



FATORES DE RISCOS OBSTÉTRICOS E NEONATAIS PARA OCORRÊNCIA DE PREMATURIDADE NO MUNICÍPIO DE MARINGÁ-PR

Willian Augusto de Melo¹; Francislaine Men Castellini²; Aline Alvarenga³; Maria Dalva Barros Carvalho⁴

RESUMO: Prematuridade é o recém-nascido pré-termo com menos de 37 semanas de gestação, constituindo-se em uma causa de morbidade e mortalidade neonatal, sendo que a maior incidência é em prematuros. Objetivo deste estudo epidemiológico é identificar fatores de riscos neonatais e obstétricos associados à prematuridade dos recém-nascidos no Município de Maringá-PR no ano de 2009. Foram os sujeitos do estudo 4.440 recém-nascidos através de informações obtidas pelo SINASC (Sistema Nacional de Nascidos Vivos) disponibilizados pela 15ª Regional de Saúde do Estado do Paraná. As variáveis estudadas foram agrupadas em variáveis obstétricas e neonatais e analisadas pelo teste Qui-quadrado de Yates corrigido, incluindo, *Odds Ratio* e Intervalo de Confiança. Dentre os fatores de riscos significativos que exercem influência para a ocorrência de prematuridade destacou-se a presença de gestação múltipla, o número reduzido de consultas pré-natais, o baixo peso ao nascer e o baixo ápgar no primeiro e quinto minuto de vida. O conhecimento sobre os fatores associados à ocorrência de prematuridade entre os nascidos vivos, os profissionais de saúde tornam-se mais preparados para as ações preventivas com relação à ocorrência deste evento, bem como, subsidia o planejamento de medidas para a promoção de ações voltadas a população em geral especialmente às mulheres férteis inclusas em algum critério de risco gestacional.

PALAVRAS-CHAVE: Prematuridade; Assistência de Enfermagem; Fatores de Risco; Epidemiologia Analítica.

1 INTRODUÇÃO

O conceito atual de prematuridade foi oficializado em 1969, pela Organização Mundial de Saúde (OMS), assim definiu-se prematuridade, a partir desta data como pré-termo, o RN vivo com menos de 37 semanas, ou seja, menos de 259 dias de gestação, a contar do primeiro dia do último período menstrual, independente do peso ao nascimento (OMS, 1969).

¹ Docente. Mestre em Enfermagem. Departamento de Enfermagem e Fisioterapia do Centro Universitário de Maringá (CESUMAR). Maringá-PR. E-mail: willian.melo@cesumar.br

² Enfermeira. Graduada no CESUMAR. Hospital Universitário de Maringá. Maringá-PR. E-mail: francislaine_mc@hotmail.com

³ Enfermeira. Graduada no CESUMAR. Hospital Universitário de Maringá. Maringá-PR. E-mail: Alinealvarenga_89@hotmail.com

⁴ Docente. Doutora em Enfermagem. Chefe do Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde da Universidade Estadual de Maringá (UEM). Maringá-PR. E-mail: mdbcarvalho@terra.com.br

Mesmo com a rapidez com que a tecnologia e a ciência vêm avançando, é um grande problema na Obstetrícia e Neonatologia, constituindo-se em uma causa de morbidade e mortalidade neonatal, sendo que a maior incidência é em prematuros, além disso, a carga econômica associada a esses nascimentos é significativa na medida em que o parto prematuro demanda assistência e cuidados de maior nível de complexidade, especialmente em relação aos neonatos (KENNER, 2001).

Além de ser um grande problema de saúde pública, a prematuridade constitui-se um determinante de morbidade e mortalidade neonatal principalmente nos países em desenvolvimento como o Brasil e apresenta risco de mortalidade significativamente superior a crianças nascidas com duração da gestação maior ou igual a 37 semanas (ESCOBAR et al., 2006).

Silveira et al.(2009), revelam que o percentual de nascimentos pré-termo (< 37 semanas) no Brasil variou de 5%, em 1994, a 6,6%, em 2005, sugerindo um aumento na proporção de partos prematuros no país como um todo neste período. Em 1994, o grupo de idade entre 28 e 36 semanas era responsável por 85,5% dos casos de prematuridade e, em 2005, o percentual foi de 94,6%.

