

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS

ESCOLA DE ENFERMAGEM

CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM ENFERMAGEM OBSTÉTRICA

Síntia Nascimento dos Reis Campos

**MANEJO CONSERVADOR NA ROTURA PREMATURA DE
MEMBRANA PRÉ – TERMO (RPMPT) EM GESTANTES
INTERNADAS NA “CASA DA GESTANTE ZILDA ARNS”:
RESULTADOS MATERNNOS E NEONATAIS**

Belo Horizonte

2013

Síntia Nascimento dos Reis Campos

**MANEJO CONSERVADOR NA ROTURA PREMATURA DE
MEMBRANA PRÉ – TERMO (RPMPT) EM GESTANTES
INTERNADAS NA “CASA DA GESTANTE ZILDA ARNS”:
RESULTADOS MATERNOS E NEONATAIS**

Monografia apresentada ao Curso de Especialização em Enfermagem Obstétrica da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais como requisito parcial para obtenção do título de Especialista em Enfermagem Obstétrica.

Orientadora: Profa. Dra. Lélia Maria Madeira

Belo Horizonte

2013

C198 Campos, Sítia Nascimento dos Reis

Manejo conservador na rotura prematura de membrana pré – termo (rpmpt) em gestantes internadas na “Casa da Gestante Zilda Arns”: resultados maternos e neonatais/ Sítia Nascimento dos Reis Campos – Belo Horizonte : [s.n.], 2013.

53f.

Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização em Enfermagem Obstétrica) – Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte.

Orientadora: Lélia Maria Madeira

Bibliografia: f. 28-30.

1. Ruptura Prematura de Membranas Fetais. 2. Serviços Hospitalares de Assistência Domiciliar. I. Madeira, Lélia Maria. II. Universidade Federal de Minas Gerais. III. Título

A todos aqueles que acreditam e se empenham na
incorporação do nascimento seguro, humano e
respeitoso.

AGRADECIMENTOS

A minha querida mãe Lourdes, pelo apoio e incentivo inquestionáveis.

A meus irmãos, em especial a minha irmã Betânia, pela referência de vida e caráter.

A meu filho Kenneth, pela paciência face a meus momentos de ausência, pelo amor.

Aos amigos, em especial Priscila e Ricardo, por me ajudarem nos momentos mais difíceis.

Aos colegas do Curso de Especialização em Enfermagem Obstétrica, pelo aprendizado e pela amizade que deixarão saudades.

Aos profissionais da Casa de Gestante Zilda Arns, pelo acolhimento, carinho apoio, em especial às enfermeiras Kelly e Polyana, pelas sugestões, nos momentos de dúvidas, ansiedade, insegurança e distração; demonstrando com atitudes e ensinamentos, a melhor forma de exercer a profissão.

À Enfermeira - Obstetra Eliane Rabelo, pelas oportunidades oferecidas e por ser exemplo de pessoa, de profissional competente e dedicada.

À equipe do Serviço de Arquivo Médico e Estatístico do Hospital Sofia Feldman, em especial a Glayce, que realizou o tratamento estatístico dos dados coletados e a Sérgio, pelo auxílio, atenção, disponibilidade e paciência.

Aos profissionais do Hospital Sofia Feldman, pelos ensinamentos e por compreenderem o processo de aprendizado, transmitindo conhecimentos e dando oportunidade aos futuros enfermeiros - obstetras.

A minha orientadora Lélia, pelos muitos conhecimentos transmitidos em tão pouco tempo, pela credibilidade, confiança e paciência. Você foi fundamental para construção deste trabalho.

A Vivian que, mesmo na fase difícil de conclusão de sua tese de doutorado, me acolheu, ficando disponível para contribuir de forma grandiosa para a qualidade deste trabalho.

Aos professores da Escola de Enfermagem, pelos conhecimentos transmitidos.

A Deus, por esta conquista e por proporcionar estes agradecimentos a todos que tornaram minha vida mais rica em trabalho e afeto.

*É graça divina começar bem
É Graça maior, persistir na caminhada certa
Mas, graça das graças é não desistir nunca!*

Dom Hélder Câmara

RESUMO

Introdução: A ruptura prematura de membranas pré-termo (RPMPT) vem contribuindo significativamente com a prematuridade e tem se mostrado como um dos grandes problemas de saúde pública. **Objetivos:** descrever a prevalência de gestantes submetidas ao manejo conservador de RPMPT, atendidas na Casa da Gestante Zilda Arns do Hospital Sofia Feldman, desde sua criação; caracterizar as gestantes com RPMPT atendidas na Casa, identificar os resultados do manejo conservador de RPMPT na saúde materno-fetal das gestantes atendidas na Casa, no período de 1º de abril de 2011 a 31 de março 2012 e conhecer o desfecho dos recém-nascidos cujas mães foram submetidas ao manejo conservador na Casa da Gestante, no período de 1º de abril de 2011 a 31 de março 2012. **Metodologia:** Trata-se de um estudo retrospectivo e documental, realizado com 114 gestantes internadas, com diagnóstico confirmado de RPMPT, no período de abril de 2011 a março de 2012 e seus 115 recém-nascidos. Foram coletados dados sobre as gestantes (município de origem, idade materna; paridade, idade gestacional à internação; tempo de permanência da gestante na Casa; uso de antibiótico (ATB); idade gestacional no parto, ocorrência de infecção materna por corioamnionite e uso de corticóide) e sobre o recém-nascido (condições de saúde do RN (destino ao nascer, durante a internação neonatal, peso ao nascer e Apgar), infecção neonatal, sepse precoce, sepse tardia, número de óbitos neonatais, diagnóstico da membrana hialina, uso de surfactante, tempo de ventilação mecânica, total de dias de uso de O₂ e tempo de internação neonatal). A análise estatística baseou-se na descrição das características da população, por meio de distribuição de frequências absolutas e relativas das variáveis. **Resultados:** Os resultados mostraram que, das 114 gestantes, a maioria era de cidades do interior de Minas Gerais, tinha idade entre 23 e 30 anos, idade gestacional à internação abaixo de 34 semanas, ficou internada na Casa entre um e 11 dias. Do total de gestantes, 70,2% tiveram parto normal e 28,9% fizeram cesárea. Em relação às condições de saúde do RN, a maioria teve Apgar no 5º minuto maior do que 7 (87,8%) e peso ao nascer entre 1500-1999 gramas (37,4%); 16,5% foram encaminhados para o alojamento conjunto e 77,4% encaminhados para internação em Unidade neonatal, com 47,8% destes

apresentando a Doença da Membrana Hialina. **Considerações finais:** Constatou-se que o manejo conservador de gestantes com RPMPT trouxe benefícios para a população estudada, expressos nos resultados maternos e neonatais.

Palavras - chave: Ruptura prematura de membranas; prematuridade; gestação alto risco e casa da gestante.

LISTA DE GRÁFICOS

GRÁFICO 1	Condições de saúde das gestantes internadas na Casa da Gestante Zilda Arns, segundo diagnóstico na internação, no período de 2008 – 2012. Belo Horizonte/ Hospital Sofia Feldman 2013	23
-----------	---	----

LISTA DE TABELAS

TABELA 1	Características das gestantes internadas na Casa de Gestante Zilda Arns com Ruptura Prematura de Membranas Pré-termo, no período de 2011-2012.....	24
TABELA 2	Motivos de internação e interrupção das gestações submetidas ao manejo conservador de Ruptura Prematura de Membranas Pré-termo no período de 2011-2012.....	26
TABELA 3	Características individuais no momento do parto das gestantes com RPMPT, “Casa das Gestantes”, Belo Horizonte, 2011/2012.....	27
TABELA 4	Desfechos dos recém-nascidos cujas mães permaneceram internadas em manejo conservador na Casa de Gestante Zilda Arns com diagnóstico de Ruptura prematura de membranas pré-termo no período de 2011 – 2012..	29
TABELA 5	Associação do tempo de bolsa rota com as condições de saúde materno-perinatais, “Casa das Gestantes”, Belo Horizonte, 2011/2012.....	32

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ATB	Antibiótico
CEP	Comitê de Ética e Pesquisa
CIUR	Crescimento Intra-uterino Restrito
CNS	Conselho Nacional de Saúde
DMH	Doença da membrana hialina
DPP	Descolamento prematuro de placenta
HSF	Hospital Sofia Feldman
IG	Idade gestacional
MMII	Membros inferiores
MS	Ministério da Saúde
O ₂	Oxigênio
OMS	Organização Mundial da Saúde
RN	Recém-nascido
RNPTs	Recém-nascidos pré-termo
RPMPT	Ruptura Prematura de Membranas Pré-termo
SP	Sala de parto
SUS	Sistema Único de Saúde
TCUD	Termo de Consentimento para uso de Banco de Dados
TORSH	Toxoplasmose - Outras. (Citomegalovírus, Varicela-Zoster, Hepatite B e Aids).
TPPT	Trabalho de parto pré-termo
UCIN	Unidade de Cuidado Intermediário Neonatal
UTIN	Unidade de Tratamento Intensivo Neonatal

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	13
2	OBJETIVOS.....	17
3	METODOLOGIA.....	18
3.1	Local do Estudo.....	18
3.2	Coletas de Dados.....	19
3.3	Aspectos Éticos	21
4	RESULTADO.....	22
5	DISCUSSÃO	34
6	CONSIDERAÇÕES FINAIS	40
	REFERÊNCIAS.....	42
	APÊNDICES.....	47
	ANEXO.....	50

1 INTRODUÇÃO

A Organização Mundial da Saúde (OMS) define como parto prematuro ou pré-termo toda criança nascida antes de 37 semanas (BRASIL, 2006). Sendo assim, inclui todo recém-nascido (RN) vivo com menos de 37 semanas completas de gestação (<259 dias), contadas a partir do primeiro dia do último período menstrual. A incidência é variável e depende de características populacionais (SALGE et al., 2009).

