

Universidade Evangélica de Goiás – UniEVANGÉLICA
Curso de Medicina

**ANÁLISE DA OCORRÊNCIA DO PARTO PREMATURO EM UM HOSPITAL
PÚBLICO NO MUNICÍPIO DE ANÁPOLIS - GOIÁS**

Isabelle Dias Cavalcante
Isabella Caroline Andrade
Laís Rodrigues de Melo
Mândala Borges Dias
Matheus Castro Junqueira

Anápolis, Goiás

2021

Universidade Evangélica de Goiás – UniEVANGÉLICA
Curso de Medicina

**ANÁLISE DA OCORRÊNCIA DO PARTO PREMATURO EM UM HOSPITAL
PÚBLICO NO MUNICÍPIO DE ANÁPOLIS - GOIÁS**

Trabalho de curso apresentado à disciplina de
Iniciação Científica do Curso de Medicina do
Centro Universitário de Anápolis –
UniEVANGÉLICA, sob a orientação da Profa.
Esp. Danielle Brandão Nascimento.

Anápolis, Goiás

2021

FOLHA DE APROVAÇÃO



CARTA DE ENCAMINHAMENTO

ENTREGA DA VERSÃO FINAL DO TRABALHO DE CURSO

PARECER FAVORÁVEL DO ORIENTADOR

À

Coordenação de Iniciação Científica
Faculdade de Medicina – UniEvangélica

Eu, Prof.^a Orientadora **Danielle Brandão Nascimento** venho, respeitosamente, informar a essa Coordenação, que os acadêmicos **Isabelle Dias Cavalcante, Isabella Caroline Andrade, Laís Rodrigues de Melo, Mândala Borges Dias e Matheus Castro Junqueira**, estão com a versão final do trabalho intitulado **Análise da ocorrência do parto prematuro em um hospital público no município de Anápolis - Goiás** pronta para ser entregue a esta coordenação.

Observações:

Anápolis, **21** de **maio** de **2021**.

Danielle Brandão Nascimento

Professora Orientadora

Resumo

O parto prematuro ou parto pré-termo é aquele que acontece após a 20^a semana de gestação e antes da 37^a semana. O Brasil assume a 10^a posição entre os países responsáveis por 60% dos nascimentos prematuros do mundo. Alguns fatores genéticos e comportamentais maternos podem ser destacados por interferirem em um parto pré-termo e tais intercorrências poderiam ser evitáveis com acompanhamento adequado que favoreça o diagnóstico e tratamento precoce. Diante do exposto o objetivo desse estudo foi analisar a ocorrência do parto prematuro em um hospital público no município de Anápolis (GO) no período de janeiro de 2018 a dezembro de 2019. Trata-se de um estudo de caráter epidemiológico, retrospectivo, descritivo e de abordagem quantitativa dos casos identificados de parto prematuro. O estudo foi realizado utilizando-se prontuários de pacientes que tiveram parto em um hospital da rede pública e compôs-se de população estimada em aproximadamente 7.400 casos, nos dois anos de estudo. Com a realização do estudo, obteve-se um registro de 9,8% de ocorrência de partos prematuros em uma maternidade do serviço público, assim como discutiu-se os principais fatores de risco associados no desenvolvimento da prematuridade: maternos, socioeconômicos e ambientais.

Palavras Chave: Cuidado Pré-Natal. Gravidez de Alto Risco. Nascimento Prematuro.

Abstract

Premature or preterm birth is one that occurs after the 20th week of pregnancy and before the 37th week. Brazil takes the 10th position among the countries responsible for 60% of premature births in the world. Some maternal genetic and behavioral factors can be highlighted because they interfere with a preterm birth and such complications can be avoided with adequate monitoring that favors early diagnosis and treatment. Given the above, the objective of this study was to analyze the occurrence of premature birth in a public hospital in the city of Anápolis (GO) from January 2018 to December 2019. This is an epidemiological, retrospective, descriptive and quantitative approach to the identified cases of premature birth. The study was carried out using the medical records of patients who gave birth in a public hospital and consisted of an estimated population of approximately 7,400 cases in the two years of the study. With the realization of the study, it was obtained a record of 9.8% of the occurrence of premature births in a public service maternity hospital, as well as discussing the main risk factors associated with the development of prematurity: maternal, socioeconomic and environmental.

Keywords: Prenatal Care. High Risk Pregnancy. Premature Birth.

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	7
2. REVISÃO DE LITERATURA	9
2.1. Definição e Epidemiologia	9
2.2. Etiologia	9
2.3. Fatores de risco e Prevenção	10
3. OBJETIVOS	13
3.1. Objetivo Geral	13
3.2. Objetivos Específicos	13
4. MÉTODOS	14
4.1. Desenho de estudo	14
4.2. Local de realização	14
4.3. População	14
4.4. Critério de inclusão	14
4.5. Critério de exclusão	14
4.6. Processo de coleta de dados	14
4.7. Metodologia de análise de dados	15
4.8. Aspectos éticos	15
5. RESULTADOS	16
6. DISCUSSÃO	19
7. CONCLUSÃO	21
8. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	22
9. APÊNDICES	24
9.1. Apêndice I	24
10. ANEXOS	25
10.1. Anexo I	25

1. INTRODUÇÃO

A Organização Mundial da Saúde (OMS) conceituou o parto prematuro ou parto pré-termo aquele que acontece após a 20ª semana de gestação e antes da 37ª semana. Essa situação está relacionada a uma elevada morbidade neonatal e leva a consequências adversas à saúde a longo prazo (AHUMADA-BARRIOS; ALVARADO, 2016).

