (18) responderam que realizaram somente um parto prematuro e, 30% (7) disseram que realizaram mais de um parto prematuro. O número de mulheres que realizaram mais de 1 parto prematuro é pequeno, pois quando são acometidas

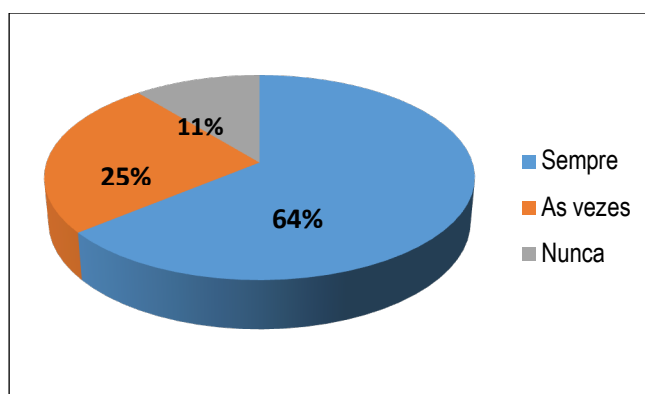
por este fator, são encaminhadas para realizarem um tipo de tratamento, afim de identificar a causa que pode ter levado o surgimento da prematuridade. É feito um acompanhamento tanto para a criança quanto para a mãe.

1.3 Que fator você considera ter contribuído decisivamente para a ocorrência do parto prematuro?



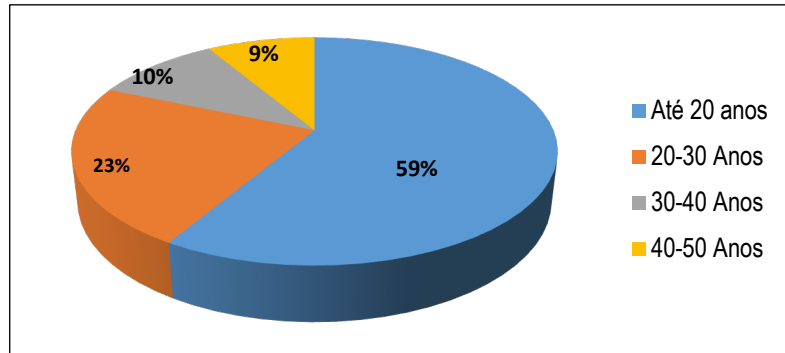
Ao serem entrevistadas, 59% (15) responderam que um dos principais fatores para que ocorresse a prematuridade deu-se pelo fato de ter tido gravidez gemelar e 10% (4) acreditam que a idade avançada é um dos fatores que ocasionou o surgimento da prematuridade. Outro fator observado e questionados pelas mães, é que 23% (8) delas passam por situações e até mesmo viver em períodos estressantes. Dentre outras causas, o estresse vem sendo atualmente um dos principais causadores da prematuridade, o que atrapalha no desenvolvimento da criança ainda dentro da barriga da mãe. Ficando apenas abaixo do estresse diário, a gravidez gemelar também é um grande risco para que ocorra a prematuridade a chance se torna maior, pelo o simples fato de na maioria das vezes a gravidez não chegar até a 38ª semanas⁽⁹⁾.

1.4 Realizou os exames pré-natais durante a gestação?



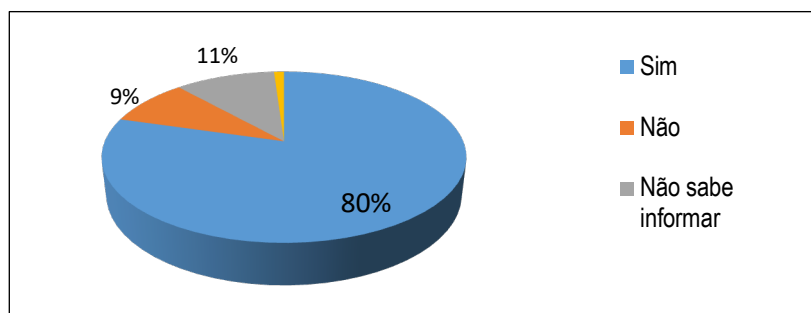
No período da coleta de dados, foi possível observar que 11% (6) das mães não realizaram o pré-natal o que pode ter influenciado para que tal fato ocorresse e 25% (10), iam para as consultas de pré-natal às vezes. O ponto crucial para evitar a prematuridade é um bom acompanhamento médico durante a gestação. O ideal é que haja, pelo menos, uma consulta mensal com o obstetra para identificar possíveis problemas durante a gravidez ou com o desenvolvimento do feto.