Um estudo divulgado pela OMS mostrou que 15 milhões de bebês nascem antes do tempo por ano no mundo. Mais de um milhão deles morrem dias após o parto, sendo a prematuridade a segunda causa de morte de crianças com menos de cinco anos de idade (WHO, 2012).

O Brasil está entre os países com maiores números de partos prematuros, aparece em décimo lugar, com 279 mil partos prematuros por ano, a taxa brasileira é de 9,2% dos bebês prematuros (WHO, 2012). Conforme informações publicadas pelo Ministério da Saúde (MS), o nascimento de prematuros na população brasileira tem se mantido constante nos últimos anos, sendo variável de Estado para Estado e com tendência à elevação em algumas metrópoles (ARAÚJO; RODRIGUES; RODRIGUES, 2008).

O prognóstico do parto prematuro é associado a alguns fatores de risco demográficos e obstétricos, tais como: idade materna menor que 21 ou maior que 36 anos, baixo nível socioeconômico, antecedente de parto pré-termo, estatura materna inferior a 1,52 m, gestação gemelar, sangramento vaginal no 2º trimestre, amadurecimento cervical e aumento da atividade uterina antes da 29ª semana de gestação (SALGE et al., 2009).

A ruptura prematura das membranas ovulares é caracterizada por sua rotura espontânea antes do início do trabalho de parto em qualquer idade gestacional (IG). Quando ocorre antes de 37 semanas de gestação, é considerada como rotura prematura de membranas pré-termo (RPMPT). Denomina-se como *período de latência* o tempo decorrente entre a rotura das membranas e o início do trabalho de parto (BRASIL, 2012).

A RPMPT é responsável por 30% a 40% dos partos pré-termo e por 20% da mortalidade perinatal. A etiologia é multifatorial mas a causa principal é a infecção pela invasão bacteriana intraútero, que ativa a decídua e as

membranas fetais, para a produção de citocinas próinflamatórias. Estas, por sua vez, levam à liberação de prostaglandinas, metaloproteases e outras substâncias bioativas. As prostaglandinas estimulam as contrações uterinas e as metaloproteases favorecem o amolecimento do colo do útero e a ruptura prematura de membranas (RIVERA et al., 2004).

A RPMPT acarreta várias complicações maternas e fetais imediatas, como prematuridade, infecção, hipoplasia pulmonar, sofrimento fetal intraparto, endometrite e infecção neonatal. Nos casos em que o parto ocorre antes da 34ª semana de gestação, eleva-se a incidência da morbidade e mortalidade perinatal decorrentes do desconforto respiratório, hemorragia intraventricular, retinopatia, paralisia cerebral, etc (MORAES; KULAY JR.; BERTINI, 2000).

Pelo fato de as complicações resultantes da prematuridade serem mais frequentes do que a septicemia neonatal como fonte de morbidade e mortalidade perinatal, há crescente tendência na atualidade em se adotar a conduta conservadora nas gestantes com RPMPT antes da 34ª semana (MORAES; KULAY JR.; BERTINI, 2000), propondo-se prolongar a gestação na expectativa de que a maturidade pulmonar seja atingida, aumentando com isso a sobrevida pós-natal.

De acordo com a Federação Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia (2008), entre 24 e 34 semanas de gestação, há benefícios neonatais em se realizar a conduta conservadora, entretanto pode haver aumento de corioamnionite, endometrite e sepse.

Em 1998, o MS, com os objetivos de estimular e apoiar o sistema de referência hospitalar e complementar à gestante, tendo por base o princípio da equidade, do Sistema Único de Saúde (SUS), implantou os Sistemas Estaduais de Referência Hospitalar à Gestante de Alto Risco. Uma rede de atendimento hierarquizada e organizada nos diferentes níveis de complexidade foi criada em todos os estados brasileiros. Nesse sistema, as instituições do nível terciário puderam oferecer o serviço de apoio às gestantes de alto risco, conhecido como Casa das Gestantes (BRASIL, 2001a).

A Casa das Gestantes deve servir de apoio às necessidades assistenciais da gestante de alto risco e representa uma estratégia na reversão da atenção centrada em hospitais. Tal sistema também propicia a construção de uma nova lógica de atenção, focada na prevenção, na promoção da saúde e

na humanização do cuidado. Além disso, esse serviço tem o objetivo de diminuir os custos e riscos hospitalares, bem como de ampliar os espaços de atuação dos profissionais de saúde, de modo especial, da enfermagem (SILVA et al., 2005).

Na Maternidade situada em Belo Horizonte, onde foi realizado o presente estudo, a Casa das Gestantes Zilda Arns, foi criada em 2006 e inaugurada em outubro de 2007. Atende gestantes de alto risco com várias patologias e entre elas as gestantes com RPMPT.

Percebe-se que as gestantes com RPMPT em manejo conservador, muitas vezes, sentem-se vulneráveis devido à necessidade de permanecer internadas, alterando sua vida diária (dentro e fora de casa). Já segundo Santos (2003), as gestantes podem também sentir-se sozinhas, desamparadas e inseguras, desconfiando de sua capacidade de gerar vida, defrontando-se com a ameaça da perda de seu bebê, acompanhada da ansiedade, estresse e medo, inclusive da morte do bebê e do risco de infecção. As complicações podem alterar, inclusive, a formação de laços afetivos entre mãe e filho, a sensibilidade da mulher e seu relacionamento, por alterarem tanto fatores físicos como emocionais.

Considerando as necessidades de saúde da gestante de alto risco que permanece na Casa, observa-se a necessidade da atuação de uma equipe multiprofissional. Entretanto, torna-se imprescindível que cada profissional tenha o domínio de sua área de competência, dentro dos aspectos do conhecimento científico e das implicações éticas, sociais e políticas de sua atuação.

No que diz respeito à enfermeira, esta deve assistir a gestante, sendo uma de suas competências a atenção à saúde, estando apta a realizar ações de prevenção, promoção, proteção em nível individual e coletivo, atuando inclusive, no Programa de Assistência Integral à Mulher, assumindo o compromisso ético, humanístico e social com o trabalho multiprofissional em saúde; intervindo no processo saúde-doença, responsabilizando-se pela assistência de enfermagem em seus diferentes níveis de atenção à saúde (BRASIL, 2001b).

O MS, nos programas de atendimento à mulher, mostra que os profissionais de saúde devem valorizar os sentimentos despertados em sua

prática diária e incorporá-los como instrumentos na assistência à saúde. Não basta investir em equipamentos e tecnologias, pois o tratamento só se torna eficaz quando o cliente é acolhido, ouvido e respeitado pelos profissionais de saúde. O cliente deve ser compreendido de acordo com sua individualidade, havendo a preocupação com seus sentimentos, desejos e direitos, buscando, desta forma, a melhoria na assistência com vistas à humanização da assistência ao cliente e a sua família (BRASIL, 2004).

Na Casa da Gestante anteriormente referida, a assistência prestada à gestante de alto risco faz parte das atividades institucionais desde o ano de 2006. Entretanto, ainda não foram realizados estudos que mostraram as características da população assistida e também é necessário despertar a atenção dos profissionais da saúde com relação à importância do manejo conservador das gestantes com RPMPT e o controle da prematuridade extrema para a melhoria da qualidade de vida neonatal e dos índices de mortalidade.

A partir da vivência da autora enquanto especializanda em enfermagem obstétrica, foi possível observar, no dia a dia da Casa da Gestante Zilda Arns, que o manejo conservador da RPMPT contribui para melhoria da saúde materna e neonatal.

Diante disso, pergunta-se, à luz dos dados estatísticos da referida instituição: o manejo conservador da RPMPT, em mulheres assistidas na Casa da Gestante, traz benefícios para a saúde materno fetal?

2 OBJETIVOS

1- Descrever a prevalência de gestantes submetidas ao manejo conservador de RPMPT, atendidas na Casa da Gestante Zilda Arns do Hospital Sofia Feldman, desde sua criação.

2- Caracterizar as gestantes com RPMPT atendidas na Casa da Gestante Zilda Arns do Hospital Sofia Feldman, no período de 1º de abril de 2011 a 31 de março 2012.

3- Identificar os resultados do manejo conservador de RPMPT, na saúde materno-fetal das gestantes atendidas na Casa da Gestante Zilda Arns do Hospital Sofia Feldman, no período de 1º de abril de 2011 a 31 de março 2012.

4- Conhecer o desfecho dos recém-nascidos cujas mães foram submetidas ao manejo conservador no período de 1º de abril de 2011 a 31 de março 2012.

3 METODOLOGIA

Foi feito um estudo transversal retrospectivo, documental, utilizando-se dados das gestantes com diagnóstico confirmado de RPMPT, internadas na Casa da Gestante, no período de 1º de abril de 2011 a 31 de março 2012, bem como de seus neonatos.

O estudo documental retrospectivo é aquele sobre o qual o pesquisador tenta construir uma sequência de eventos, ligando os acontecimentos presentes ao passado, por meio de registros efetuados em documentos (POLIT; BECK; HUNGLER, 2004).

3.1. Local do Estudo

O estudo foi realizado na Casa da Gestante Zilda Arns, unidade assistencial do Hospital Sofia Feldman (HSF) de Belo Horizonte. Trata-se de uma instituição filantrópica fundacional que tem sua assistência pautada pelos princípios e diretrizes do SUS e pela Política Nacional de Humanização da Assistência, contando com a atuação de uma equipe multiprofissional (HSF, 2013).

O Hospital atende a uma clientela diversificada quanto à situação socioeconômica, originária em sua maioria da Grande Belo Horizonte, mas também de outras cidades do interior do Estado de Minas Gerais. Assiste mensalmente, em média 850 partos e possui a maior Unidade Neonatal do Estado com 41 leitos de terapia intensiva (HSF, 2013).

