

## CLASSIFICAÇÃO DA PREMATURIDADE DE ACORDO COM PERFIL MATERNO DURANTE A GESTAÇÃO

**THIELEN BORBA DA COSTA<sup>1</sup>; GIOVANA RIBEIRO PEGORARO<sup>2</sup>; BETÂNIA  
BOEIRA SCHEER<sup>3</sup>; ANDRIELE MADRUGA PERES<sup>4</sup>; MARIA VERÓNICA  
MÁRQUEZ COSTA<sup>5</sup>; SANDRA COSTA VALLE<sup>6</sup>**

<sup>1</sup>*Residência Multiprofissional em Atenção à Saúde da Criança – HE/UFPEL*  
*thielenborba@hotmail.com*

<sup>2</sup>*Residência Multiprofissional em Atenção à Saúde da Criança – HE/UFPEL*  
*giovana.pegoraro@hotmail.com*

<sup>3</sup>*Mestrado em Nutrição e Alimentos – UFPEL – nutricionistabetania@gmail.com*

<sup>4</sup>*Universidade Federal de Pelotas – andrieleperes@gmail.com*

<sup>5</sup>*Hospital Escola – UFPEL/EBSERH – veromarquez15@hotmail.com*

<sup>6</sup>*Faculdade de Nutrição – UFPEL – sandracostavalle@gmail.com*

### 1. INTRODUÇÃO

A gestação é um fenômeno fisiológico devendo ser entendida pelas gestantes e profissionais como parte de uma experiência de vida saudável, envolvendo mudanças físicas, sociais e emocionais (BRASIL, 2010). Entretanto, trata-se de uma situação limítrofe em que muitas vezes acaba implicando riscos para o binômio mãe-bebê de uma evolução desfavorável, sendo então classificadas como “gestantes de alto risco” (BRASIL, 2010).

Uma gestação pré-termo é aquela cuja idade gestacional (IG) encontra-se entre 22 e 37 semanas (BRASIL, 2010). Os fatores de risco maternos para partos prematuros (PT) podem ou não serem anteriores à concepção, incluindo características sociodemográficas e comportamentais, como mães de cor da pele negra, jovens, sem companheiro, diagnosticadas previamente com diabetes ou hipertensão, fumantes, infecção urinária na gestação e partos cesáreos (GOLDENBERG, 2015; BLENOWE, 2013).

Os recém-nascidos prematuros (RNPT), apresentam um maior risco de desenvolverem problemas graves ou de irem a óbito durante o período neonatal. Mundialmente, condições relacionadas à prematuridade são uma das principais causas de óbitos entre crianças, chegando a 18% entre os menores de cinco anos, sendo ainda mais acentuada no período neonatal (WHO, 2017). A classificação de RNPMT em Pelotas, RS, Brasil, foi de 13,5% em 2011 (SADOVSKY, 2018).

Sendo assim, o objetivo do presente trabalho é de avaliar a classificação de RNPT internados em uma unidade de terapia intensiva neonatal (UTIN) de um hospital escola, de acordo com o perfil materno durante a gestação, a partir de características sociodemográficas, de saúde e comportamentais.

### 2. METODOLOGIA

Estudo do tipo transversal com RNPT admitidos na UTIN do Hospital Escola da Universidade Federal de Pelotas (HE/UFPEL), na cidade de Pelotas, RS, no período de maio a outubro de 2017. Foram incluídos no estudo, RNPT de ambos os sexos e excluídos os gemelares. Os responsáveis foram esclarecidos sobre o protocolo do estudo e os que autorizaram a participação dos RNPT assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE. Na sequência, responderam a questionários contendo informações relativas a dados sociodemográficos, comportamentais e de saúde. Demais variáveis clínicas foram coletadas diretamente dos prontuários e das evoluções diárias na UTIN.

Como variáveis sociodemográficas maternas, foram coletadas idade, cor/raça, renda, escolaridade e estado civil. As variáveis de saúde e comportamentais foram: complicações na gestação atual, complicações prévias a gestação (a partir de diagnóstico prévio), uso de drogas na gestação (álcool, tabaco ou drogas de abuso), número de consultas pré-natais e tipo de parto. A IG foi a considerada mais adequada pela equipe de profissionais da UTIN, sendo como primeira opção aquela a partir da data da última menstruação. Quando não confiável, seguiu-se a ordem: IG a partir de ultrassom gestacional ou método capurro. Assim, a prematuridade foi classificada de acordo com a IG de nascimento, sendo considerado prematuro extremo aqueles com  $IG < 34$  semanas e prematuro tardio aquele com  $IG \geq 34$  semanas (JAMAL, 2017).

As informações obtidas foram digitadas no Microsoft Office Excel® 2013, sendo posteriormente analisadas com o software STATA® versão 15. Os resultados foram expressos como frequência absoluta e relativa, adotando-se um intervalo de confiança de 95% (IC 95%).