Com relação aos fatores de risco para a prematuridade, a falta de conhecimentos fisiopatológicos do determinismo do trabalho de parto, dificulta a elaboração de medidas profiláticas do parto prematuro. Entretanto, a identificação das gestantes, que apresentam fatores de risco para sua ocorrência, é uma estratégia importante e imprescindível para que se possa preveni-la e identificá-la precocemente (SPALLICCI et al., 2000).

Importante considerar que os dados epidemiológicos permitem identificar a existência de diversos fatores de risco para a prematuridade, tais como: tipo de parto, cor da pele, idade da mãe, condições sócio-econômicas, fumo, estado civil, tipo de ocupação da mãe, estado nutricional, dentre elas também se destacam as variáveis obstétricas e neonatais entre outros (WEN, 2004). Isto corrobora a importância dos estudos epidemiológicos em saúde na área pediátrica e obstétrica.

Com base nestas considerações supracitadas o objetivo do presente estudo é identificar os fatores de riscos neonatais e obstétricos que estão associados à prematuridade dos recém-nascidos no Município de Maringá-PR no ano de 2009.

2 MATERIAL E MÉTODOS

Trata-se de um estudo observacional de corte transversal, voltado para a área da epidemiologia descritiva e analítica.

Foram os sujeitos do estudo 4.440 recém-nascidos nascidos no município de Maringá-PR no ano de 2009, através de informações obtidas pelo SINASC (Sistema Nacional de Nascidos Vivos) disponibilizados pela 15ª Regional de Saúde do Estado do Paraná.

Os recém nascidos foram classificados de acordo com sua idade gestacional. Todos com foco no total das semanas completadas até o nascimento sendo classificada como prematuro quando idade gestacional (IG) menor de 37 semanas, a termo quando IG for de 37 a 41 semanas e pós termo quando IG maior ou igual a 42 semanas (BRASIL, 2006). Realizou-se a dicotomização desta variável em < 37 semanas para recém nascido a termos e \geq 37 semanas para prematuros para efetuar análises estatísticas multivariadas.

As variáveis estudadas foram agrupadas em variáveis obstétricas e neonatais. Constituíram as variáveis obstétricas o tipo de gravidez classificada como gravidez única e gravidez múltipla, o tipo de parto (parto vaginal ou cesáreo), número de consultas de pré-natal desde o início da gravidez até o momento do parto dicotomizando-as em < 7 consultas e \geq 7 consultas. Para as variáveis neonatais considerou-se o sexo, raça/cor (branco, preto, amarelo e pardo) e dicotomizada em branco e não branco; o peso foi

classificado em < 1500g como muito baixo peso ao nascer; 1500 a 2499g baixo peso ao nascer; 2500 a 3999g peso normal e $\geq 4000g$ peso elevado e posteriormente dicotomizado em $\leq 2500g$ e $\geq 2500g$ (BRASIL, 2008); o apgar no primeiro e quinto minuto foram categorizados em presença de asfixia ≤ 7 e ausência de asfixia >7 .

Para análise dos dados, foram verificadas as associações entre as variáveis com a finalidade de identificar os fatores associados à prematuridade através do teste de Qui-quadrado de Yates, considerando um nível de significância de 5% e intervalo de confiança de 95%. Para estas verificações será utilizado o software Epi Info versão 3.4.

Após autorização da 15ª. Regional de Saúde de Maringá o projeto de pesquisa foi aprovado sob o parecer número 206/2010 do Comitê de Ética e Pesquisa do Centro Universitário de Maringá (CEP/CESUMAR). A coleta de dados ocorreu no período de maio a julho de 2010.

3 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Verificou-se o nascimento de 480 prematuros constituindo uma proporção de 10,8% de uma população total de 4.440 nascimentos no ano de 2009. Quanto à classificação de prematuridade em uma ordem decrescente, houve 3.949 (88,9%) recém nascidos a termos, 413 (9,3%) prematuros moderados, 66 (1,48%) prematuros acentuados, 10 (0,22%) pós termo e somente um foi classificado como prematuro extremo.

O percentual total encontrado de gestação múltipla entre os recém-nascidos foi de 109 (2,5%), sendo que deste total 70 (1,6%) eram os prematuros. As gestações únicas correspondem a 97,5% dos recém nascidos, porém 410 (9,2%) eram prematuros. Ao analisar o número de gravidezes múltiplas do total de nascimentos ocorridos em 2009, e dos prematuros, verificou-se significância estatística ($p < 0,0000$) inferindo que as mães que gestam múltiplos tem 17 vezes mais chances desses nascerem prematuros quando comparadas as mães de gravidezes únicas (Tabela 1).