A Casa da Gestante Zilda Arns disponibiliza 23 leitos para acompanhamento de grávidas por uma equipe de referência multidisciplinar composta por: médico-obstetra, enfermeiro-obstetra, técnico de enfermagem, nutricionista, educador físico, terapeuta ocupacional, assistente social e psicólogo; com assistência pautada nos protocolos institucionais. A assistência oferecida às mulheres nessa Unidade segue os mesmos princípios e diretrizes do Hospital com uma proposta assistencial que visa reduzir ao máximo os impactos de uma internação prolongada para a mulher, o RN e sua família (HSF, 2013).

Fundada em 2006, sendo inaugurada em outubro de 2007, tem recebido número considerável de mulheres grávidas em situação de risco, contabilizando, até 31 de março de 2012, 2.283 gestantes atendidas e, destas, 426 tinham o diagnóstico confirmado de RPMPT ou seja, 15 % da população admitida na Casa.

3.2 Coleta de Dados

Inicialmente, foram identificadas, no livro de registros, as gestantes internadas na Casa desde sua implantação e que tiveram o diagnóstico confirmado de RPMPT até 31 de março de 2012.

A partir dessa identificação no próprio livro de registros, foram coletados os dados das gestantes internadas na Casa, no período de 1º de abril de 2011 a 31 de março de 2012, que tiveram diagnóstico confirmado de RPMPT. A escolha do período foi determinada pela possibilidade da coleta de dados mais fidedignos sobre o RN, por meio do Banco de Dados da Rede Brasileira de Pesquisa Neonatal da Fiocruz.

Antes de ser encaminhada para a Casa, toda gestante passa pelo primeiro atendimento na admissão do HSF. Toda gestante, quando admitida na Casa, é inserida no livro de registro. Esse livro de registro conta com os seguintes dados: número de prontuário, número de registro, nome, idade, paridade, IG, diagnóstico, procedência, data de internação hospitalar, data de transferência para a Casa da Gestante, data de transferência hospitalar, data da alta, motivo da alta/transferência, tipo de parto, peso do RN, hora do parto, Apgar e encaminhamento do RN após o parto.

Os dados dos RNs foram coletados no Banco de Dados da Rede Brasileira de Pesquisa Neonatal da Fiocruz: procedência do RN, se nasceu no hospital ou veio de outra instituição, data de nascimento, data da internação neonatal e da alta; transferência; óbito, sexo, peso ao nascer, perímetro cefálico, idade gestacional (IG), escore de Apgar, reanimação em sala de parto (SP), óbito na SP, preenchimento para todos RN com dados do sistema respiratório, doença da membrana hialina (DMH), suporte respiratório, uso de surfactante, convulsão, infecção, sepse precoce e tardia, uso de antibiótico

(ATB), dados para preenchimento exclusivo para RN com peso inferior 1.750g como displasia broncopulmonar, hemorragia cerebral, retinopatia da prematuridade, canal arterial, enterocolite necrosante, acesso vascular na internação com epicultâneo, nutrição parenteral na internação, hipoglicemia, incompatibilidade sanguínea, diagnóstico de malformação, alta e óbito. O banco de dados também possui algumas informações maternas como: doenças maternas como diabetes e hipertensão arterial; tempo de bolsa rota em horas, infecção por Toxoplasmose, Citomegalovírus, Varicela-Zoster, Hepatite B e Aids (TORSH) na gravidez, corioamnionite, uso de esteróide antenatal e tipo de parto.

O HSF iniciou sua participação nesse Banco em abril de 2011, havendo um compromisso das instituições com a alimentação correta e completa do banco de dados para melhoria da assistência neonatal. Esse Banco é referência para a saúde neonatal do MS e é alimentado com informações de diversas instituições de saúde de todo o País.

Em uma contagem no livro de registros da Casa da Gestante, observamos que, do início de seu funcionamento até 31 de março de 2012, foram internadas 426 gestantes com diagnóstico confirmado de RPMPT. Já no período estipulado para o estudo, de 1º abril de 2011 a 31 de março de 2012, foram identificadas 115 gestantes com diagnóstico confirmado de RPMPT internadas na Casa. Das 115 gestantes, apenas uma foi excluída do estudo por apresentar IG inferior a 22 semanas e um peso fetal de 445g.

Portanto, essas 114 gestantes e seus 115 RNs, já que houve um parto gemelar, comporam a população do estudo.

O estudo pautou-se nas seguintes variáveis:

- Sobre as gestantes: município de origem, idade materna; paridade, IG à internação; tempo de permanência na casa; uso de antibiótico (ATB); idade gestacional no parto, ocorrência de infecção materna por corioamnionite e uso de corticóide.

- Sobre o RN: condições de saúde (destino ao nascer, durante a internação neonatal, peso ao nascer e Apgar), infecção neonatal, sepse precoce, sepse tardia, número de óbitos neonatais, diagnóstico da membrana hialina, uso de surfactante, tempo de ventilação mecânica, total de dias de uso de oxigênio (O₂) e tempo de internação neonatal.

Todas as variáveis maternas e neonatais foram coletadas pela autora, no período de janeiro a março de 2013, por meio do preenchimento de instrumento próprio, elaborado para fins do estudo (APÊNDICES 1 e 2). Posteriormente, os dados coletados foram lançados em um banco de dados sendo construído com o auxílio do Excel e as análises estatísticas realizadas com o programa R (versão 3.0.1).

A análise estatística baseou-se na descrição das características da população em estudo por meio de distribuição de frequências absolutas e relativas das variáveis. Estimaram-se a associação do tempo de bolsa rota com a IG no parto, o tipo de parto, peso ao nascer, Apgar no 5º minuto, encaminhamento e permanência do RN no hospital. Foi utilizado o teste qui-quadrado de Pearson a um nível de significância de 5% (p -valor < 0,05) para verificar as diferenças estatísticas.

3.3 Aspectos Éticos

O projeto de pesquisa foi submetido à apreciação do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) do HSF, em obediência à Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde (CNS), que regulamenta os estudos feitos com seres humanos obedecendo aos quatro princípios básicos da bioética: autonomia, não maleficência, beneficência e justiça (BRASIL, 1996), tendo sido aprovado, conforme Parecer 13/2013 (ANEXO1). Garantiram-se, assim, a privacidade e o anonimato dos sujeitos envolvidos cujas informações estão sob responsabilidade da Instituição de Serviço, conforme Termo de Consentimento para uso de banco de dados (TCUD – APÊNDICE 3)

4. RESULTADOS

A Casa da Gestante, local do estudo, foi fundada no ano de 2006, sendo inaugurada em outubro de 2007 com o nome Casa da Gestante Zilda Arns. Os dados das gestantes tiveram o registro no ano 2008 ou seja um ano após sua inauguração. A Casa recebe muitas gestantes em situação de risco, tendo sido crescente o número de internadas a partir de então (GRAF. 1). No ano de 2008, contabilizou 313 gestantes; destas, 243 (77,64%) apresentaram patologias variadas¹e 70 (22,36%) apresentaram diagnóstico de RPMPT. Já em 2012, foram 757 internações sendo 151 (19,95%) com RPMPT e 606 (80,05%) com outras patologias.

Sendo assim, a Casa da Gestante Zilda Arns contou com uma prevalência de 2.735 gestantes de alto risco até o dia 31 de dezembro de 2012 e, destas, 553 gestantes (15,12 %) com diagnóstico confirmado de RPMPT, como apresenta o GRAF. 1.

¹As patologias variadas foram: trabalho de parto pré-termo (TPPT); ameaça de TPPT; Incompetência Istmo Cervical; Diabetes Mellitus; Diabetes Gestacional; Diabetes Mellitus II; Hipertensão Arterial a esclarecer; Hipertensão Arterial Crônica; Hipertensão Arterial Gestacional; Pré Eclampsia; Oligohidrânio; Polihidrânio e Amniodramnia.

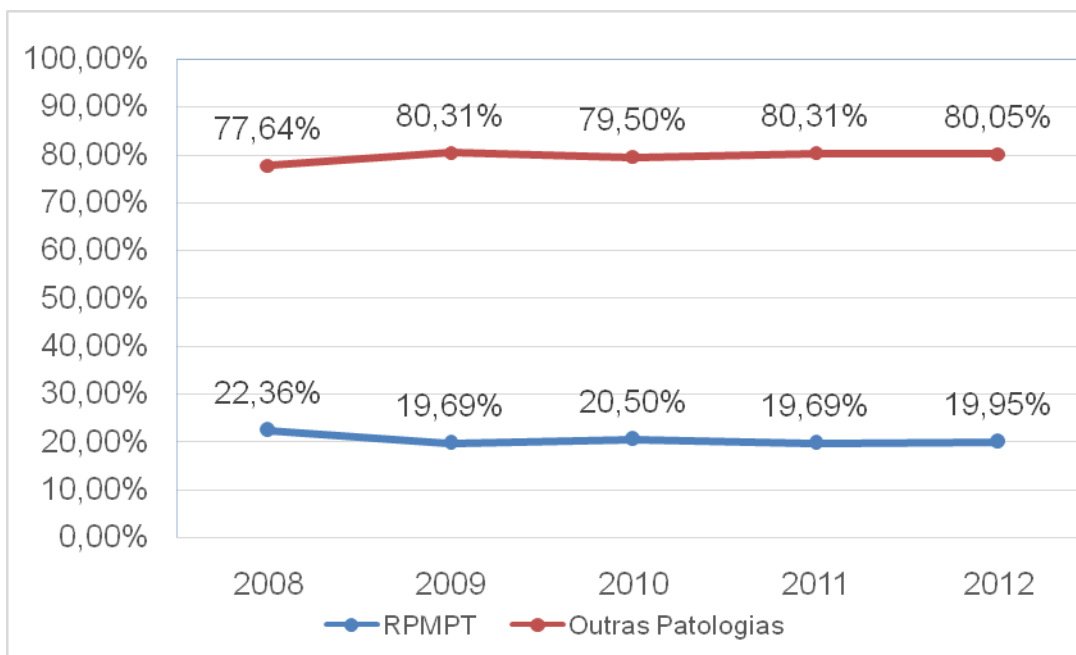


GRÁFICO 1 - Distribuição das gestantes internadas na Casa da Gestante Zilda Arns, segundo diagnóstico na internação, no período de 2008- 2012. Belo Horizonte/Hospital Sofia Feldman 2013.