Apesar de passar por diversas mudanças e evoluções, a prematuridade continua sendo um desafio para saúde pública. O Brasil assume a 10ª posição entre os países responsáveis por 60% dos nascimentos prematuros do mundo, com cerca de 340 mil nascimentos de bebês. Para que haja mudanças nesse cenário é necessário melhorias no preparo dos serviços de saúde para melhor atender e amparar as gestantes com suas necessidades, realizando um pré-natal adequado para possível identificação precoce dos fatores de risco para o parto prematuro, visando assim, uma intervenção que contribua para o prognóstico da mãe e filho (POHLMANN et al., 2016).

Segundo o Protocolo da Atenção Básica: Saúde das Mulheres (2016), existem alguns elementos de risco para o parto pré-termo, que inclui: história prévia de parto prematuro com ou sem trabalho de parto prematuro; história prévia de um ou mais abortos espontâneos no segundo trimestre; complicações clínicas e obstétricas maternas; atividade física aumentada; tabagismo; uso de cocaína; ausência de assistência pré-natal; situações de alto estresse; gestação múltipla; polidrâmnio ou sobredistensão uterina; restrição do crescimento fetal; anomalias congênitas; rotura prematura de membranas pré-termo; descolamento prematuro de placenta; presença de dispositivo intrauterino (DIU) na cavidade uterina; miomatose uterina; anomalias uterina; incompetência istmo-cervical; infecções maternas; síndrome do anticorpo antifosfolípide; traumas e cirurgias.

Existe também uma associação entre a cor da pele/raça e a ocorrência do trabalho de parto prematuro (TPP). Segundo a meta-análise proposta por Oliveira et al. (2018), mulheres negras tem mais chances de evoluir com trabalho de parto pré-termo do que mulheres brancas. Essa relação não possui um mecanismo totalmente evidenciado, mas possui uma perspectiva na determinação social, em que incluem fatores como etilismo, tabagismo, drogadição e assistência pré-natal. Além disso, a condição socioeconômica, renda familiar, habitação, ocupação, educação, tipo de trabalho materno e maternidade solitária também são fatores que influenciam na ocorrência de nascimento de prematuros. Em suma, as mulheres negras estão mais expostas a uma pior condição socioeconômica e má nutrição.

Vanin (2020), relatou em seu estudo, que é a infecção do trato urinário (ITU) é mais prevalente durante a gestação, sendo a que mais correlacionada à prematuridade. Concomitante à ideia, Alves (2019) reitera que a ITU na gravidez sucede à dilatação pélvica renal e hidroureter, aumento do tamanho renal, aumento da produção de urina, mudança na posição da bexiga que de pélvica passa a abdominal, redução do tônus vesical e relaxamento da musculatura lisa da bexiga e do ureter. Enquanto Almeida (2018) relata que de quase 15% das mulheres que tiveram parto prematuro, esses, tiveram uma história prévia de parto prematuro e aborto prévio.

Em conformidade com Almeida et al. (2018), observado em diversos estudos, esse relatou que a assistência pré-natal tem uma importância fundamental no rastreamento e diagnóstico das pacientes que poderão ter um parto pré-termo, tendo assim, a chance de se tomar medidas que possam inibi-lo ou que possam garantir a sobrevivência do concepto, possivelmente nesse caso diminuindo a morbimortalidade.

O parto prematuro é um complicador da saúde materna e fetal apesar de apresentar etiologia desconhecida é apontado como a principal causa de morbimortalidade neonatal do mundo (ALVES, 2019). Considerando isso, foi realizado um diagnóstico situacional de saúde, onde observou-se a primordialidade de discutir a epidemiologia do parto prematuro em um hospital da rede pública na cidade de Anápolis.

Pretende-se com a produção do trabalho singularizar os perfis e condições que estão mais associados à elevada ocorrência de partos prematuros na rede pública para contribuir em protocolos a nível nacional e regional. Diante recomendações pretende-se prover apoio às gestantes, por meio de oferta de pré-natal adequado e de qualidade, além de fomentar meios para os quais haja incentivo de políticas públicas de saúde voltadas para os principais fatores de risco mais comuns priorizando a redução da ocorrência da prematuridade.

Diante do exposto, o objetivo do presente estudo foi analisar a ocorrência do parto prematuro em um hospital público no município de Anápolis (GO) no período de janeiro de 2018 a dezembro de 2019.

2. REVISÃO DE LITERATURA

2.1. Definição e Epidemiologia

O parto prematuro é definido pela Organização Mundial da Saúde (OMS) como o nascimento que ocorre antes de 37 semanas completas. Subdivide-se em pré-termo extremo se menor que 28 semanas, muito pré-termo se entre 28 e 31 semanas, pré-termo moderado se entre 32 e 37 semanas e pré-termo tardio se entre 34 a 37 semanas (TASCÓN et al., 2016).

O parto pré-termo é uma importante intercorrência obstétrica que acomete cerca de 12% das gestações, sua ocorrência não tem diminuído nos últimos anos e esse número é mais relevante ainda quando se sabe que mais de 70% dos bebês que nascem antes do período morrem nos primeiros 28 dias de vida, sendo essa situação evitável por meio de acompanhamento adequado (ALVES, 2019).

2.2. Etiologia

A prematuridade tem etiologia complexa e depende do contexto social envolvido. A compreensão dos fatores de risco associados ao parto prematuro permite um planejamento objetivo para o enfrentamento deste desfecho, evitando-se oportunidades perdidas, de intervenção e em tempo hábil (TUON, 2016).

