



---

---

**ARTIGO ORIGINAL**

---

---

**PERFIL DE PACIENTES COM DIAGNÓSTICO DE TRABALHO DE PARTO  
PREMATURO****PROFILE OF PATIENTS DIAGNOSED WITH PRETERM LABOR**

Amanda Muller Mendonça<sup>1</sup>  
Marianne Ongaratto Lumi<sup>2</sup>  
Kristian Madeira<sup>3</sup>  
Danyella Araújo<sup>4</sup>

**RESUMO**

**Introdução:** Conhecer o perfil mais prevalente das pacientes com diagnóstico de trabalho de parto prematuro é uma ferramenta essencial para a prevenção e o manejo correto do quadro, diminuindo a mortalidade materno-infantil. **Objetivo:** Determinar o perfil de pacientes com diagnóstico de trabalho de parto prematuro ocorridos em um hospital de referência em Criciúma/SC. **Métodos:** O presente estudo é do tipo transversal, retrospectivo, com coleta de dados secundários e abordagem quantitativa. Para o desenvolvimento do presente estudo foram avaliados 200 prontuários de pacientes com diagnóstico de trabalho de parto prematuro, no período de janeiro de 2013 a dezembro de 2018. **Resultados:** A faixa etária de maior prevalência foi a partir dos 25 anos (68%). Em relação ao estado civil, 37% das pacientes eram casadas. A raça que demonstrou maior incidência foi a branca (81%). Sobre o perfil clínico, a predominância foi de primigestas (43,5%), com idade gestacional entre 34 e 36 semanas e 6 dias de gestação (43%), peso materno entre 56 e 70 quilos (47%), sendo que 78,2% das pacientes não possuíam história prévia de trabalho de parto prematuro. Em relação ao emprego da medida do colo uterino para a prevenção do trabalho de parto prematuro e à tocolise, grande parcela dos prontuários não continham tais informações. **Conclusão:** Pacientes primigestas e no terceiro trimestre da gestação apresentaram maior prevalência de diagnóstico de trabalho de parto prematuro. Muitas informações em relação à tocolise foram inconclusivas por conta do mau preenchimento dos prontuários no momento das consultas.

**Descritores:** Gravidez. Tocolise. Parto prematuro.

**ABSTRACT**

**Introduction:** Knowing the most prevalent profile of patients diagnosed with preterm labor is an essential tool for the prevention and correct management of the condition, reducing maternal and

---

<sup>1</sup>Graduando do curso de Medicina - Universidade do Extremo Sul Catarinense – Criciúma, SC, Brasil. Email: giorgiaemilia@gmail.com.

<sup>2</sup>Graduando do curso de Medicina - Universidade do Extremo Sul Catarinense – Criciúma, SC, Brasil. Email: lys\_stormiolo@hotmail.com.

<sup>3</sup>Professor Doutor em Ciências da Saúde - Universidade do Extremo Sul Catarinense – Criciúma, SC, Brasil. Email: kristian@unesc.net.

<sup>4</sup>Professora Especialista em Ginecologia e Obstetrícia do curso de Medicina - Universidade do Extremo Sul Catarinense - Criciúma, SC, Brasil. Email: danyellameura@gmail.com..



infant mortality. **Objective:** The goal of the article is to determine the profile of patients diagnosed with premature labor in a referral hospital in Criciúma/SC. **Methods:** This is a cross-sectional, retrospective study with secondary data collection and quantitative approach. For the development of the present study, 224 medical records of patients diagnosed with preterm labor from January 2013 to December 2018 were evaluated. **Results:** The most prevalent age group was 25 years (68%). Regarding marital status, 37% of the patients were married. The color that showed the highest incidence was white (81%). Regarding the clinical profile, the predominance of primiparous women was (43,5%), with gestational age between 34 weeks and 36 weeks and 6 days of gestation (43%), maternal weight between 56 and 70 kilos (47%), and 78,2% of patients had no previous history of preterm labor. Regarding the use of cervical measurement to prevent premature labor and tocolysis, most of the medical records did not contain such information. **Conclusion:** Primiparous and third trimester patients had a higher prevalence of diagnosis of preterm labor. A lot of information regarding tocolysis was inconclusive because of poor medical records at the time of consultations.