Fonte: Livro de prontuário de registro da Casa da Gestante

A TAB. 1 mostra a origem sociodemográfica das gestantes e dados de sua gestação.

Foram estudadas 114 gestantes, todas residentes no Estado de Minas Gerais, sendo que a maioria era procedente de cidades do interior de Minas Gerais (39,5%) e de outros municípios da Região Metropolitana de Belo Horizonte (31,6%). Quanto à faixa etária, predominou a idade entre 23 e 26 anos (25,4%) e entre 27 e 30 anos (21,1%), apesar do expressivo número na faixa de 15 a 18 anos (14,9%). Houve apenas uma gestante na faixa etária entre 43 e 46 anos (0,9%). Em relação à escolaridade, 34,2% tinham o ensino fundamental incompleto e 26,3% ensino médio completo. Destaca-se que 50,9% das gestantes eram solteiras e 33,3% casadas. Em relação à IG na internação, 57,0% tinham IG entre 30-33 semanas e 28,9% entre 25-29 semanas.

Quanto ao número de gestações, das 114 gestantes, 64,9% eram multigestas e 35,1% primigestas. Já em relação à paridade, 36,8% não tiveram nenhum parto e 37,7% tiveram mais de um parto.

Quanto ao tempo de permanência na Casa, a maioria das gestantes ficou internada entre um e 11 dias (86,0%). Entretanto 1,8% permaneceram

mais de 34 dias e uma gestante permaneceu 75 dias na Unidade. Houve uma média de sete dias de internação e um desvio - padrão de 8,7.

TABELA 1

Características das gestantes internadas na Casa da Gestante Zilda Arns com Ruptura Prematura de Membranas Pré-termo, no período de 2011-2012

(Continua)

Variáveis	TOTAL			
	n	%	MÉDIA	D. padrão
Procedência				
Interior de Minas Gerais	45	39,5%		
Região Metropolitana	36	31,6%		
Belo Horizonte	33	28,9%		
Idade				
15 - 19	17	14,9%		
19 - 23	18	15,8%		
23 - 27	29	25,4%		
27 - 31	24	21,1%		
31 - 35	10	8,8%		
35 - 39	9	7,9%		
39 - 43	6	5,3%		
43 - 47	1	0,9%		
Total	114	100,0%	26	7
Escolaridade				
Fundamental incompleto	39	34,2%		
Fundamental completo	23	20,2%		
Médio incompleto	16	14,0%		
Médio completo	30	26,3%		
Universitário Incompleto	1	0,9%		
Universitário completo	2	1,8%		
Nenhuma	3	2,6%		

TABELA 1

Características das gestantes internadas na Casa da Gestante Zilda Arns com Ruptura Prematura de Membranas Pré-termo, no período de 2011-2012

(Conclusão)

Variáveis	TOTAL		Média	D. padrão
	n	%		
Estado civil				
Solteira	58	50,9%		
Casada	38	33,3%		
União estável	16	14,0%		
Divorciada	2	1,8%		
Idade gestacional à internação (semanas)				
20 - 24	14	12,3%		
24 - 28	21	18,4%		
28 - 32	43	37,7%		
32 - 36	36	31,6%		
Paridade				
Multigesta	74	64,9%		
Primigesta	40	35,1%		
Parto				
0	42	36,8%		
1	29	25,4%		
> 1	43	37,7%		
Aborto				
0	92	80,7%		
1	14	12,3%		
> 1	8	7,0%		
Tempo de permanência (dias)				
1 - 24	107	93,9%		
24 - 47	6	5,3%		
47 - 70	1	0,9%		
Total	114	100,0%	7,0	8,7

Fonte: Dados da pesquisa

Na TAB. 2 foram descritos os motivos que levaram à interrupção do manejo conservador e à evolução para o parto, sendo que 63,2% das

gestantes entraram em trabalho de parto o que está condizente com a literatura que relata um período de latência de 7 a 11 dias.

De acordo com o protocolo utilizado pela instituição e sugerida a interrupção imediata da gestação frente a riscos maternos e fetais houve a necessidade de interrupção de 13,2 % das gestações por suspeita de corioamnionite, 13,2% por apresentar critérios de interrupção de acordo com o protocolo da Unidade e outras causas como prolapso de cordão, procidência de membros inferiores (MMII) e outras patologias associadas como crescimento intra-uterino restrito (CIUR) e pré-eclâmpsia.

Entre as gestantes foram identificados apenas 0,9% de aborto, feto morto e 3,5% de decesso fetal após o início do manejo conservador; esses dados eram esperados devido à idade gestacional < 24 semanas na maioria dos casos.

TABELA 2

Motivos de interrupção das gestações submetidas ao manejo conservador de Ruptura Prematura de Membranas Pré-termo no período de 2011-2012

Variáveis	TOTAL	
	n	%
Motivos da interrupção		
TPPT	72	63,2
Protocolo institucional 34s	15	13,2
Suspeita de corioamnionite	10	8,8
Decesso fetal	4	3,5
CIUR	3	2,6
Prolapso de Cordão	2	1,8
Aborto	1	0,9
Corioamnionite	1	0,9
DPP	1	0,9
Feto morto	1	0,9
Líquido Meconial	1	0,9
Pré eclampsia grave	1	0,9
Procidência de MMII	1	0,9
Sangramento vaginal	1	0,9
Total	114	100,0

Fonte: Dados da pesquisa

A TAB. 3 apresenta os desfechos das gestações da população estudada e, como se constata, a IG por ocasião do parto foi de 30-33 semanas para 54,4% das gestantes e entre 25-29 semanas em 23,7%, sendo que 93,9% fizeram uso de corticóide. Considerando o tipo de parto, 70,2% tiveram parto normal e, em 28,9%, houve necessidade de cesárea.

Dados sobre o tempo de bolsa rota mostraram que 74,6% dos casos foram menores que 10 dias, e 25,4% com bolsa rota maior ou igual a 10 dias. Observou-se uma média de 9,3 dias de permanência de bolsa rota, com desvio-padrão de 10,6. Vê-se também que 9,6 % das gestantes apresentaram corioamnionite. Houve o registro do uso de ATB em 96,5% das gestantes.

TABELA 3
Características individuais no momento do parto das gestantes com
RPMPT, “Casa da Gestante”, Belo Horizonte, 2011/2012

(Continua)

Variáveis	TOTAL		Média	Desvio padrão
	n	%		
Idade gestacional no parto (semanas)				
20 - 24	2	1,8%		
24 - 28	18	15,8%		
28 - 32	35	30,7%		
32 - 36	58	50,9%		
Ignorado	1	0,9%		
Tipo de parto				
Parto normal	80	70,2%		
Parto cesáreo	33	28,9%		
Ignorado	1	0,9%		
Corticoide				
Sim	108	94,7%		
Não	6	5,3%		
ATB				
Sim	110	96,5%		
Não	4	3,5%		

TABELA 3
 Características individuais no momento do parto das gestantes com
 RPMPT, “Casa da Gestante”, Belo Horizonte, 2011/2012

(Conclusão)

Variáveis	TOTAL		Média	Desvio padrão
	n	%		
Corioamnionite				
Sim	11	9,6%		
Não	103	90,4%		
Bolsa rota (dias)				
menor que 10	85	74,6%		
maior ou igual a 10	29	25,4%		
Total	114	100,0%	9,3	10,6

Fonte: Dados da pesquisa

Na TAB. 4, apresentam-se os dados relativos aos desfechos dos RNs, destacando-se:

- Peso ao nascer, variando entre 500 - 2500g, sendo 20,9% entre 1000-1499 e 37% entre 1500-1999g;

- Apgar aos 5 minutos de vida: 87,5% maior ou igual a 7;

Na TAB. observa-se a informação não se aplica e referente aos óbitos obtidos após o início do manejo conservador, sendo um aborto e seis decessos fetais; por esse motivo, não tinham apgar.

- Destino após o nascimento: 16,5% dos RN foram para o alojamento conjunto e 77,5% encaminhados para unidade neonatal. Não havendo a informação se Unidade de tratamento intensivo neonatal (UTIN) ou unidade de cuidado intermediário neonatal (UCIN).

- Dos RN's internados na neonatologia, a média de permanência foi 19,4 dias, sendo a maioria de 1-15 (53,3%), apesar de 15,2% que permaneceram mais de 31 dias.

- Ocorrência de patologias - 47,8% dos recém nascidos apresentaram Doença da Membrana Hialina (DMH); estiveram em ventilação mecânica em média 8,6 dias e uso de oxigênio terapia em média, 9,1 dias. Dos 115 recém nascidos, foi aplicado surfactante em apenas 34 (29,6%). Quanto à presença

de infecção, 23 (20%) apresentaram infecção, sendo diagnosticados 21 casos de sepse, sendo oito de sepse precoce e 13 de sepse tardia.

- Ocorrência de óbito – houve 14 óbitos na população estudada, o que representou 12,2%.