Este projeto está inserido em um projeto maior, caracterizado como Projeto Guarda Chuva intitulado Atuação Específica e Multiprofissional em um Programa de Residência em Atenção à Saúde da Criança, aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Faculdade de Medicina da UFPel, sob o número 1.639.674, via Plataforma Brasil.

### 3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Foram coletadas informações de 48 RNPMT e de suas mães. Após aplicados os critérios de exclusão a amostra resultou em 38 RNPMT.

Na Tabela 1 observa-se que os RNPMT extremos nasceram em sua maioria de mães mais velhas (88,9%), brancas (70,4%), com pelo menos um salário mínimo (92,3%), com mais anos de estudo (55,6%), com companheiro (92,6%), com complicações na gestação atual (81,5%), sem complicações prévias (74,1%), que fizeram uso de drogas na gestação (74,1%), realizaram menos de seis consultas no pré-natal (37%) e de parto cesárea (63%).

As características socioeconômicas encontradas, diferem de outros resultados encontrados na literatura (GONZAGA et. al., 2016; GOLDENBERG et. al, 2015), diferindo até de dados sobre a cidade em estudo (SILVEIRA et. al., 2010). Essa divergência pode ser explicada pelo pequeno grupo amostral.

Apesar de o número de mulheres que não realizaram o mínimo esperado de consultas durante o pré-natal ter sido semelhante ao daquelas que realizaram ( $n=18$  vs  $n=19$ ), esperava-se um número maior de gestantes com um pré-natal adequado, pois sabe-se da importância do acompanhamento visto a oportunidade de classificar riscos e adotar condutas efetivas, além de ser para muitas mulheres a única ocasião que possuem para verificar seu estado de saúde (São Paulo, 2010). Sendo então, uma chance que o sistema possui de atuar integralmente na promoção e, eventualmente, na recuperação de sua saúde (São Paulo, 2010), além de evitar a prevalência de partos cesárea observada neste e demais estudos da literatura (GONZAGA et. al., 2016; SILVA et.al., 2016; MACHADO et. al., 2016) que pode ser explicada devido as intercorrências e comportamentos negativos durante a gestação, além da possibilidade de parto eletivos, explicando o aumento das taxas deste tipo de parto na cidade (BARROS et. al. 2008).

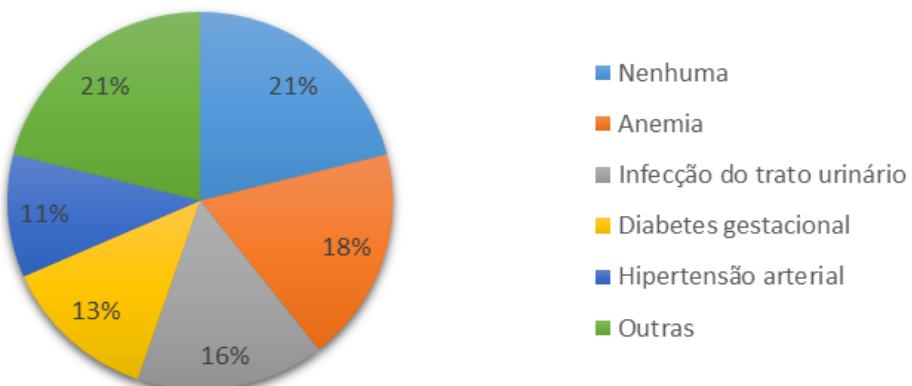
É importante salientar que estas mulheres, em sua maioria, não apresentavam nenhuma complicações prévia, mas que durante a gestação apresentaram pelo menos um tipo (Figura 1). Entre as complicações observadas, a infecção urinária e a hipertensão são condições que apresentam risco para PT (SILVEIRA, et. al, 2010; SÃO PAULO, 2010). A diabetes é uma das doenças, também descrita como um fator de risco para PT, mostrando-se importante a sua

detecção no pré-natal para um tratamento adequado a partir de mudanças comportamentais, evitando medicação (SILVA, 2016).

**Tabela 1.** Prematuridade de acordo com características sociodemográficas, de saúde e comportamentais maternas. Pelotas - RS, 2017 (n=38).