**Keywords:** Pregnancy. Tocolysis. Premature labor.

## INTRODUÇÃO

Para um parto ser considerado prematuro, ele deve ocorrer antes da trigésima sétima semana de gestação, sendo uma das principais causas de morbidade e mortalidade infantil. A etiologia do trabalho de parto prematuro (TPP) é multifatorial, variando de acordo com a idade gestacional, fatores geográficos e étnicos. Os principais fatores de riscos são TPP anteriores, tabagismo, alcoolismo, entre outros. Porém, em cinquenta por cento dos casos, não é possível definir uma causa específica<sup>(1)</sup>.

Apesar das melhorias da medicina atual e as etiologias do TPP não serem bem compreendidas, os nascimentos prematuros são os grandes responsáveis pelos óbitos maternos e neonatais. De acordo com os dados da Organização Mundial da Saúde (OMS), cerca de quinze milhões de partos no mundo são prematuros, sendo que um milhão ao ano acaba em óbito. Mais de sessenta por cento ocorrem no sul da Ásia e na África, o que demonstra que a baixa renda é um fator de risco importante. Em países de baixa renda, cerca de doze por cento dos nascimentos são prematuros, em contraponto com os países mais desenvolvidos, onde o índice é de nove por cento. O Brasil está entre os dez países com maior taxa de nascimentos pré-termo no mundo<sup>(2,3)</sup>.

A prematuridade pode ser classificada em espontânea ou eletiva. No caso da espontânea, é consequência do TPP, tendo etiologia multifatorial. Já a eletiva, ocorre em casos com maior especificidade, pois a gestação é interrompida por conta de complicações maternas e fetais, por exemplo, crescimento intrauterino restrito, pré-eclâmpsia grave, placenta prévia, estado fetal não tranquilizador, descolamento de placenta, entre outros<sup>(4)</sup>.

Há certa dificuldade para a definição do diagnóstico de TPP, pois o útero apresenta atividade contrátil desde o início da gestação, sendo que no último trimestre as contrações tornam-se ainda mais intensas. Os critérios são variáveis de acordo com as diferentes literaturas, sendo os seguintes os mais



aceitos: contrações uterinas regulares e persistentes (no mínimo quatro a cada vinte minutos), esvaecimento cervical e dilatação cervical de, no mínimo, um centímetro. Para descartar um falso trabalho de parto, a gestante deve permanecer em observação por 2 a 3 horas antes de iniciar os exames específicos, como a fibronectina fetal ou ultrassom transvaginal<sup>(5)</sup>.

A tocolise é um recurso disponível no manejo de gestantes em TPP, com o objetivo de adiar o parto. O uso de medicações não está diretamente relacionado à redução da mortalidade neonatal; porém, seus benefícios potenciais englobam a inibição das contrações uterinas, permitindo a administração de glicocorticóides pré-natais. A administração pré-natal da corticoterapia demonstra uma redução do risco de complicações fetais relacionadas à prematuridade. Existem variados grupos de tocolíticos, sendo que a decisão sobre qual deve ser empregado é baseado em diversos fatores, incluindo idade gestacional, condições clínicas, experiência pessoal e perfil socioeconômico<sup>(6)</sup>.

Conhecer o perfil mais prevalente das pacientes com diagnóstico de TPP é uma ferramenta essencial para a prevenção e o manejo correto do quadro, o que poderia diminuir a mortalidade materno-infantil. Portanto, o objetivo do presente estudo foi determinar o perfil de pacientes com diagnóstico de TPP ocorridos em um hospital de referência em Criciúma/SC.

## **METODOLOGIA**

Realizou-se um estudo descritivo com coleta de dados dos prontuários eletrônicos de pacientes tratados no período de 01/01/2013 a 31/12/2018 em um serviço de obstetrícia de um hospital de alta complexidade em Criciúma/SC. O estudo foi aprovado pelo comitê de ética da Universidade do Extremo Sul Catarinense (parecer nº 3.091.067) e de um hospital de referência do município de Criciúma/SC (parecer nº 3.145.514).