Tabela 1: Distribuição e análise bivariada das variáveis obstétricas segundo a prematuridade do RN. Maringá-PR, 2009.

Variáveis Obstétricas	Prematuridade				OR	IC	p
	Sim		Não				
	N	%	N	%			
Tipo de gestação							
Única	410	9,2	3920	88,3	17,20	(11,27–26,30)	0,0000*
Múltipla	70	1,6	39	0,9			
Tipo de parto							
Cesáreo	376	8,4	3124	70,4	0,97	(0,76–1,22)	0,8083*
Vaginal	104	2,3	834	18,8			
Consultas Pré-natal							
Mais que 7	309	6,9	3223	72,6	2,42	(1,96–2,98)	0,0000*
Menos que 7	170	3,8	734	16,5			
Total	480	10,8	3959	89,2			

*Nível descritivo para o Teste de Qui-quadrado de Yates

Em relação ao tipo de parto, 3500 (78,8%) foram de parto cesáreo, destes 376 (8,4%) foram prematuros. Os partos vaginais somaram 938 (21,1%). Embora desde 1985 a OMS mostre que a taxa de cesarianas maior de 15% é medicamente injustificável, altas taxas de cesarianas são quase universais (BRASIL, 2006).

Em relação ao número de consultas pré-natal, neste estudo verificou-se que as mães vêm realizando em sua maioria adequadamente o número de consultas, pois 3532 (79,5%) realizaram mais de sete consultas de pré-natal e destas 309 (6,9%) foram prematuros. Das que não realizaram corretamente o pré-natal 170 (3,8%) foram prematuros. O acompanhamento pré natal tem impacto na redução da mortalidade materna e perinatal onde são recomendadas pelo plano de assistência pré natal seis consultas (BRASIL, 2006).

Com relação às variáveis neonatais e ao sexo do recém nascido, 2259 (50,8%) do total de recém nascidos eram do sexo masculino. Dentre os prematuros 232 (5,3%) foram do sexo feminino e 247 (5,5%) masculino, nenhum exercendo influência sobre ocorrência de prematuridade (Tabela 2).

Tabela 2: Distribuição e análise bivariada das variáveis neonatais segundo a prematuridade do RN. Maringá-PR, 2009.

Variáveis Neonatais	Prematuridade				OR	IC	p*
	Sim		Não				
	N	%	N	%			
Sexo							
Feminino	232	5,3	1947	43,8	1,03	(0,85–1,25)	0,7580
Masculino	247	5,5	2012	45,3			
Cor (Raça)							
Branco	447	10,1	3660	84,4	0,90	(0,61–1,33)	0,6592
Não branco	33	0,7	299	6,7			
Peso							
≤ 2500 gr	285	6,4	129	2,9	43,39	(33,44–56,35)	0,0000
≥ 2500 gr	195	4,4	3830	86,3			
Apgar 1º min							
≤ 7	138	3,1	409	9,2	3,51	(2,79–4,41)	0,0000
> 7	341	7,8	3545	79,9			
Apgar 5º min							
≤ 7	38	0,9	43	0,8	10,15	(6,34–16,24)	0,0000
> 7	437	9,8	3918	88,7			
Total	480	10,8	3959	89,2			

*Nível descritivo para o Teste de Qui-quadrado de Yates Corrigido.

Com relação a variável raça/cor houve predominância para a cor branca, 232 (5,3%) e 33 (0,7%) para não branca, sendo que entre os não brancos incluem a cor/raça preta, amarela e pardos (Tabela 2). A predominância da raça/cor branca pode ser associada a existência de nascimentos ocorridos em Maringá no mesmo ano, onde se confirma a prevalência de raça/cor branca no município (DATASUS, 2007).