As possíveis causas mais importantes que contribuem para a prematuridade são: fatores obstétricos, ginecológicos e clínico-cirúrgico, alterações hormonais, incompetência cervical, sangramentos vaginais, placenta prévia, descolamento prematuro de placenta, malformação uterina e fetal, restrição do crescimento fetal, partos prematuros anteriores, infecções, doenças maternas crônicas e procedimentos cirúrgicos durante o período gestacional (OLIVEIRA; BRITO; COSTA NETO, 2019).

Uma possível associação entre estresse materno e prematuridade surgiu após um boletim da OMS que observou aumento entre as taxas de prematuridade entre mulheres negras de baixa renda, que viviam em ambientes com mais fatores estressantes tais como violência doméstica, dificuldades financeiras, desestruturação familiar. Desde então, vem surgindo evidência crescente de que o estresse vivenciado pela gestante durante o pré-natal é fator de risco para desfechos adversos no nascimento (BRITO, 2018).

A doença hipertensiva específica da gravidez (DHEG) se dá pela elevação da pressão arterial e acomete cerca de 22% das gestantes, podendo essa ser classificada em hipertensão crônica, pré-eclâmpsia, eclâmpsia, pré-eclâmpsia sobreposta à hipertensão crônica

e hipertensão gestacional. Tem como complicações maternas o deslocamento prematuro da placenta, a coagulopatia e a síndrome HELLP frequentemente associadas à prematuridade (KERBER et al., 2017).

Dentre diversos fatores responsáveis pelo parto prematuro, as alterações da microbiota vaginal se destacam, sendo os maiores indicativos desse problema. Segundo Vettore (2013), essas alterações deixam o ambiente propenso à infecção do trato urinário (ITU) causada por bactérias devido ao fato de que durante a gestação há dilatação pélvica renal, aumento do tamanho renal e produção aumentada de urina, mudança na posição da bexiga, redução do tônus vesical e relaxamento da musculatura lisa da bexiga e do ureter. Segundo Berger (2016), as ITUs configuram a complicação mais comum na atenção primária, pois é provocada essencialmente pela falta de higiene e baixa ingestão hídrica, por isso, o diagnóstico precoce sucedido de terapêutica apropriada adequada e emergente durante o pré-natal é fundamental para preservar a vitalidade materna e fetal.

A perda de líquido amniótico sem que haja trabalho de parto e em gestações que se encontram anteriores a 37 semanas é conhecida como ruptura prematura das membranas fetais (RPM), ocorrendo em cerca de 3% das gestações e contribuindo para a prematuridade (HACKENHAAR, 2014).

Um outro importante fator de risco para prematuridade é o trabalho de parto prematuro (TPP). Os critérios para diagnósticos mais aceitos são do American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG - 2016), que afirma a importância à presença de contrações regulares a cada cinco minutos que devem permanecer ao menos 1 hora, dilatação cervical de 1,0 cm e a presença de esvaecimento cervical. O diagnóstico é clínico, apesar da propedêutica auxiliar poder ajudar a definir a causa ou mostrar informações que podem auxiliar no prognóstico do paciente, preparando a equipe multidisciplinar para possíveis intercorrências.

2.3.Fatores de risco e Prevenção

Os partos prematuros mesmo que constantemente sejam vinculados a origem incógnita, podem estar associados às condições de risco maternos e fetais. Segundo Teixeira (2017), alguns fatores genéticos e comportamentais maternos podem interferir em um parto pré-termo, tais como: obesidade, pressão alta, diabetes, infecções, extremos de idade, tabaco, etilismo ou uso de drogas ilícitas. Essas condições trazem riscos de prematuridade e intercorrências tanto para a mãe quanto para o bebê (principalmente à imaturidade pulmonar).

Os fatores epidemiológicos incluem baixo nível socioeconômico, má higienização, nutrição inadequada, gravidez na adolescência, gravidez indesejada, conflitos familiares, tabagismo, consumo de drogas, estresse e falta de assistência pré-natal (OLIVEIRA; BRITO; COSTA NETO, 2019).

A escolaridade interfere nas condições de vida e saúde das gestantes, pois quanto menor, maior é a dificuldade de entendimento da importância de cuidados inerentes ao período gestacional, o que pode levar a um pré-natal de início tardio, a uma alimentação inadequada, e ainda a hábitos que prejudicam a gestação, colocando em situação de risco a mãe e o feto (ALMEIDA, 2018).

Segundo Martins (2011) cerca de 25% de mulheres se tornam mãe pela primeira vez antes dos 20 anos, podendo essa taxa aumentar em países em desenvolvimento, e resultado em complicações maternas e fetais principalmente o nascimento pré-termo. Já Zamperlin (2018) afirma que o risco de complicações em gestações tardias é cerca de 25% sendo o parto prematuro o principal cenário.

O contraste socioeconômico e étnico-racial aponta um importante fator para saúde da população, visto que o cenário das doenças tem taxas mais incidentes em grupos de cor negra e parda. No Brasil, foi observada uma persistente situação desfavorável para mulheres dessa cor, apresentando menores chances de passar por consultas ginecológicas e de pré-natal e chances ainda menores de realizar a primeira consulta de pré-natal em período igual ou inferior ao quarto mês de gravidez, assim como o maior número de filhos nessa população (OLIVEIRA, 2018).