Foram analisados prontuários de gestantes atendidas pelo serviço de obstetrícia entre o período de janeiro de 2013 a dezembro de 2018 em um hospital de alta complexidade na cidade de Criciúma, localizada no sul de Santa Catarina. Excluiu-se prontuários de pacientes com gestação múltipla.

Por meio de um questionário padronizado, foram coletadas as seguintes variáveis: faixa etária, raça, estado civil, idade gestacional, paridade, peso materno, história prévia de trabalho de parto prematuro, realização da medida do colo entre 20 e 24 semanas, utilização de progesterona em caso de colo curto ou de história prévia positiva, eficácia do tratamento.

Os dados coletados foram organizados em planilhas, para posterior análise, no software IBM SPSS versão 21.0. Foram feitas análises descritivas das variáveis estudadas. As variáveis foram expressas por meio de frequência e porcentagem.

## **RESULTADOS**



O número total de prontuários analisados durante a coleta de dados foi de 224, sendo que, destes, 24 (12%) foram excluídos por serem de pacientes apresentando gestação múltipla. Logo, 200 pacientes foram incluídas no presente estudo.

Observa-se na tabela 1 os dados sociodemográficos das puérperas inclusas na pesquisa. A faixa etária de maior prevalência foi dos 26 aos 35 anos, com 34% dos casos, seguida de 18 a 25 anos (30,5%), acima de 35 anos (20%) e abaixo dos 18 anos (15%). Em relação ao estado civil, a maioria se declarou casada (37%), seguida de união estável (31,5%), solteira (29%), divorciada (1,5%) e viúva (1%). Quanto à raça, a grande maioria foi de brancas (81%), seguida de pretas (13%), pardas (5,5%) e amarelas (0,5%).

A tabela 2 apresenta o perfil clínico das pacientes analisadas. Em relação à paridade, houve maior frequência de primigestas (43,5%) e multíparas (31%) comparado a secundigestas (25,5%). Quanto ao peso materno, 91 prontuários analisados não continham tal informação. Dentre os que apresentavam o peso, a faixa de maior prevalência foi entre 56 e 70 quilos (47,7%), seguida de 71 a 100 quilos (38,5%), até 55 quilos (11%) e, por fim, acima dos 101 quilos, com 2,8%. A faixa de idade gestacional que apresentou maiores índices foi acima de 34 semanas (43%), seguida de 28 semanas e 1 dia, com 38% e abaixo de 28 semanas (19%). Um dos principais fatores de risco é a história prévia de parto prematuro, porém 44 prontuários analisados não continham a informação. Dentre os demais, 78,2% das pacientes não possuíam tal histórico, enquanto 21,8% apresentaram TPP em gestações anteriores.

A medida do colo uterino é um dos principais parâmetros para a predição de TPP. Mais da metade dos prontuários (n = 103) não continham a informação. Dentre os que apresentavam o dado, a grande maioria das pacientes (81,4%) não possuíam a medida registrada em prontuário. Em relação à prevenção, a progesterona é uma das drogas de primeira escolha para prevenção do parto pré-termo. Quanto ao seu uso, 112 prontuários não apresentavam informação a respeito, sendo que em apenas 6,8% das pacientes foi empregado tal tratamento. Outro fármaco preconizado no manejo é o corticoide que, no presente estudo, foi utilizado na maioria das pacientes em TPP (78,7%), sendo que apenas 12 prontuários não continham tal dado. E, em caso de emprego de medicações preventivas, foram eficazes em apenas 29,9% das pacientes. Tais dados estão descritos na tabela 3.

## DISCUSSÃO

Em relação aos dados sociodemográficos das pacientes, a faixa etária de maior prevalência foi dos 26 anos aos 35 anos, diferentemente da literatura, a qual demonstra que idade materna menor de 18 anos, e mesmo extremos de idades, sejam fatores de risco<sup>(7)</sup>. Esse desvio pode-se dever à maior



exposição a outras causas de TPP, como tabagismo, genética, uso de drogas lícitas e ilícitas, hipertensão gestacional ou mesmo infecções vaginais, já que existem evidências de que a colonização ou infecção do trato genital materno por determinados patógenos seja um elemento associado frequentemente a partos prematuros<sup>(8)</sup>.