Em relação ao peso ao nascer, evidenciou-se que 414 (9,3%) apresentaram peso inferior a 2500g, destes 285 (6,4%) eram prematuros, ainda 63 (1,4%) apresentaram muito baixo peso ao nascer, ou seja, < 1.500g. Melo (2009) evidenciou que 50,3% dos recém nascidos de risco apresentaram baixo peso considerando um número elevado. Sabe-se que aproximadamente 90% das mortes neonatais ocorrem em conceptos nascidos com menos de 2.500 gramas e 60% dos recém-nascidos com baixo peso nos Estados Unidos são prematuros (FEBRASGO, 2004). Reafirmando a isso, ressalta-se razão de chance para baixo peso entre os prematuros inferindo que há 43 mais chances de um RN prematuro nascer com baixo peso do que eutrófico (Tabela 2).

O índice de apgar ≤ 7 no primeiro minuto foi observado em 341 (7,8%) dos recém nascidos prematuros e no quinto minuto em 437 (9,8%). O apgar quando apresentam valores relevantes, pois propõe a necessidade de cuidados adicionais, mesmo na ausência de dados ambulatoriais (CUNNUNGHAN, 2001). Cabe ressaltar que entre os prematuros há maior incidência de ocorrer baixos valores de Apgar, inferindo que há 1,99 mais chances de ocorrer no 1º minuto e 2,14 mais no 5º minuto. De acordo com teste, o escore de Apgar tanto para o 1º quanto para o 5º minuto apresentou significância estatística, considerando o número de chances de ocorrer.

4 CONCLUSÃO

Os resultados obtidos confirmam a existência significativa estaticamente de fatores de risco obstétricos e neonatais associados com a ocorrência de prematuridade no município de Maringá-PR. Dentre os fatores de riscos significativos destacaram-se a presença de gestação múltipla, o número reduzido de consultas pré-natais, o baixo peso ao nascer e o baixo ápgar ou asfixia no primeiro e quinto minuto de vida.

Diante das evidências encontradas é importante afirmar que o conhecimento sobre os fatores associados à ocorrência de prematuridade entre os nascidos vivos, os profissionais de saúde tornam-se mais preparados para as ações preventivas com relação à ocorrência deste evento, bem como, subsidia o planejamento de medidas para a promoção de ações voltadas a população em geral especialmente às mulheres férteis inclusas em algum critério de risco gestacional.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Pré-natal e puerpério: atenção qualificada e humanizada.** Manual técnico. Brasília, DF, 2006.

CUNNUNGHAN. C. Adequação do Processo de Assistência Pré-natal entre as Usuárias do Sistema Único de Saúde em Juiz de Fora-MG. **Rev Bras Ginecol Obstet.** v.26. Minas Gerais, 2001.

KENNER, C. **Enfermagem neonatal.** Rio de Janeiro (RJ): Reichmann & Affonso, 2001.

DATASUS - Banco de dados do Sistema Único de Saúde. **Notícias, produtos e serviços, dados sobre a saúde do Brasil.** Disponível em: <http://www.datasus.gov.br>. Set, 2017.

ESCOBAR, G. J.; CLARK, R. H.; GREENE, J. D. Short-term outcomes of infants born at 35 and 36 weeks gestation: we need to ask more questions. **Semin Perinatol**, New York, v. 30,n. 1, p.28-33, Feb. 2006.

FEBRASGO. **Manual de Orientação: Assistência Pré-Natal.** Prevenção e tratamento do trabalho de parto prematuro. Junior C.A.; p. 115-121. 2004.

OMS. Organização Mundial de Saúde. WHO, World Health Organization. **The indices of low birth weight: A critical review of available information.** World Health Statist. Quart, 1969

SILVEIRA, Mariângela F.; SANTOS, Iná S.; MATIJASEVICH, Alicia; MALTA, Deborah Carvalho.; DUARTE, Elisabeth Carmen. Nascimentos pré-termo no Brasil entre 1994 e

2005 conforme o Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (SINASC). **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, junho, 2009.

SPALLICI, M. D. B.; CHIEA, M. A.; ALBUQUERQUE, P. B.; BITTAR, R. E.; ZUGAIB, M. Estudo de algumas variáveis maternas relacionadas com a prematuridade. **Rev. Med. HUUSP**. v.10, n.1, p.19-23, jan./jun. 2000.

WEN SW, Smith G, YANG Q, Walket M. Epidemiology of preterm birth and neonatal outcome. **Semin Fetal Neonatal Med**, 2004.

Anais Eletrônico

VII EPCC – Encontro Internacional de Produção Científica Cesumar
CESUMAR – Centro Universitário de Maringá
Editora CESUMAR
Maringá – Paraná - Brasil