Segundo Ahumada-Barrios (2016), um antecedente de parto prematuro apresenta um notável fator de risco para um segundo parto nas mesmas condições. Além disso, ressalta que a prevalência da prematuridade é maior quando há menos de seis consultas pré-natais ou em mulheres com ausência de controle.

Quanto ao antecedente de ter tido um filho prematuro, isto provou ser um fator de risco para o parto prematuro em uma gravidez posterior. Adicionalmente, um estudo na Indonésia revelou que o antecedente de parto prematuro é um fator associado com o parto prematuro nas regiões rurais. Igualmente, em dois estudos realizados no México, o antecedente de parto prematuro também foi associado com o parto prematuro posterior, ou seja, um parto prematuro prévio na gestante aumenta o risco de um segundo parto nas mesmas condições (AHUMADA-BARRIOS; ALVARADO, 2016).

A assistência pré-natal tem importância fundamental no rastreamento e diagnóstico das pacientes que podem desenvolver o parto prematuro para que haja possibilidade de se tomar

medidas que tentem impedi-lo ou que pelo menos garantam sobrevivência do conceito com a menor morbidade possível (ALVES, 2019).

O período gestacional requer cautela na assistência pré-natal sendo direito de toda e qualquer gestante um suporte de qualidade, visando auxílio durante todo o período e prevenindo riscos maternos e fetais. Uma precaução de ampla magnitude durante pré-natal é a atenção para sinais clínicos de parto prematuro, o que pode transformar uma gestação de baixo risco em uma de alto risco (QUEENSLAND GOVERNMENT, 2019).

As intercorrências poderiam ser evitáveis durante o pré-natal com medidas como serviços de educação, esclarecimento e locais de referência bem equipados, de fácil acesso a essas mulheres, bem como acompanhamento adequado que favoreça o diagnóstico e tratamento precoce (CALEGARI; GOUVEIA; GONÇALVES, 2016).

A privação à assistência pré-natal ou ainda o comparecimento diminuto às consultas é apontado como forte princípio para prematuridade e está diretamente associado à sua ocorrência (LIU, 2016).

3. OBJETIVOS

3.1. Objetivo Geral

Analisar a ocorrência do parto prematuro em um hospital público no município de Anápolis (GO) no período de janeiro de 2018 a dezembro de 2019.

3.2. Objetivos Específicos

- Identificar os dados sociodemográficos (idade da parturiente, número de gestações, número de consultas pré-natal e local onde foi realizado o pré-natal) da população do estudo.
- Descrever o perfil clínico (idade gestacional pelo capurro, destino do recém-nascido, número de abortos e intercorrências clínicas e obstétricas) da população do estudo;
- Discutir os principais fatores de risco associados ao desenvolvimento da prematuridade;

4. MÉTODOS

4.1. Desenho de estudo

Trata-se de um estudo de caráter epidemiológico, retrospectivo, descritivo e de abordagem quantitativa dos casos identificados de parto prematuro em um hospital público no município de Anápolis (GO) no período de janeiro de 2018 a dezembro de 2019.

4.2. Local de realização

O estudo foi realizado mediante o uso de prontuários de pacientes que tiveram parto prematuro em um hospital público, Santa Casa de Misericórdia de Anápolis, referência para pacientes do SUS de alto risco, no município de Anápolis (GO), nos anos de 2018 e 2019.

4.3. População

O referido hospital da rede pública realiza aproximadamente 3.700 partos por ano. Sendo assim, o trabalho constou com população estimada em aproximadamente 7.400 casos, nos dois anos de estudo.

4.4. Critério de inclusão

Pacientes que ficaram internadas na instituição incluída no estudo, que tiveram o parto entre a 20^a e a 37^a semana de gestação.

4.5. Critério de exclusão

Pacientes que tiveram prontuários incompletos.

4.6. Processo de coleta de dados

A pesquisa foi realizada por meio de uma revisão de prontuários do serviço de atendimento às gestantes. Por meio do instrumento de coleta de dados (Apêndice I) foi retirado desses prontuários de internação das parturientes: idade, paridade, número de consultas pré-natal, local do pré-natal, tipo de parto, idade gestacional pelo capurro (escore que avalia a idade gestacional por meio das características somáticas e neurológicas do recém-nascido), destino do recém-nascido (RN), número de abortos e intercorrências clínicas e obstétricas. Essa análise

de prontuários foi realizada sob supervisão dos responsáveis pelo gerenciamento do hospital estudado.

4.7. Metodologia de análise de dados

Os dados foram transcritos para planilha em Programa MS Excel Office XP. Posteriormente, foi realizada análise descritiva dos dados adotando as frequências relativa e absoluta.

4.8. Aspectos éticos

O projeto de pesquisa foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP), de acordo com a resolução 466/2012, e iniciada após aprovação (Anexo I) com parecer número 4.566.035.

5. RESULTADOS

Analisando a ocorrência da prematuridade em um hospital público no município de Anápolis-Goiás período de janeiro de 2018 a dezembro de 2019, foram avaliados inicialmente 7.432 registros de partos, desses, 9,8% foram prematuros. Das parturientes que constituíram a população em estudo atendidas no serviço público e resultaram em parto prematuro 10,8% tinham menos de 20 anos, 9,4% tinham idade entre 20 e 34 anos e 11,0% eram mulheres com 35 anos ou mais (Tabela 1).

A respeito da paridade 7,6% dos partos prematuros eram de gestantes que estavam na 1ª ou 2ª gestação e 13,7% eram gestantes que já tinham pelo menos 2 gestações. Em relação ao número de consultas do pré-natal dessas pacientes, notou-se que 204 das parturientes não fizeram nenhum tipo de acompanhamento resultando em 13,7% de partos prematuros, 5.074 foram em menos de 8 consultas sendo desses 11,5% partos prematuros e 2.154 foram em pelo menos 8 consultas totalizando 5,5% de partos prematuros (Tabela 1).