1.5 Qual a sua idade quando realizou o parto prematuro?



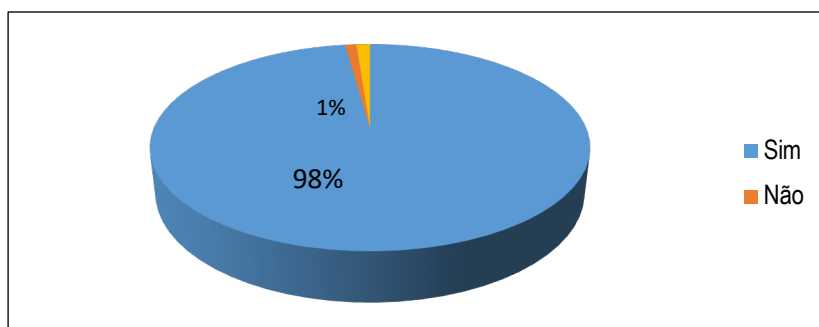
Em pesquisas com as pacientes, pude observar que 59% (19) das entrevistadas, foram acometidas por parto prematuro antes mesmo de terem 20 anos de idade e 9% (5). Além disso, quando a mulher tem mais 35 anos ou menos de 16, tem mais chances de parto prematuro.⁽⁹⁾

1.6 O médico prescreveu algum medicamento para evitar ou retardar a ocorrência do parto prematuro?



Segundo as entrevistadas 90% (23) não receberam nenhum tipo de medicamento relacionado a evitar ou retardar a ocorrência de parto prematuro. Acreditam que a rede pública não possui recursos suficientes para tratar a prematuridade pelo o sistema único de saúde. Apenas 10% (02) fizeram tratamento em uma unidade privada afim de retardar a ocorrência do parto prematuro, por já terem riscos de ter em sua gestação fatores que provoquem a prematuridade.

1.7 Você considera que a falta de informações sobre as medidas preventivas e os preventivos e os indicadores de risco contribuem para a ocorrência dos partos prematuros?



Grande maioria das entrevistadas 98% (24), dizem que a falta de informação e comunicação para com os pacientes e se torna um dos fatores para a ocorrência do parto prematuro, pois pouco se sabe quais são os fatores de risco, os sinais e sintomas que atribuem para o surgimento do mesmo.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O parto prematuro representa um dos maiores desafios da atualidade para os obstetras. Apenas o conhecimento de seus fatores de risco não reduz a sua incidência, a etiologia do parto prematuro é multifatorial. Há que se considerar a preocupação constante com os recém-nascidos prematuros bem como com as condições perinatais que sobre eles repercutem. A fragilidade dos recém-nascidos prematuros contribui para a possibilidade eminente de riscos, agravos e sequelas de diversos tipos com diferentes consequências e interveniências no processo do desenvolvimento e crescimento infantil. Portanto, faz-se necessário prever e considerar riscos e prognósticos para que se possa eventualmente instaurar e promover medidas preventivas.

No entanto conclui-se que o acompanhamento da gestante no pré-natal é de extrema importância quando se identifica que o feto corre o risco de nascer prematuro a fim de prevenir outros danos que podem prejudicar de forma direta afetando intensamente no desenvolvimento da criança.

REFERÊNCIAS

1. Cunha AL, Fernandes DS, Melo PF, Guedes MH. Fatores associados à asfixia perinatal. *Rev Bras Ginecol Obstet* 2004 Nov/dez; 26 (10): 799-805.
2. Carvalho M, Gomes MASM. A mortalidade do prematuro extremo em nosso meio: realidade e desafios. *J Pediatr* 2005 mar/abr; 81(1): 111-18.
3. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Políticas de Saúde. Área Técnica de Saúde da Mulher. Parto, aborto e puerpério: assistência humanizada à mulher. Brasília (DF).
4. Motta ME, Silva GA, Araújo OC, Lira PI, Lima MC. O peso ao nascer influencia o estado nutricional ao final do primeiro ano de vida? *J Pediatr* 2005 set/out; 81(5):377- 82.
5. Ministério da Saúde (BR). Para entender a gestão do SUS: CONASS. Brasília (DF);
6. Costa CE, Gottlieb SLD. Estudo epidemiológico do peso ao nascer a partir da declaração de nascido vivo. *Rev Saúde Pública* 1998; 32:328-34.
7. Ministério da Saúde. Metas da cúpula mundial em favor da infância, avaliação de meia década, 1990-1995, Brasil. Brasília (DF): MS/COMIN; 1997.
8. Monteiro CA, Nazário CL. Declínio da mortalidade infantil e equidade social: o caso da cidade de São Paulo entre 1973 e 1993. In: Monteiro CA, organizador. Velhos e novos males da saúde no Brasil. São Paulo: Hucitec; 1995. p. 173-85.
9. Almeida MF, Melo Jorge MHP. Pequenos para idade gestacional: fator de risco para mortalidade neonatal. *Rev Saúde Pública* 1998;32:217-24.
10. Ramos L, Vieira ML. A relação entre educação e salários no Brasil. In: IPEA. Economia brasileira em perspectiva. Rio de Janeiro; 1996. v. 2. p. 493-510.