TABELA 4

Desfechos dos recém-nascidos cujas mães permaneceram internadas em manejo conservador na Casa da Gestante Zilda Arns com diagnóstico de Ruptura prematura de membranas pré-termo no período de 2011 – 2012

(Continua)

Variáveis	TOTAL		Média	Desvio padrão
	n	%		
Peso ao nascer				
500 - 1000	19	16,5%		
1000 - 1500	24	20,9%		
1500 - 2000	43	37,4%		
2000 - 2500	23	20,0%		
> =2500	3	2,6%		
Feto morto/Decesso fetal	2	1,7%		
Ignorado	1	0,9%		
APGAR 5 minuto				
< 7	8	7,0%		
>= 7	101	87,8%		
Não se aplica	6	5,2%		
Encaminhamento				
Alojamento Conjunto	19	16,5%		
Neonatologia	89	77,4%		
Não se aplica	7	6,1%		
Tempo de permanência (dias)				
1 - 16	49	53,3%		
16 - 31	29	31,5%		
>= 31	14	15,2%		
Total	92	100,0%	19	17

TABELA 4

Desfechos dos recém-nascidos cujas mães permaneceram internadas em manejo conservador na Casa da Gestante Zilda Arns com diagnóstico de Ruptura prematura de membranas pré-termo no período de 2011 – 2012

(Continua)

Variáveis	TOTAL		Média	Desvio padrão
	n	%		
Infecção Neonatal				
Sim	23	20,0%		
Não	83	72,2%		
Não se aplica	9	7,8%		
Sepse				
Precoce	8	38,1%		
Tardia	13	61,9%		
Total	21	100,0%		
Surfactante				
Sim	34	29,6%		
Não	71	61,7%		
Não se aplica	10	8,7%		
DMH				
Sim	55	47,8%		
Não	52	45,2%		
Não se aplica	8	7,0%		
Tempo de Ventilação Mecânica (dias)				
1 - 22	41	93,2%		
22 - 43	2	4,5%		
43 - 64	1	2,3%		
Total	44	100,0%	8,6	12,2
Tempo de uso de O2 (dias)				
1 - 33	73	91,3%		
33 - 65	6	7,5%		
65 - 97	1	1,3%		
Total	80	100,0%	9,1	14,7

TABELA 4

Desfechos dos recém-nascidos cujas mães permaneceram internadas em manejo conservador na Casa da Gestante Zilda Arns com diagnóstico de Ruptura prematura de membranas pré-termo no período de 2011 – 2012

(Conclusão)

Variáveis	TOTAL		Média	Desvio padrão
	n	%		
Óbitos				
Sim	14	12,2%		
Não	101	87,8%		
Tempo de vida (dias)				
1 - 9	9	64,3%		
9 - 17	4	28,6%		
Ignorado	1	7,1%	7	6
Motivo do óbito				
Choque respiratório/ prematuridade extrema	2	14,3%		
Feto morto	1	7,1%		
Hipertensão pulmonar/ DMH/ Choque respiratório	1	7,1%		
Malformação congênita	1	7,1%		
Prematuridade extrema	1	7,1%		
Prematuridade extrema / DMH/ Sepses	2	14,3%		
Sepses	3	21,4%		
Não informado	3	21,4%		
Total	14	100,0%		

Fonte: Dados da pesquisa

A associação entre o tempo de bolsa rota com as condições de saúde materno-perinatais são apresentadas na TAB. 5, a seguir.

Observa-se que as gestantes, mesmo com tempo maior de bolsa rota (maior ou igual a 10 dias) tiveram parto normal 51,7% (15) e que 37,9% (11) dos recém-nascidos dessas mulheres nasceram com peso entre 2000 e 2499 gr. Há evidência de diferenças estatísticas entre tipo de parto e peso ao nascer com relação ao tempo de bolsa rota.

TABELA 5

Associação do tempo de bolsa rota com as condições de saúde materno -
perinatais, Casa da Gestante”, Belo Horizonte, 2011/2012

(Continua)

Variáveis	Bolsa rota (dias)				p-valor
	menor que 10		maior ou igual a 10		
	n	%	n	%	
Idade gestacional no parto (semanas)					0,3123
20 - 24	2	2,4	0	0,0	
24 - 28	16	19,0	2	6,9	
28 - 32	26	31,0	9	31,0	
32 - 36	40	47,6	18	62,1	
Total	84	100,0	29	100,0	
Tipo de parto					0,0088
Parto normal	65	77,4	15	51,7	
Parto cesáreo	19	22,6	14	48,3	
Total	84	100,0	29	100,0	
Peso ao nascer					0,0295
500 - 1000	16	19,3	3	10,3	
1000 - 1500	16	19,3	8	27,6	
1500 - 2000	37	44,6	6	20,7	
2000 - 2500	12	14,5	11	37,9	
> =2500	2	2,4	1	3,4	
Total	83	100,0	29	100,0	

TABELA 5

Associação do tempo de bolsa rota com as condições de saúde materno -
perinatais, Casa da Gestante”, Belo Horizonte, 2011/2012

(Conclusão)

Variáveis	Bolsa rota (dias)				p-valor
	menor que 10		maior ou igual a 10		
	n	%	n	%	
APGAR 5º minuto					0,4688
< 7	5	6,3	3	10,3	
>= 7	75	93,8	26	89,7	
Total	80	100,0	29	100,0	
Encaminhamento					0,5298
Alojamento Conjunto	15	19,0	4	13,8	
Neonatologia	64	81,0	25	86,2	
Total	79	100,0	29	100,0	
Tempo de permanência (dias)					0,3555
1 - 16	34	51,5	17	65,4	
16 - 31	20	30,3	7	26,9	
>= 31	12	18,2	2	7,7	
Total	66	100,0	26	100,0	

Fonte: Dados da pesquisa

5 DISCUSSÃO

Ao analisarmos a prevalência das gestantes de alto risco internadas na Casa da Gestante, foi constatado que 15,12% delas tiveram diagnóstico confirmado de RPMPT, no período de 2008 a 2012. O MS (BRASIL, 2012) informa uma incidência de RPMPT que varia de 3% a 18%, o que equivale aos achados deste estudo.

Ressalta-se que foram coletados dados de 114 gestantes com diagnóstico confirmado de RPMPT e de 115 RNs (um parto gemelar), no período de abril de 2011 a março de 2012.

Quanto à procedência das gestantes, houve maior número dos municípios do interior com 45 (39,5%), 36 (31,6%) da Região Metropolitana de Belo Horizonte e 33 (28,9%) do município de Belo Horizonte. Justificam-se tais resultados pela própria política institucional de ter “portas abertas para a clientela do SUS” e por ser a Instituição de referência para gestante de risco habitual, mas que também presta assistência ao grupo considerado de alto risco no Estado de Minas Gerais (HSF, 2013).

Esses dados revelam a realidade dos serviços de saúde no país, onde se observa maior concentração dos serviços de saúde de maior complexidade nas grandes cidades, com baixa oferta e poucos recursos em áreas distantes dos centros urbanos. Fato este devido à falta de investimento na estrutura econômica e social, apesar dos incentivos dos governos, com políticas públicas para identificar regiões do país em que não contam com oferta regular de serviços de saúde (CASTRO; VILAR, 2002).

Estudo realizado por Nazareth, Pimenta e Souza (2010) pontua que a assistência prestada às gestantes de alto risco, nesse tipo de serviço, favorece aquelas residentes em regiões metropolitanas ou no interior do estado que necessitam de observação e acompanhamento e que têm dificuldade de acesso a estabelecimentos de saúde de referência próximos a seu domicílio. Nesse sentido, evidencia-se, a importância do acesso e da equidade, como também da articulação e da governança dos pontos da rede de atenção para a melhoria dos indicadores de saúde maternos e perinatais.

Nesse contexto de necessidades vivenciadas pelo país, foi lançada, pelo MS, em 2011, a Rede Cegonha, estratégia que visa qualificar a atenção à saúde, bem como a atenção humanizada à gravidez, parto e puerpério.

A Rede Cegonha concretiza um modelo de atenção ao parto e ao nascimento que vem sendo discutido e construído no País desde os anos 90, com base no pioneirismo e na experiência de trabalhadores da saúde, parteiras, doulas, acadêmicos, antropólogos, sociólogos, gestores, formuladores de políticas públicas, mulheres ativistas e instituições de saúde, entre muitos outros (BRASIL, 2012, p. 7).

A média de idade das gestantes estudadas foi de 26 anos. Está um pouco abaixo do encontrado por Almeida et al. (2008) que analisou 579 partos prematuros, a média de idade materna sendo de 27,7 anos, maior do que foi encontrado neste estudo no que se refere à prematuridade (ALMEIDA et al., 2008).

Quanto ao estado civil, foi expressivo o número de mulheres que informaram ser solteiras (50,9%). Tais características merecem atenção, pois, tratando-se de uma gravidez, é reconhecida a importância da presença e apoio do companheiro nesse momento vivenciado pela família, podendo ter repercussões no processo de gravidez e parto e, ainda, na forma de a mulher vivenciar a internação do filho recém-nascido. Em estudo realizado por Monteiro, Pinheiro e Souza (2007), acerca da vivência de mulheres com filhos hospitalizados, o marido/companheiro é apontado como a pessoa que mais presta apoio e suporte às mulheres que passam por esse momento.

Em relação à idade gestacional na internação, 65 (57,0%) das gestantes tinham idade gestacional entre 30- 33 semanas. Os dados foram semelhantes ao estudo realizado por (IGLÉSIAS, 2011), onde a ocorrência da RPMPT teve uma porcentagem maior nas gestações acima de 30 semanas de gestação.