Variáveis	Prematuro extremo (IG <34)			Prematuro tardio (IG ≥34)		
	n	%	IC 95%	n	%	IC 95%
<b>Idade</b>						
< 18 anos	3	11,1	(3,4-31,1)	2	18,2	(3,45-58,0)
≥ 18 anos	24	88,9	(68,9-96,7)	9	81,8	(42,0-96,5)
<b>Cor/Raça</b>						
Branca	19	70,4	(49,6-85,2)	7	63,6	(28,8-88,3)
Negra/Parda/Outras	8	29,6	(14,8-50,4)	4	36,4	(11,7-71,2)
<b>Renda*</b>						
< 1 salário mínimo	2	7,7	(1,7-28,1)	2	18,2	(3,5-58,0)
≥ 1 salário mínimo	24	92,3	(71,9-98,3)	9	81,8	(42,0-96,5)
<b>Escolaridade</b>						
≤ 8 anos de estudo	12	44,4	(26,2-64,3)	2	18,2	(3,5-58,0)
> 8 anos de estudo	15	55,6	(35,7-73,8)	9	81,8	(42,0-96,5)
<b>Estado civil</b>						
Sem companheiro	2	7,4	(1,7-27,2)	0	0	-
Com companheiro	25	92,6	(72,8-98,3)	11	100	-
<b>Complicação na gestação</b>						
Não	5	18,5	(7,5-39,1)	3	27,3	(7,2-64,6)
Sim	22	81,5	(60,9-92,5)	8	72,7	(35,4-92,8)
<b>Complicação prévia à gestação</b>						
Não	20	74,1	(53,2-87,8)	9	81,8	(42,0-96,5)
Sim	7	25,9	(12,2-46,8)	2	18,2	(3,5-58,0)
<b>Uso de drogas na gestação</b>						
Não	24	88,9	(68,9-96,7)	10	90,9	(46,3-99,1)
Sim	3	11,1	(3,3-31,1)	1	9,1	(0,9-53,7)
<b>Número de consultas pre-natais*</b>						
< 6	14	51,9	(32,5-70,7)	4	40	(12,5-75,7)
≥ 6	13	48,2	(29,3-67,5)	6	60	(24,3-87,5)
<b>Tipo de parto</b>						
Vaginal	10	37	(20,3-57,5)	5	45,5	(16,8-77,4)
Cesárea	17	63	(42,5-79,7)	6	54,6	(22,6-83,2)

\*Variáveis com informações faltantes (n=37)



**Figura 1.** Intercorrências na gestação de mães de prematuros. Pelotas - RS, 2017 (n=38).

#### 4. CONCLUSÕES

Foi observado uma predominância de mulheres sem o número adequado de consultas durante o pré-natal, com intercorrências gestacionais e partos cesárea. A partir do exposto fica claro a importância de se traçar o perfil de mulheres acometidas de parto prematuro pois uma vez caracterizado este público, a prematuridade torna-se uma condição prevenível.

Ainda, mais determinante e eficaz torna-se o processo de elaboração, aplicação e/ou manutenção de condutas clínicas e/ou medidas de saúde pública para a prevenção e redução da prematuridade ou outros desfechos negativos, como a morbimortalidade materno-infantil que apresenta grande impacto social e econômico, como por exemplo a demanda gerada de aumento de UTIN.

#### 5. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Gestação de alto risco: manual técnico (Série A. Normas e Manuais Técnicos) – 5. ed. – **Editora do Ministério da Saúde**, Brasília, p. 302, 2010.

BLENCOWE, H. COUSENS, S.; CHOU, D.; et. al. Born Too Soon: The global epidemiology of 15 million preterm births. **Reproductive Health**, v.10, 2013.

GOLDENBERG, R.L.; CULHANE, J.F.; IAMS, J.D.; ROMERO, R.; Epidemiology and causes of preterm birth. **The Lancet**. v.371, p. 75-84, 2008.

JAMAL, S.; SRIVASTAVA, R. A retrospective analytical study of the epidemiology and causes of preterm birth. **International Journal of Reproduction, Contraception, Obstetrics and Gynecology**. v.6, n.12, p.5453-5457, 2017.

MACHADO, A. K. F.; MARMITT, L. P.; CESAR, J. A. Prematuridade tardia no extremo sul do Brasil: um estudo de base populacional. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, Recife, v. 16, n. 2, p. 113-120, 2016.

SADOVSKY, A.D.; MATIJASEVICH, A.; SANTOS, I.S.; BARROS, F.C.; MIRANDA A.E.; SILVEIRA, M.F. Socioeconomic inequality in preterm birth in four Brazilian birth cohort studies. **Jornal de Pediatria (Rio J)**. v.94, p.15-22, 2018.

SÃO PAULO (Estado). Secretaria da Saúde. Coordenadoria de Planejamento em Saúde. Assessoria Técnica em Saúde da Mulher. Atenção à gestante e à puérpera no SUS – SP: manual técnico do pré-natal e puerpério / – São Paulo: **SES/SP**, 2010.

SILVA, A.L.; AMARAL, A.R.; OLIVEIRA, D.S.; MARTINS, L.; SILVA, M.R.; SILVA, J.C. Neonatal outcomes according to different therapies for gestational diabetes mellitus. **Jornal de Pediatria (Rio J)**. v. 93, n.1, p.87-93, 2017.

WHO. UNICEF. **Level & Trends in child mortality – Report 2018**. Geneva. Acessado em 13 de setembro de 2019. Online. Disponível em <[https://www.who.int/maternal\\_child\\_adolescent/documents/levels\\_trends\\_child\\_mortality\\_2018/en/](https://www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/levels_trends_child_mortality_2018/en/)>.