Quanto ao estado civil, a maior parte das mulheres era casada, coincidindo com dados de um recente estudo brasileiro, o qual indicava a maior porcentagem de mães de bebês prematuros cujo estado civil era casada<sup>(9)</sup>.

Em se falando de raça, o predomínio foi de brancas, contrariando a literatura, a qual comenta que a taxa de prematuridade mais elevada era entre aquelas de etnia não branca e que mulheres negras têm o risco 2,5 vezes maior de ocorrência de parto pré-termo<sup>(10)</sup>. Pode-se justificar tal discrepância pelo fato de que a raça majoritária na região Sul e principalmente no estado de Santa Catarina seja a branca, com uma porcentagem de 88,1% brancos contra 46,4% no Brasil, segundo dados do IBGE de 2010<sup>(11)</sup>.

Acerca de paridade, a maior frequência foi de primigestas, dado que entra em consenso com o que já se é sabido, como comprovou um estudo francês em 2010, demonstrando que a primiparidade é fator de risco para parto prematuro, tendo maior prevalência no mesmo<sup>(12)</sup>.

Quanto ao peso materno, o presente estudo teve algumas limitações devido à falta de dados nos prontuários. Sendo a amostra pequena, não se pode concluir com clareza o fato deste resultado, com a maioria de mães possuindo peso adequado, se distanciar do da literatura, a qual cita baixo IMC (índice de massa corporal) e ganho insuficiente de peso na gestação como risco para parto pré-termo<sup>(13)</sup>.

A idade gestacional em que as pacientes foram diagnosticadas com TPP foi principalmente acima de 34 semanas, definido como pretermo tardio, tendo menor risco de resultados adversos e mortalidade no período neonatal. Correspondendo, desta forma, à informação disponibilizada pela Sociedade Brasileira de Pediatria (SBP), a qual aponta que os prematuros tardios são a grande maioria dos prematuros<sup>(14)</sup>.

Quanto à história prévia de parto prematuro obteve-se novamente limitações de dados, devido à precariedade de informações a esse respeito nos prontuários analisados. Dentre os que continham tal elemento, apenas a minoria confirmou a ocorrência de parto pré-termo no passado, entrando em desconforto com a literatura acerca do mesmo assunto. Estas constatam que um dos principais e mais importantes fatores de risco para o TPP é a ocorrência de parto prematuro espontâneo em gestação anterior, pois um quarto das pacientes que o tiveram evoluirão novamente prematuridade em uma próxima gestação<sup>(15)</sup>.

Acerca da realização da medida do colo uterino, que é sabidamente um dos principais meios para a predição de parto prematuro, não foi possível concluir, pois tal informação não estava presente



em mais da metade dos prontuários. Isso se deve provavelmente ao fato de que a quantidade de gestantes com acesso a pré-natal de qualidade seja muito inferior ao desejado. Em 2006, apenas 55% das gestantes no Brasil tiveram sete ou mais consultas de pré-natal. Apesar do aumento da cobertura de pré-natal no país, reconhece-se que somente a melhoria da sua qualidade poderá levar a uma redução da prematuridade, pois a história prévia de TPP aumenta em 5,8 vezes a chance de um novo TPP<sup>(9,16)</sup>. Além disso, um estudo brasileiro publicado em 2013 que visou avaliar a adequação do acompanhamento pré-natal pelo Sistema Único de Saúde (SUS) no Rio de Janeiro comprovou que a medição do comprimento do colo uterino se mostra muito relevante na predição da prematuridade, porém a avaliação não foi realizada em 25% das gestantes<sup>(17)</sup>.

Em relação ao emprego da progesterona, somente em 6,8% das pacientes foi administrado, embora uma grande quantidade de prontuários não trouxesse essa informação. Sabe-se que o tratamento com progesterona iniciado entre 16 e 20 semanas e mantido até 36 semanas reduz significativamente o número de parto pré-termo antes das 37, 35 e 32 semanas entre as mulheres com alto risco para TPP, diminuindo também as chances de complicações perinatais. Contudo, em gestantes de baixo risco pode não ser tão efetivo<sup>(18)</sup>. Quando administradas medicações preventivas, estas foram eficazes na minoria das pacientes neste estudo.