De acordo com os dados do estudo as consultas do pré-natal das pacientes que evoluíram com parto prematuro tiveram predomínio de 10,3% em unidades de atendimento aos usuários do SUS, principalmente no programa de saúde da família (PSF), enquanto 13,7% dessas gestantes não fizeram acompanhamento durante a gestação e 6,8% o fizeram em consultórios particulares (Tabela 1).

Foi constatado que dentre as parturientes pesquisadas 9,6% não tiveram aborto prévio, 10,4% tiveram 1 episódio de aborto prévio, 11,5% tiveram 2 episódios de abortos prévios e 11,0% tiveram 3 ou mais episódios de abortos prévios (Tabela 1).

Quanto as principais intercorrências clínicas e obstétricas dos partos prematuros na população estudada houve predomínio da rotura prematura das membranas amnióticas (26,7%), trabalho de parto prematuro (26,7%) e doenças hipertensivas específicas da gravidez (24,7%) (Tabela 2).

Os dados demonstraram que o destino do recém-nascido (RN) após o parto pré-termo que foi de 53,2% que precisaram de auxílio imediato em unidade de terapia intensiva (UTI) ou vieram a óbito logo após o nascimento, enquanto menos da metade (46,8%) foram diretamente para o alojamento conjunto (Tabela 2).

Tabela 1 – Identificação dos dados sociodemográficos e perfil clínico da população estudada

	Partos		Partos prematuros	
	n	%	n	%
Idade materna				
< 20	1166	15,7	126	10,8
20 – 34	5289	71,2	496	9,4
≥ 35	977	13,1	107	11,0
Paridade				
0 – 2	4714	63,4	356	7,6
> 2	2718	36,6	373	13,7
Número de consultas				
< 8	5074	68,3	582	11,5
≥ 8	2154	29,0	119	5,5
Não fez	204	2,7	28	13,7
Local das consultas				
Usuários do SUS	5994	83,4	617	10,3
Consultórios particulares	1233	16,6	84	6,8
Abortos prévios				
0	5986	80,5	575	9,6
1	1075	14,5	112	10,4
2	262	3,5	30	11,5
3 ou +	109	1,5	12	11,0
Total	7432	100	729	9,8

Abreviação: SUS, Sistema Único de Saúde.

Fonte: Dados da pesquisa, 2020

Tabela 2 – Principais intercorrências associadas ao desenvolvimento da prematuridade na população estudada

Partos prematuros		
	n	%
Intercorrências (clínicas e obstétricas)		
Ruptura prematura das membranas	195	26,7
Trabalho de Parto Prematuro	195	26,7
Doença hipertensiva específica da gravidez	180	24,7
Iteratividade	103	14,1
Acometimento fetal	67	9,2
Alteração do líquido amniótico	53	7,3
Infecção	52	7,1
Gravidez múltipla	48	6,6
Diabetes mellitus gestacional	41	5,6
Alteração placentária	40	5,5
Anemia na gestação	30	4,1
Incompetência istmo-cervical	16	2,2
Infecção sexualmente transmissível	9	1,2
Outros	65	8,9
Destino do RN		
Alojamento conjunto	385	52,8
UTI	332	45,5
Óbito	12	1,7
Total	729	9,8

Abreviação: UTI, Unidade de Terapia Intensiva.

Fonte: Dados da pesquisa, 2020

6. DISCUSSÃO

Os resultados do presente estudo objetivaram analisar a ocorrência do parto prematuro em um serviço de saúde público no município de Anápolis-Goiás, no período de janeiro de 2018 a dezembro de 2019. Muitos foram os estudos publicados nos últimos anos a respeito da prematuridade e essa continua em curva crescente entre as principais causas de morbimortalidade neonatais no Brasil.

A cidade de Anápolis é a terceira maior cidade do Estado de Goiás, tem o vigésimo segundo Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) do Estado, segundo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE/2010), e uma população estimada de 391.772 habitantes, segundo IBGE/2020.

Na população estudada, os casos de prematuridade evidenciaram uma ocorrência bastante elevada considerando a quantidade de partos por ano no serviço, apontando a relação direta com fatores socioeconômicos e biológicos da gestante.

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS) a gestação é classificada como sendo precoce quando a mulher engravida antes dos 20 anos, tardia a partir dos 35 anos, e a considerada idade fértil ideal para engravidar compreende o intervalo dos 20 aos 34 anos. Quanto aos resultados comparativos em relação a idade das parturientes verificou-se que houve prevalência de parto prematuro nos extremos de idade materna concluindo que a gravidez precoce tanto quando a gravidez tardia tem desfechos importantes na prematuridade.

Quando comparada a história reprodutiva, as gestantes do serviço público com 1 a 2 gestações anteriores apresentam menor porcentagem de prematuridade quando comparada com mais de 2 gestações anteriores, confirmando assim um perfil epidemiológico voltado para maior risco de parto prematuro em mulheres múltiparas, e risco aumentado a cada gestação.