No que se refere aos resultados maternos, verificou-se que, mesmo com uma média de bolsa rota de 9,3 dias e desvio padrão de 10,6, o número de infecção por corioamnionite foi de 9,6%, sendo 11 gestantes. Tais resultados diferem daqueles encontrados por Rocha et al. (2002), que detectaram no estudo realizado uma taxa de corioamnionite clínica de 29,4% (15/50).

Ainda segundo Uchimura et al. (2007) e Popowski et al. (2011) quanto maior o tempo de bolsa rota maior o risco de infecção, sendo a patologia associada à RPMPT que apresenta maior risco de gerar complicações maternas e neonatais a corioamnionite (UCHIMURA et al., 2007; POPOWSKI et al., 2011). A adoção imediata da resolução da gravidez em face da suspeita infecciosa talvez explique nossos resultados.

Ao analisarmos o uso de corticoterapia e antibioticoterapia pelas gestantes, houve uma taxa de 94,7% e 96,5%, respectivamente. A literatura especializada destaca o uso do corticóide e de antibiótico como terapias relevantes nas condutas adotadas para o manejo conservador em mulheres com o diagnóstico de RPMPT, visando à diminuição da morbidade e mortalidade neonatal. A corticoterapia auxilia na diminuição de comorbidades associadas à prematuridade e à diminuição de gastos hospitalares (GONÇALVES; SILVEIRA; SAAB NETO, 2010).

A antibioticoterapia no HSF é instituída com eritromicina 250mg, em quatro doses diárias, somando, assim, 1g/dia, por um período de 10 dias, para aumentar o período de latência, de acordo com o recomendado na literatura (ROYALL COLLEGE OBSTETRICIANS AND GYNAECOLOGISTS - RCOG, 2006). Quando a gestante entra em trabalho de parto é administrada a penicilina cristalina endovenosa para prevenção de infecções neonatais ascendentes. Essas medicações ajudam na redução das morbidades materna e fetal, e, além de prevenir, também podem tratar infecções ascendentes, o que prolonga a gravidez e retarda um possível parto prematuro (YUDIN et al., 2009). Os resultados encontrados neste estudo para essa variável e, de acordo com Gonçalves, Silveira e Saab Neto (2009), mostraram que o uso de antibioticoterapia, juntamente com a avaliação da mulher com o diagnóstico de RPMPT, proporciona aumento do período de latência e leva a uma redução significativa de coriomionite e partos pré-termo (THINKHAMROP et al., 2008).

Ressalta-se que não foi possível aprofundar os estudos sobre o uso de ATB, uma vez que o banco de dados disponível não continha essas informações. Isso pode ser considerado como uma limitação do tipo de estudo proposto.

Em relação à via de parto, o estudo constatou alta taxa de partos normais comparados às cesarianas. Tais resultados remetem-nos ao modelo

assistencial adotado na Instituição onde a pesquisa foi realizada, que tem a assistência pautada nas evidências científicas e na atuação das enfermeiras - obstetras e que é referência na humanização do parto e nascimento. Os dados encontrados são sustentados pelo estudo de Cunha, Mahomed Amed e Camano (2002) que afirmam que a RPMPT não é fator de risco para a cesariana. Além disso, também recomenda o parto por via vaginal para as gestantes com RPMPT (BRASIL, 2012). Santos e Amorin (2002) apontam vantagens indiscutíveis, do ponto de vista materno, do parto por via baixa, em virtude do menor risco de endometriose e demais complicações, frequentes na cesariana.

Já Silva et al. (2005) concluíram que as pacientes com RPMPT tiveram maior chance de ser submetidas à cesárea, porém citam autores que concordam que outros fatores podem contribuir para a decisão da via de parto cesáreo e não o diagnóstico de RPMPT dessas gestantes.

Na Casa da Gestante Zilda Arns, é adotado o protocolo de interrupção da gestação para paciente com RPMPT a partir de 34 semanas, sendo específico para cada gestante de acordo com sua história obstétrica. O protocolo da instituição sugere indução com 34 semanas, o que corrobora os achados do estudo de Tan e Hannah (2011), favorecendo os desfechos perinatais. Entretanto, existe uma lacuna na literatura relativa ao modo de se interromper essa gestação. No HSF, após a avaliação do colo e da história das gestações, com as 34 semanas, inicia-se a ocitocina ou o misoprostol (prostaglandinas) que, segundo Tan e Hannah (2011), são os melhores tipos de indução, por promoverem um menor risco de infecção neonatal, menores taxas de parto cesariano e serem mais confortáveis para a mulher, principalmente no contexto em que esta deverá cuidar de um RN prematuro. Segundo os dados desta pesquisa, as taxas de partos vaginais são superiores às das dos partos cesarianos, o que beneficia essas mulheres e confirma as indicações da literatura para esse tipo de parto.

Tratando-se dos resultados neonatais, o índice de Apgar no quinto minuto de vida encontrado foi >7 em 87,8%, menor que 7 em apenas 7,0 %, não foi possível identificar o Apgar em 5,2% devido a decesso fetal e aborto. Para o índice de Apgar baixo é útil conhecer as condições do RN ao nascer para identificar os RNs que necessitam de cuidados adicionais. Um índice de

Apgar de 7 a 10 significa que o bebê é sadio e que provavelmente tem melhores condições. O índice de Apgar inferior a 7 é sinal de alerta de acordo com a alteração fisiopatológica e a maturidade do concepto (CUNHA et al., 2004).

Os resultados do estudo mostram também que 77,4% dos nascidos vivos tiveram a necessidade de atendimento de maior nível de complexidade, tendo sido encaminhados para UTIN. E 16,5% foram encaminhados ao alojamento conjunto, permanecendo com as mães.

Com relação ao peso ao nascimento, foi encontrado neste estudo um peso na faixa de 1500- 1999 (44,6%) e (14,5%) na faixa de peso de 2.000-2.499, tendo a maioria baixo peso.

O Manual de Assistência Hospitalar ao Neonato (MINAS GERAIS, 2005), define o peso ao nascer de acordo com o peso; o RN é classificado como: extremo baixo peso (400 - 999g), muito baixo peso (1.000-1.499g), baixo peso (1.500 - 2.499g) e peso esperado (2.500-4.490g). A OMS define como baixo peso ao nascer o RN com peso de nascimento menor que 2.500g, independente da IG.

Segundo Gorgulho e Pacheco (2008), o baixo peso ao nascer sempre foi motivo de preocupação para os profissionais da área de saúde, por se associar à maior morbimortalidade neonatal e infantil. Assim, representa o fator de risco que mais influencia na sobrevivência infantil.

Entretanto Motta et al. (2005) afirmam que o baixo peso ao nascer pode ser um fator determinante da desnutrição, reflete as condições nutricionais tanto do RN como da gestante, influencia o crescimento e o desenvolvimento da criança e, a longo prazo, repercute nas condições de saúde do adulto.

O diagnóstico de DMH do estudo foi de 47,8% dos RNs. Esses dados concordam com a literatura. Segundo Bethlem (2000), a DMH é responsável por cerca de 32% das mortes neonatais, sendo altamente prevalente nas crianças que nascem com peso inferior a 2500g (grupo de maior incidência 1000g-1500g). Já Kopelman et al. (2002) afirma que cerca de 50% dos recém-nascidos pré-termo (RNPT) menores de 1500g são acometidos pela doença. Os óbitos associados à doença ocorrem, geralmente durante a fase aguda da insuficiência respiratória e são, em grande parte, limitados aos bebês extremamente imaturos, pesando menos de 1000g ao nascer.

A DMH é uma patologia ainda frequente e fundamentalmente relacionada à deficiência primária de surfactante, afetando particularmente o RNPT, sendo sua incidência inversamente proporcional à IG (ROSOV, 1987).

Na população estudada, ocorreram 14 óbitos (12,2%) que tiveram como principais causas a prematuridade extrema, sepse neonatal e sepse tardia. Em estudo realizado por Paula et al. (2008) sobre a morbimortalidade neonatal na RPMPT, foram encontrados resultados semelhantes, sendo verificada também a prevalência de outras patologias. A autora encontrou uma prevalência de 14,45% (n = 25), em 100% dos RNs cujo peso ao nascimento foi menor ou igual a 500g e verificou evolução para óbito. No tocante à causa de óbito, a maior parte se deu secundariamente à prematuridade extrema (24%), seguida pelos diagnósticos de síndrome do desconforto respiratório (20%), hemorragia intraventricular (12%) e sepse (12%).

Ainda segundo Paula et al. (2008), dentre as variáveis neonatais, o peso ao nascimento e a IG destacam-se como relevantes fatores a serem levados em consideração no manejo clínico e avaliação prognóstica quanto à sobrevivência e ao dano pós-natal.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Com base nos resultados encontrados no presente estudo, podemos concluir que, no período estudado, houve uma prevalência 2.735 gestantes de alto risco desde a criação da Casa da Gestante Zilda Arns em 2007 e 426 gestantes com diagnóstico confirmado de RPMPT. Observa-se que a alta incidência de RPMPT levou à implantação de medidas específicas como a Casa da Gestante Zilda Arns.

Observa-se também a importância da assistência prestada às gestantes na Casa da Gestante Zilda Arns que oferece atendimento por uma equipe multiprofissional, valorizando e respeitando o conhecimento de cada profissional e garantindo a boa qualidade do serviço prestado a essa população.

A RPMPT representa um importante problema de saúde pública, uma vez que, na maioria dos casos, determina o nascimento prematuro e outras graves complicações, tanto para a mãe quanto para o RN.

O estudo permitiu conhecer a assistência prestada às gestantes com RPMPT sob manejo conservador em uma casa de gestantes, no tocante ao resultado materno e neonatal.

A patologia associada à RPMPT que apresenta maior risco de gerar complicações maternas e neonatais é a corioamionite; porém os resultados dessa variável, neste estudo, alcançaram índices relativamente baixos. Contudo, a corioamionite continua sendo um desafio crítico para os profissionais de saúde.