Ademais, existe a possibilidade de administração de corticoide, o qual foi utilizado na maioria das pacientes. É importante que a droga seja empregada para a prevenção de morbimortalidade neonatal. A literatura aponta que o baixo nível de corticoide contribui para a adaptação respiratória inadequada em neonatos prematuros. A corticoterapia aumenta a liberação de surfactante e acelera a absorção de líquido pelos pulmões<sup>(19)</sup>.

## CONCLUSÃO

O perfil das pacientes com diagnóstico de trabalho de parto pré-termo no Extremo Sul de Santa Catarina se baseia em mulheres brancas, adultas, primigestas, na faixa de idade gestacional entre 34 e 36 semanas e 6 dias e sem história prévia de TPP. Destaca-se a precariedade de dados e informações importantes para o profissional da saúde que manuseia o prontuário destas pacientes, a qual ocasionou limitações quanto aos resultados deste estudo - com relação à história prévia de TPP, que constitui um importante fator de risco, e à medida do colo uterino e ao emprego de progesterona. Fica clara, assim, a necessidade de melhorias assistenciais à população para uma prevenção eficaz ao TPP, visto que um atendimento completo e individualizado pode reduzir a morbimortalidade dessas mães, cujo diagnóstico assola grande parte da sociedade. O poder de fazer a diferença e reduzir níveis tão altos



está na mão do profissional que sabe manejar e tratar as gestantes, podendo contribuir não somente para a qualidade de vida, mas também para a sobrevivência de milhares de pacientes.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Ortiz ARM, Castillo A. Relación entre estrés durante el embarazo y nacimiento pretérmino espontáneo. *Rev.colomb.psiquiatr.* 2016; 45 (2): 75-83.
2. Blencowe H, Lee ACC, Cousens S, et al. Preterm birth-associated neurodevelopmental impairment estimates at regional and global levels for 2010. *Pediatric Research.* 2013; 74: 17-34.
3. Liu L, Oza S, Hogan D, et al. Global, regional, and national causes of under-5 mortality in 2000–15: an updated systematic analysis with implications for the Sustainable Development Goals. *The Lancet.* 2016; 388: 3027-3035.
4. Júnior MDC, Fonseca ESVB, Calisto AC, Evangelista AA. Predição e prevenção do parto pré-termo espontâneo. *Rev Med.* 2013; 23: 330-335.
5. Bittar RE, Zugaib M. Tratamento do trabalho de parto prematuro. *Rev. Bras. Ginecol. Obstet.* 2009; 31(8): 415-422.
6. Dias TZ, Fava ML, Passini JR, et al. Tocolysis among Women with Preterm Birth: Associated Factors and Outcomes from a Multicenter Study in Brazil. *Rev. Bras. Ginecol. Obstet.* 2018; 40(4): 171-179.
7. Santos GHN, Martins MG, Sousa MS, et al. Impacto da idade materna sobre os resultados perinatais e via de parto. *Rev. Bras. Ginecol. Obstet.* 2009; 31(7): 326-334.
8. Delnord M, Blondel B, Prunet C, et al. Are risk factors for preterm and early-term live singleton birth the same? A population-based study in France. *BMJ Open* 2018; **8**: e018745.
9. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Indicadores sociodemográficos e de saúde no Brasil. Brasília, DF; 2009.
10. Pontes GAR, Cantillino A. A influência do nascimento prematuro no vínculo mãe-bebê. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria.** 2014; 63: 290-298.
11. Kramer MR, Hogue CJ, Dunlop AL, Menon R. Preconceptional stress and racial disparities in preterm birth: an overview. *Acta Obstet Gynecol Scand.* 2011; 90 (12): 1307-1316.
12. Freitas PF, Araújo RR. Prematuridade e fatores associados em Santa Catarina, Brasil: análise após alteração do campo idade gestacional na Declaração de Nascidos Vivos. *Rev. Bras. Saude Mater. Infant.* 2015; 15 (3): 309-316.
13. Freitas F, Martins-Costa S, Ramos J. Rotinas em Obstetrícia. 6ª Edição, Editora Artmed, 2011.
14. Kominiarek M. Infants born late preterm: Indications and recommendations for obstetric care. *Neoreviews* 2009; 12: 295-302.