O Manual técnico do pré-natal, parto e puerpério da secretaria do Estado de São Paulo (BRASIL, 2018) preconiza que sejam realizadas, no mínimo, 8 consultas de acompanhamento pré-natal, sendo, preferencialmente, uma no primeiro trimestre, seguida por retornos com 20, 26, 30, 34, 36, 38 e 40 semanas, recomendação recentemente atualizada pela OMS. No atual estudo, em relação ao número de consultas do pré-natal, notou-se que a prematuridade esteve presente em 11,5% de casos com menos consultas do que o recomendado, 5,5% foram em pelo menos 8 consultas e 13,7% não fizeram nenhum tipo de acompanhamento de pré-natal.

Em relação a esses dados, é importante analisar que apesar de pequena a diferença das mulheres que fizeram um acompanhamento pré-natal com número adequado de consultas

das que não fizeram, faz-se importante também a análise do local em que o atendimento foi realizado, já que em muitos locais o atendimento não é prestado por médicos ou médicos especialistas e sim por outros profissionais da área da saúde, sendo esse dado confirmado por 10,3% de consultas pré-natal realizadas em unidades de atendimento aos usuários do SUS, principalmente no programa de saúde da família (PSF).

Deste modo, o presente estudo está de acordo com outros dois estudos transversais realizados no município de Cascavel-PR (BORBOLATO, 2015) e Divinópolis-MG (GUIMARÃES, 2017) em que afirmam que a elevada prevalência da prematuridade está diretamente relacionada com pré-natal impossibilitado. Essa variável foi investigada ao longo deste trabalho e mostrou ter eficácia estatística.

A variável história progressiva de abortos na população estudada constatou dentre as parturientes pesquisadas números muito próximos de partos prematuros concluindo que a mesma não teve equivalência estatística para comparação.

Pelos resultados encontrados nesse estudo, e em acordo com a literatura, as principais intercorrências clínicas e obstétricas durante a gestação determinantes para a prematuridade em questão foram: a rotura prematura das membranas amnióticas (RPM), o trabalho de parto prematuro (TPP) e as síndromes hipertensivas. Em concordância com um estudo descritivo retrospectivo realizado no município de Teresina-PI (GOMES, 2020) a perda de líquidos amnióticos por rotura prematura das membranas e os transtornos hipertensivos são as intercorrências mais prevalentes nos casos de prematuridade. Assim como, conforme elucidado por Santos Filho (2018), o TPP está entre as causas mais frequentes que resultam em parto prematuro, associado a ITU complicada não tratada, ou recorrência por má adesão aos tratamentos anteriores.

Quando comparado o número de consultas do pré-natal das pacientes que evoluíram com parto prematuro e o destino desses recém-nascidos após o parto, notou-se que há relação direta entre o acompanhamento inadequado ou a ausência do mesmo durante o período gestacional com a gravidade do RN. Assim, pode-se apontar relação com um estudo tipo caso-controle realizado no município de Porto Alegre-RS (OLIVEIRA, 2016) que elucida a falta de assistência pré-natal como a principal causa de prematuridade demonstrando importante crescimento de admissões em UTI de recém-nascidos prematuros.

7. CONCLUSÃO

Com a realização do estudo, obteve-se uma estimativa da ocorrência de partos prematuros em uma maternidade do serviço público do município de Anápolis (GO), confirmando a hipótese que há condições maternas, socioeconômicas e ambientais que favorecem a elevada ocorrência de parto prematuro em pacientes do serviço público.

Em conformidade com a revisão de literatura foi verificado que fatores genéticos, comportamentais maternos e epidemiológicos estão correlacionados ao parto pré-termo, assim como foi demonstrado que as intercorrências são evitáveis diante acompanhamento adequado e favorecem o diagnóstico e tratamento precoce das gestantes por meio de números preconizados de consultas pré-natais e que a identificação das falhas nesse período tem importante papel na redução de mortalidade neonatal.

8. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AHUMADA-BARRIOS, M.E.; ALVARADO, G.F. Fatores de Risco para parto prematuro em um hospital. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v.24, e.2750, p.01-08, 2016.

ALMEIDA, B.F. et al. Fatores de risco para o parto prematuro em uma maternidade estadual de referência. **Revista Saúde (Santa Maria)**, v.44, n.02, p.01-10, 2018.

ALVES, I.S.G. **Trabalho de parto prematuro: Fatores de risco maternos e condições clínicas associadas**. 2019. Trabalho de conclusão de curso (Graduação em Enfermagem) - Universidade Federal de Alagoas - UFAL, Maceió, 2019.

BERGER, A.Z. et al. Premature childbirth: pregnant women's characteristics of a population in the South área of São Paulo. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, v.16, n.04, p.437-445, 2016.

BORBOLATO, B.M.; CARDOSO, M.P. O impacto do pré-natal na prevenção do parto prematuro. **Revista Thêma et Scientia**, v.5, n.01, p.147-159, 2015.

BRASIL. Governo do Estado de São Paulo. Secretaria da Saúde. Linha de cuidado gestante e puérpera: manual técnico do pré-natal, parto e puerpério. São Paulo, 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Protocolos da Atenção Básica: Saúde das Mulheres / Ministério da Saúde, Instituto Sírio-Libanês de Ensino e Pesquisa – Brasília: Ministério da Saúde, 2016

BRITO, L.M.D. **Estresse, violência, depressão e baixo suporte social durante a gestação e sua associação com parto pré-termo: avaliação coorte de pré-natal em Ribeirão Preto**. 2018. Dissertação (Mestrado em Ciências Médicas) - Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2018.

CALEGARI, R.S.; GOUVEIA, H.G.; GONÇALVES, A.C. Intercorrências clínicas e obstétricas vivenciadas por mulheres no pré-natal. **Cogitare Enfermagem**, v.21, n.02, p.01-08, 2016.