Já em relação aos RNs, o baixo peso ao nascer e a DMH, foram devido à prematuridade, mas a avaliação do índice de Apgar, óbito neonatal, sepsis precoce e o uso de corticóide foi satisfatória.

Verifica-se que a Casa da Gestante do HSF tem sido uma importante estratégia assistencial, uma vez que tem promovido e associado condutas à prática clínica, com base nas recomendações do MS e em evidências científicas, cujo foco são os resultados maternos e neonatais das gestantes atendidas.

Contudo, considerando que a Casa da Gestante é uma estratégia recentemente implantada pelo MS e as limitações deste estudo, entende-se que há necessidade de outras pesquisas, a fim de se ampliar e se aprofundar a análise de variáveis que, neste estudo, não puderam ser contempladas. Tais iniciativas poderão contribuir para o aperfeiçoamento das condutas clínicas em casas de gestantes e conseqüentemente promover a melhoria dos indicadores de morbimortalidade materna e neonatal.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, M. F. et al. Fatores perinatais associados ao óbito precoce em prematuros nascidos nos centros da Rede Brasileira de Pesquisas Neonatais. **Jornal de Pediatria**, Rio de Janeiro, v. 84, n. 4, p. 300-307, jul./ago. 2008.

ARAÚJO, B. B. M.; RODRIGUES, B. M. R. D.; RODRIGUES, E. C. O diálogo entre a equipe de saúde e mães de bebês prematuros: uma análise freireana. **Revista de Enfermagem UERJ**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 2, p. 180-186, abr./jun. 2008.

BETHLEM, N. **Pneumologia**. São Paulo: Atheneu, 2000. p. 957.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução n. 196 de 10 de outubro de 1996. Aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. **Informe epidemiológico do SUS**, Brasília, ano 5, n. 2, supl. 3, abr./jun. 1996.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Gestação de alto risco**. 5. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2012. (Manual Técnico).

BRASIL. Ministério da Saúde. **Parto, aborto e puéripério**: assistência humanizada à mulher. Brasília: Ministério da Saúde, 2001. (Manual Técnico).

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Área Técnica de Saúde da Mulher. **Pré-natal e puerpério**: atenção qualificada e humanizada. 3. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. (Manual Técnico).

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. **Gestante de alto risco**: sistema estadual de referência hospitalar à gestante de alto risco. Brasília: Ministério da Saúde, 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Núcleo Temático da Política Nacional de Humanização **Humaniza SUS**: política nacional de humanização: a humanização como eixo norteador das práticas de atenção e gestão em todas as instâncias do SUS. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

CASTRO, J. L.; VILAR, R. L. A. Desafios e estratégias para interiorização do trabalho em saúde. In: BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Coordenação Geral da Política de Recursos Humanos;

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE; ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Política de recursos humanos em saúde**: seminário internacional. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

CUNHA, A. A.; MAHOMED AMED, M. C. P. A.; CAMANO, L. Modelo preditivo para cesariana com uso de fatores de risco. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 1, jan. p. 21-28, 2002.

CUNHA, A. L. et al. Fatores associados à asfixia perinatal. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, Rio de Janeiro, v. 26, n.10, p. 799-805, nov./dez. 2004.

FEDERAÇÃO BRASILEIRA DE GINECOLOGIA E OBSTETRÍCIA. Rotura prematura de membranas. In: ASSOCIAÇÃO MÉDICA BRASILEIRA E CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. **Projeto diretrizes**. São Paulo: AMB, 2008. Disponível em: <www.projetodiretrizes.org.br/projeto_diretrizes/087.pdf>. Acesso em: 15 dez. 2012.

GONÇALVES, L. F.; SILVEIRA, S. K.; SAAB NETO, J. A. Estudo descritivo sobre a antibioticoprofilaxia na ruptura prematura pré-termo de membranas. **ACM Arquivos Catarinenses de Medicina**, Florianópolis, v. 38, n. 2, p. 67-72, abr./jul. 2009.

GORGULHO, F. R.; PACHECO, S. T. A. Amamentação de prematuros em uma unidade neonatal: a vivência materna. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 1, p. 19-24, mar. 2008.

HOSPITAL SOFIA FELDMAN. **Casa da gestante Zilda Arns**. Belo Horizonte: HSF, 2013. Disponível em: <<http://www.sofiafeldman.org.br/atencao-a-mulher/pid-obs/>>. Acesso em: 27 abr. 2013.

IGLÉSIAS, I. V. **Perfil de gestantes com ruptura prematura de membranas e manejo conservador na Casa de Gestante do Hospital Sofia Feldman**. 2011. 32f. Monografia (Especialização em Enfermagem Obstétrica) – Escola de Enfermagem, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2011.

KOPELMAN, B. et al. **Diagnóstico e tratamento em neonatologia**. São Paulo: Atheneu, 2004.

MINAS GERAIS. Secretaria de Estado da Saúde. **Assistência hospitalar ao neonato**. Belo Horizonte: SMS, 2005.

MONTEIRO, M. A. A.; PINHEIRO, A. K. B.; SOUZA, A. M. A. Vivência de puérperas com filhos recém-nascidos hospitalizados. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 2, p. 276-282, jun. 2007.

MORAES, V. A.; KULAY JR., L.; BERTINI, A. M. Perfil Biofísico fetal na ruptura prematura das membranas. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 4, p. 201-208, 2000.

MOTTA, M. E. F. et al. O peso ao nascer influencia o estado nutricional ao final do primeiro ano de vida? **Jornal de Pediatria**, Rio de Janeiro, v. 81, n. 5, p. 377-382, set./out. 2005.

NAZARETH, J. V.; PIMENTA, A. M.; SOUZA, K. V. Programa “Casa das Getantes”: uma nova lógica de atenção de saúde materna e perinatal. **Revista Rene**, Fortaleza, v. 11, n. esp., p. 230-233, 2010.

PAULA, G. M. et al. Repercussões da amniorrexe prematura no pré-termo sobre a morbimortalidade neonatal. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 11, p. 2521-2531, nov. 2008.

POLIT, D. F.; BECK, C. T.; HUNGLER, B. P. **Fundamentos de pesquisa em enfermagem: métodos, avaliação e utilização**. 5. ed. Porto Alegre: Artmed, 2004.

POPOWSKI, T. et al. Maternal markers for detecting early-onset neonatal infection and chorioamnionitis in cases of premature rupture of membranes at or after 34 weeks of gestation: a two-center prospective study. **BMC Pregnancy and Childbirth**, London, v. 11, p. 26, Apr. 2011.

RIVERA, R. Z. et al. Fisiopatología de la rotura prematura de las membranas ovulares en embarazos de pretérmino. **Revista Chilena de Obstetricia y Ginecología**, Santiago, n. 69, v. 3, p. 249-255, 2004.

ROCHA, J. E. S. et al. Morbidade materna e morbimortalidade perinatal associada à infecção ascendente na rotura prematura das membranas. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 1, p. 15-20, 2002.

ROYALL COLLEGE OBSTETRICIANS AND GYNAECOLOGISTS. Guidelines and Audit Committee. **Preterm prelabour rupture of membranes**. Dublin, Ireland: RCOG, Nov. 2006. 11p. (Guideline n. 44).

ROZOV, Tatiana. **Doenças pulmonares em pediatria**. São Paulo: Harper & Row do Brasil, 1987

SALGE, A. K. M. et al. Fatores maternos e neonatais associados à prematuridade. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, Goiânia, v. 11, n. 3, p. 642-646, 2009. Disponível em: <<http://www.fen.ufg.br/revista/v11/n3/v11n3a23.htm>>. Acesso em: 06 nov. 2012.

SANTOS, C. **A História de vida de gestantes de alto risco na teoria transcultural de enfermagem de Madeleine Leininger**. Tese (Doutorado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem Ana Nery, Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ), Rio de Janeiro, 2003.

SANTOS, L. C.; AMORIN, M. M. R. Amniorrexe prematura-diagnóstico e conduta. **Feminina**, Rio de Janeiro, v. 30, n. 1, p. 21-28, jan./fev. 2002.

SILVA, K. L. et al. Internação domiciliar no Sistema Único de Saúde. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 39, n. 3, 391-397, jun. 2005.

TAN, B. P.; HANNAH, M. E. Prostaglandins for prelabour rupture of membranes at or near term. **Cochrane Database of Systematic Reviews**, Oxford, v. 6, n. CD000178, 2011.

THINKHAMROP, J. *et al.* Profilaxis antibiótica durante el embarazo para prevenir la morbimortalidad infecciosa. **La Biblioteca Cochrane Plus**, Oxford, n. 4, 2008.

UCHIMURA, N. S. et al. Corioamnionite: prevalência, fatores de risco e mortalidade neonatal. **Acta Scientiarum. Health Sciences**, Maringá, v. 29, n. 2, p.159-164, jul./dez. 2007.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Born too soon**: the global action report on preterm birth. Geneva: World Health Organization, 2012. Disponível em: <http://www.who.int/pmnch/media/news/2012/201204_borntoosoon-report.pdf>. Acesso em: 10 abr. 2013.

YUDIN, M. H. et al. Antibiotic therapy in preterm premature rupture of the membranes. **Journal of Obstetrics and Gynaecology Canada**, Toronto, v. 31, n. 9, p. 863-874, Sep. 2009.

APÊNDICE 1 – INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS

Dados das gestantes

I. Caracterização da usuária

Sigla: _____ Idade (anos): _____
 Origem: _____ Idade gestacional na admissão: _____

Escolaridade:

Nenhuma()

Ensino fundamental (...) completo ()incompleto

Ensino médio (...) completo ()incompleto

Curso universitário (...) completo ()incompleto

Estado Civil:

() Solteira

() União estável

() Casada

() Outro

Data da internação no Hospital Sofia Feldman: _____

Data da admissão na casada gestante Zilda Arns: __/__/__ Data da alta: __/__/__

Tempo de

permanência: ___ dias.