15. Sociedade Brasileira de Pediatria. Departamento de Neonatologia. **Prevenção da prematuridade – uma intervenção da gestão e da assistência.** 2017; 2: 1-6.
16. Moutinho AA. Parto pré-termo, tabagismo e outros fatores de risco - Um estudo caso-controle. **Revista Portuguesa de Medicina Geral e Familiar.** 2013; 29 (2): 107-112.
17. Morgan-Ortiz F, Cinco-Sánchez A, Douriet-Marín FA, Báez-Barraza J, Muñoz-Acosta J, Osuna-Ramirez. Sociodemographic and obstetric factors associated with preterm birth. *Ginecol Obstet Mex.* 2010; 78: 103-109.
18. Vettore MV, Dias M, Vettore MV, Leal MC. Avaliação da qualidade da atenção pré-natal dentre gestantes com e sem história de prematuridade no Sistema Único de Saúde no Rio de Janeiro, Brasil. *Rev. Bras. Saude Mater. Infant.* 2013; 13 (2): 89-100.
19. Roberts D, Brown J, Medley N, Dalziel SR. Antenatal corticosteroids for accelerating fetal lung maturation for women at risk of preterm birth. *Cochrane Database Syst Rev.* 2017; 3: 44-54.

## TABELAS

**Tabela 1** - Perfil da amostra de pacientes com diagnóstico de trabalho parto prematuro em um hospital de referência do sul de Santa Catarina entre janeiro de 2013 e dezembro de 2018.

	<b>n (%)</b> <b>n = 200</b>
<b>Faixa etária</b>	
Abaixo de 18 anos	30 (15,0)
De 18 a 25 anos	61 (30,5)
De 26 a 35 anos	68 (34,0)
Acima de 35 anos	41 (20,5)
<b>Estado civil</b>	
Casada	74 (37,0)
União estável	63 (31,5)
Solteira	58 (29,0)
Divorciada	3 (1,5)
Viúva	2 (1,0)
<b>Raça</b>	
Branca	162 (81,0)
Preta	26 (13,0)
Parda	11 (5,5)
Amarela	1 (0,5)

Fonte: Dados da pesquisa (2019).



**Tabela 2** - Dados clínicos da amostra de pacientes com diagnóstico de trabalho parto prematuro em um hospital de referência do sul de Santa Catarina entre janeiro de 2013 e dezembro de 2018.

	n (%)
	n = 200
<b>Idade gestacional</b>	
Menos de 28 semanas	38 (19,0)
De 28 semanas e 1 dia a 33 semanas e 6 dias	76 (38,0)
De 34 semanas a 36 semanas e 6 dias	86 (43,0)
<b>Paridade</b>	
Primigesta	87 (43,5)
Secundigesta	51 (25,5)
Múltipara	62 (31,0)
<b>Peso materno no início do pré-natal</b>	
Até 55 kg	12 (11,0)
Entre 56 e 70 kg	52 (47,7)
Entre 71 e 100 kg	42 (38,5)
101kg ou mais	3 (2,8)
Não consta	91
<b>História prévia de TPP</b>	
Sim	34 (21,8)
Não	122 (78,2)
Não consta	44

TPP – Trabalho de Parto Prematuro.

Fonte: Dados da pesquisa (2019).

**Tabela 3** - Dados da tocólise da amostra de pacientes com diagnóstico de trabalho parto prematuro em um hospital de referência do sul de Santa Catarina entre janeiro de 2013 e dezembro de 2018.

	n (%)
	n = 200
<b>Uso de progesterona em caso de colo curto ou em caso de história prévia positiva</b>	
Sim	6 (6,8)
Não	82 (93,2)
Não consta	112
<b>Eficácia da tocólise, se empregada</b>	
Sim	50 (29,9)
Não	117 (70,1)
Não consta	33
<b>Uso de corticoide</b>	
Sim	148 (78,7)
Não	40 (21,3)
Não consta	12

continua



---

continua

**Realização de medida de colo uterino**

Sim	18 (18,6)
Não	79 (81,4)
Não consta	103

---

**Fonte:** Dados da pesquisa (2019).