HACKENHAAR A.A.; ALBERNAZ E.P.; FONSECA T.M. Ruptura prematura das membranas fetais pré-termo: associação com fatores sociodemográficos e infecções geniturinárias maternas. **Jornal de Pediatria**, v.90, p.197-202, 2014.

GUIMARÃES, E.A.A. et al. Prevalência e fatores associados à prematuridade em Divinópolis, Minas Gerais, 2008-2011: análise do Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos. **Revista Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v.26, n.01, p.91-98, 2017.

GOMES, T.M.V. et al. Fatores relacionados à prematuridade em uma maternidade pública de Teresina-PI: estudo retrospectivo. **Journal of Physiotherapy Research**, v.10, n.01, p.69-76, 2020.

KERBER GF; MELERE C. Prevalência de síndromes hipertensivas gestacionais em usuárias de um hospital no sul do Brasil. **Revista Cuidarte**, v.8, n.3, p.1899-1906, 2017.

LIU, C. et al. Prenatal parental depression and pretern birth: a national cohort study. **BJOG An International Journal of Obstetrics and Gynecology**, v.123, p.1973-1982, 2016.

MARTINS, M.D.G., et al. Associação de gravidez na adolescência e prematuridade. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, v.33, n.11, p.354-60, 2011.

OLIVEIRA, K.A. et al. Associação entre raça/cor da pele e parto prematuro: revisão sistemática com meta-análise. **Revista de Saúde Pública**, v.52, n.26, p.01-11, 2018.

OLIVEIRA, L.L. et al. Fatores maternos e neonatais relacionados à prematuridade. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v.50, n.03, p.382-389, 2016.

OLIVEIRA, R.S.; BRITO, M.L.S.; COSTA NETO, D.B. Uma análise integral do trabalho de parto prematuro. **Revista de Patologia do Tocantins**, v.06, n21, p.54-57, 2019.

POHLMANN, F.C. et al. Parto prematuro: enfoques presentes em la producción científica nacional e internacional. **Enfermería Global**. Murcia, v.15, n.42, p.398-409, 2016.

QUEENSLAND GOVERNMENT. Queensland Clinical Guideline: Preterm labour and birth. Maternity and Neonatal Clinical Guideline, n.14, p.02-226, 2019.

SANTOS FILHO, O.O.; TELINI, A.H.S. Infecções do trato urinário durante a gravidez. **Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (FEBRASGO)**, Procoloco Obstetrícia, n.87, p. 4-22, 2018.

TASCÓN, L.A.M. et al. Epidemiología de la prematuridade, sus determinantes y prevención del parto prematuro. **Revista Chilena de Obstetricia y Ginecologia**, v.81, n.04, p.330-342, 2016.

TEIXEIRA, G.A. et al. Características maternas de partos prematuros. **Revista Enfermagem Atual**, v.81, n.19, p.19-23, 2017.

THE AMERICAN COLLEGE OF OBSTETRICIANS AND GYNECOLOGISTS. Clinical management guidelines for obstetrician–gynecologists. Practice Bulletin n.171, p.931-933, 2016.

TUON, R.A. et al. Impacto do monitoramento telefônico de gestantes na prevalência da prematuridade e análise dos fatores de risco associados em Piracicaba, São Paulo, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v.32, n.07, p.01-16, 2016.

VANIN, L.K. et al. Fatores de risco materno-fetais associados à prematuridade tardia. **Revista Paulista de Pediatria**, v.38, e2018136, p.01-08, 2020.

VETTORE, M.V.; DIAS, M.; LEAL, M.C. Avaliação do manejo da infecção urinária no pré-natal em gestantes do Sistema Único de Saúde no município do Rio de Janeiro. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, São Paulo, v.16, n.02, p.338-351, 2013.

ZAMPERLIN R.A.; OLIVEIRA B.S. Gestação precoce e gestação tardia: possíveis consequências maternas e fetais. Trabalho de curso (Ciências biológicas e saúde - Fisioterapia) - Universidade São Judas Tadeu, São Paulo, 2018.

9. APÊNDICES

9.1. Apêndice I

Instrumento para coleta de dados

INSTRUMENTO PARA COLETA DE DADOS	
MÊS / ANO	
CÓDIGO DA PARTURIENTE	
IDADE	
NÚMERO DE GESTAÇÕES	
NÚMERO DE CONSULTAS	
LOCAL DO PRÉ-NATAL	
ABORTOS PRÉVIOS	
PRINCIPAIS INTERCORRÊNCIAS (clínicas e obstétricas)	
TRATAMENTO REALIZADO	
DESTINO DO RN	
CAPURRO	

10. ANEXOS

10.1. Anexo I - Ofício de APROVAÇÃO do Comitê de Ética

	CENTRO UNIVERSITÁRIO DE ANÁPOLIS - UNIEVANGÉLICA	
PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP		
DADOS DA EMENDA		
Título da Pesquisa: ANÁLISE DA OCORRÊNCIA DO PARTO PREMATURO EM UM HOSPITAL PÚBLICO NO MUNICÍPIO ANÁPOLIS, GOIÁS		
Pesquisador: DANIELLE BRANDÃO NASCIMENTO		
Área Temática:		
Versão: 2		
CAAE: 35114820.9.0000.5076		
Instituição Proponente: ASSOCIAÇÃO EDUCATIVA EVANGÉLICA		
Patrocinador Principal: Financiamento Próprio		
DADOS DO PARECER		
Número do Parecer: 4.566.035		
Apresentação do Projeto:		
Em conformidade com o número do parecer: 4.230.171		
Objetivo da Pesquisa:		
Objetivo primário Analisar a ocorrência do parto prematuro em um hospital público no município de Anápolis (GO) no período de janeiro de 2018 a dezembro de 2019.		
Objetivos secundários Identificar os dados sociodemográficos (idade da parturiente, número de gestações, número de consultas pré-natal, local onde foi realizado o pré-natal e convênio) da população do estudo; Descrever o perfil clínico (tipo de parto, idade gestacional pelo capurro, destino do recém-nascido, número de abortos, número de partos cesáreas e intercorrências clínicas e obstétricas) da população do estudo; Discutir os principais fatores de risco associados no desenvolvimento da prematuridade;		
Avaliação dos Riscos e Benefícios:		
Em conformidade com o número do parecer: 4.230.171		
Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:		
O pesquisador apresentou uma emenda que tem como finalidade mudança do objetivo da		
<hr/>		
Endereço: Av. Universitária, Km 3,5 Bairro: Cidade Universitária CEP: 75.083-515 UF: GO Município: ANAPOLIS Telefone: (62)3310-6736 Fax: (62)3310-6636 E-mail: cep@unievangelica.edu.br		



CENTRO UNIVERSITÁRIO DE
ANÁPOLIS - UNIEVANGÉLICA



Continuação do Parecer: 4.566.035

pesquisa. A justificativa para a solicitação da emenda diz respeito a dificuldade na coleta dos dados no serviço particular devido à período de mudança de prontuários manuscritos para eletrônicos. Esta emenda propõe também a alteração do título, de forma a ficar coerente com a mudança do objetivo. A proposta para o novo título é: Análise da ocorrência do parto prematuro em um hospital público no município Anápolis, Goiás.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

De acordo com as recomendações previstas pela RESOLUÇÃO CNS No. 466/2012 e demais complementares o protocolo permitiu parcialmente a realização da análise ética. Todos os documentos listados abaixo foram analisados.

Recomendações:

Não se aplica.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

O protocolo de pesquisa encontra-se de acordo com a Resolução 466/12 do CNS, não apresentando nenhum óbice ético para sua execução.

Considerações Finais a critério do CEP:

Solicitamos ao pesquisador responsável o envio do RELATÓRIO FINAL a este CEP, via Plataforma Brasil, conforme cronograma de execução apresentado.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_1686726_E1.pdf	07/02/2021 01:56:33		Aceito
Declaração de Pesquisadores	Documento assinado pelo pesquisador .pdf	14/07/2020 21:41:31	ISABELLE DIAS CAVALCANTE	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Avaliacao_do_Trabalho_de_Partto_Prematuro_em_um_Hospital_Publico_e_um_Privado_no_Municipio_de_Anapolis_Goi.as.pdf	13/07/2020 23:47:41	ISABELLE DIAS CAVALCANTE	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Avaliacao_do_Trabalho_de_Partto_Prematuro_em_um_Hospital_Publico_e_um_Privado_no_Municipio_de_Anapolis_Goi.as.docx	13/07/2020 23:47:14	ISABELLE DIAS CAVALCANTE	Aceito
Folha de Rosto	Folha_de_rosto.pdf	13/07/2020 23:46:22	ISABELLE DIAS CAVALCANTE	Aceito
Outros	Termo_de_autorizacao_para_utilizacao_e_manuseio_de_dados_hospital_ev	01/07/2020 22:33:07	ISABELLE DIAS CAVALCANTE	Aceito

Endereço: Av. Universitária, Km 3,5

Bairro: Cidade Universitária

CEP: 75.083-515

UF: GO Município: ANAPOLIS

Telefone: (62)3310-6736

Fax: (62)3310-6636

E-mail: cep@unievangelica.edu.br



CENTRO UNIVERSITÁRIO DE
ANÁPOLIS - UNIEVANGÉLICA



Continuação do Parecer: 4.566.035

Outros	angelico_goiano.pdf	01/07/2020 22:33:07	ISABELLE DIAS CAVALCANTE	Aceito
Outros	Termo_de_autorizacao_para_utilizacao_e_manuseio_de_dados_santa_casa_de_misericordia_de_apolis.pdf	01/07/2020 22:32:57	ISABELLE DIAS CAVALCANTE	Aceito
Outros	Termo_de_instituicao_co_participante_hospital_evangelico_goiano.pdf	01/07/2020 22:30:53	ISABELLE DIAS CAVALCANTE	Aceito
Outros	Termo_de_instituicao_co_participante_santa_casa_de_misericordia_de_apolis.pdf	01/07/2020 22:30:21	ISABELLE DIAS CAVALCANTE	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	Solicitacao_de_dispensa_do_termo_de_consentimento_livre_e_esclarecido.pdf	01/07/2020 22:26:47	ISABELLE DIAS CAVALCANTE	Aceito
Orçamento	Orcamento.jpg	01/07/2020 22:26:06	ISABELLE DIAS CAVALCANTE	Aceito
Cronograma	Cronograma.jpg	01/07/2020 22:25:50	ISABELLE DIAS CAVALCANTE	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

ANAPOLIS, 01 de Março de 2021

Assinado por:
Constanza Thaise Xavier Silva
(Coordenador(a))

Endereço: Av. Universitária, Km 3,5

Bairro: Cidade Universitária

CEP: 75.083-515

UF: GO

Município: ANAPOLIS

Telefone: (62)3310-6736

Fax: (62)3310-6636

E-mail: cep@unievangelica.edu.br