Paridade:

() Primípara

() Multípara

Idade gestacional no parto: _____

Tipo de parto

Normal _____ cesárea _____

Tempo de bolsa rota (dias) _____

Uso de corticóide

() Sim

() Não

Uso de antibiótico

() Sim

() Não

Endometrite

() Sim

() Não

Corioamnionite() Sim() Não

APÊNDICE 2 – INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS**Dados do recém nascido**

1-Condições ao nascimento:

APGAR 1º _____ e no 5º _____.

Peso fetal: _____gramas

2-Data da admissão do RN: __/__/__. 3-Data da alta do RN: __/__/__.

4-Encaminhamento do RN após o parto:

() Alojamento conjunto

() Internação: () UTIN

() UCIN

Tempo de permanência: _____

BBB5-Transferência do RN:

() UTIN

() UCIN

() Canguru

() PID NEO

Tempo de permanência do RN: _____

6-Infecção Neonatal:

() Sepsis precoce

() Sepsis tardia

7-Óbito neonatal: idade _____ dias

8- Uso de surfactante

() Sim

() Não

9- Diagnóstico de Doença de Membrana Hialina

() Sim

() Não

10-Tempo de ventilação mecânica _____ dias

APÊNDICE 3 – TERMO DE CONSENTIMENTO PARA USO DE BANCO DE DADOS (TCUD)

Identificação da pesquisa:

Título do Projeto: Manejo conservador na Ruptura Prematura de Membranas Pré- termo Em gestantes internadas na “Casa da Gestante Zilda ARNS”: Resultados Maternos e Neonatais.

Instituição proponente: Hospital Sofia Feldman

Pesquisador responsável: Dra. Lélia Maria Madeira e Síntia Nascimento dos Reis Campos

Numero de sujeitos envolvidos: 114 Gestantes e 115 RN. Sendo que uma gestante teve parto gemelar.

Período de coleta de dados do banco: janeiro á março 2013

Declaração:

Como pesquisadores do projeto identificado acima e, baseados nos itens III.3.i e III.3.t das Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisas Envolvendo Seres Humanos (Res CNS 196/96) e na Diretriz 12 das Diretrizes Éticas Internacionais para Pesquisas Biomédicas Envolvendo Seres Humanos (CIOMS/93), declaramos que:

.O acesso aos dados registrados em prontuários de pacientes, em livros de registros, em bases de dados ou outra fonte secundária de responsabilidade da Instituição, tem finalidade de pesquisa científica e será feito somente após aprovação do projeto de pesquisa pelo CEP do Hospital Sofia Feldman;

.O acesso aos dados será supervisionado por uma pessoa que esteja plenamente informada sobre as exigências de confiabilidade;

.Serão garantidas a privacidade e a confidencialidade dos dados utilizados, preservando integralmente o anonimato e a imagem do(s) sujeito(s), bem como a sua não estigmatização;

.Será assegurada a não utilização das informações em prejuízo das pessoas e/ou das comunidades, inclusive em termos de autoestima, de prestígio e/ou econômico-financeiro;

.Os dados coletados serão usados para Atender aos objetivos propostos no projeto de pesquisa. Caso haja necessidade de ampliação de sua utilização, esta deverá ser para fins acadêmico científicos e ocorrerá após autorização do CEP/HSF.

.Os dados obtidos na pesquisa ficarão sob a guarda dos pesquisadores por 5 (cinco anos), devendo ser desprezados após este período, garantindo-se a privacidade e o anonimato dos sujeitos e salvaguardando a responsabilidade da Instituição que autorizou o acesso aos mesmos.

.Devido à impossibilidade de obtenção do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) de todos os sujeitos da pesquisa, assinaremos esse Termo de Consentimento de Uso de Banco de Dados (TCUD)s, para a salvaguarda de seus direitos.

RELAÇÃO DOS PESQUISADORES:

Nome completo	CPF	Assinatura

Belo Horizonte, ____ de _____ de 20____

ANEXO 1 – PARECER DOCUMENTADO DO COMITÊ DE ÉTICA E PESQUISA DO HOSPITAL SOFIA FELDMAN

HOSPITAL SOFIA FELDEMAN/
FUNDAÇÃO DE ASSISTENCIAL
INTEGRAL À SAÚDE



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: MANEJO CONSERVADOR DE ROTURA PREMATURA DE MEMBRANA PRÉ TERMO (RPMPPT) EM GESTANTES INTERNADAS NA CASA DA GESTANTE ZILDA ARNS: RESULTADOS MATERNOS E NEONATAIS

Pesquisador: LÉLIA MARIA MADEIRA

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 13669413.7.0000.5132

Instituição Proponente: Hospital Sofia Feldman/ Fundação de Assistencial Integral à Saúde

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 218.213

Data da Relatoria: 28/03/2013

Apresentação do Projeto:

Projeto de pesquisa para Trabalho de Conclusão do Curso de Especialização em Enfermagem obstétrica oferecido pela Universidade Federal de Minas Gerais em parceria com o Hospital Sofia Feldman orientado pela Doutora Lelia Maria Madeira a especializanda Síntia Nascimento dos Reis Campos.

Trata-se de um estudo retrospectivo, documental que tem como objetivos: escrever a incidência de gestantes submetidas ao manejo conservador de rotura prematura de membrana pré-termo (RPMPPT), atendidas na Casa da Gestante Zilda Arns do Hospital Sofia Feldman, desde sua criação; caracterizar as gestantes com RPMPPT atendidas no período de 1º de abril de 2011 a 31 de março 2012; identificar os resultados do manejo conservador de RPMPPT, na saúde materna - fetal, no mesmo período e conhecer o desfecho dos recém nascidos cujas mães foram submetida ao manejo conservador. As autoras consideraram relevante e oportuno a realização de tal estudo para a Instituição já que a assistência prestada à gestante de alto risco faz parte das atividades institucionais desde o ano de 2007, e ainda não há uma caracterização desta população. Além disso, justificam a necessidade de despertar a atenção dos profissionais da saúde com relação à importância do manejo conservador e o controle da prematuridade extrema para melhoria da qualidade de vida neonatal.

Endereço: Rua Antônio Bandeira, 1060		CEP: 31.844-130
Bairro: Tupl		
UF: MG	Município: BELO HORIZONTE	
Telefone: (31)3408-2249	Fax: (31)3408-2218	E-mail: lep@sotiafeldman.org.br

BZ

HOSPITAL SOFIA FELDEMAN/
FUNDAÇÃO DE ASSISTENCIAL
INTEGRAL À SAÚDE



Objetivo da Pesquisa:

escrever a incidência de gestantes submetidas ao manejo conservador de rotura prematura de membrana pré-termo (RPMPT), atendidas na Casa da Gestante Zilda Arns do Hospital Sofia Feldman, desde sua criação; caracterizar as gestantes com RPMPT atendidas no período de 1º de abril de 2011 a 31 de março 2012; identificar os resultados do manejo conservador de RPMPT, na saúde materna - fetal, no mesmo período e conhecer o desfecho dos recém nascidos cujas mães foram submetida ao manejo conservador.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

Como se trata de um estudo documental cujos dados serão coletados a partir do livro de registros da Casa da Gestante e do Banco de Dados Neonatal, considera-se risco mínimo para a população pesquisada. Além disto, as pesquisadoras se comprometem com a garantia da privacidade e anonimato das usuárias cujos dados serão estudados

Benefícios:

Trata-se de um tema relevante para a enfermagem obstétrica e, do ponto de vista da população estudada, poderá ajudar a consolidar uma prática da atenção obstétrica que contribui para a redução da morbi mortalidade materna e neonatal.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

- O desenho do projeto está bem fundamentado pelos antecedentes científicos relacionados com o tema proposto,
- A metodologia de escolha para atender o objetivo do estudo é coerente e bem explicitada

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

- É apresentado pelas autoras um Termo de Consentimento para uso de Banco de Dados
- As fichas de registro com dados referentes ao recém-nascido e a mãe foram anexadas.

Recomendações:

As recomendações sugeridas foram acatadas

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

A partir da avaliação do projeto, voto pela sua aprovação

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Endereço: Rua Antônio Bandeira, 1060
 Bairro: Tupi CEP: 31.844-130
 UF: MG Município: BELO HORIZONTE
 Telefone: (31)3408-2249 Fax: (31)3408-2218 E-mail: lep@sofiafeldman.org.br

HOSPITAL SOFIA FELDEMAN/
FUNDAÇÃO DE ASSISTENCIAL
INTEGRAL À SAÚDE



Considerações Finais a critério do CEP:

Parecer de Relator 13/2013 CAAE: 13869413.7.0000.5132

(favor citar esse número em suas comunicações com o CEP/HSF)

DECISÃO

O Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Sofia Feldman (CEP/HSF) analisou as pendências do Projeto de Pesquisa intitulado: Manejo conservador de rotura prematura de membrana pré termo (RPMT) em gestantes internadas na Casa de Gestante Zilda Ams: resultados maternos e neonatais das Pesquisadoras Lélia Maria Madeira e Sijntia Nascimento dos Reis Campos e após o atendimento das pendências o considerou APROVADO.

Reafirmamos que o relatório final deverá ser encaminhado ao CEP/HSF ao término do estudo, para fins de conclusão do processo.

Atenciosamente,

Dra. Tatiana Coelho Lopes
Sub-coordenadora do CEP/HSF

Belo Horizonte, 13 de março de 2013

BELO HORIZONTE, 13 de Março de 2013

Assinador por:
Tatiana Coelho Lopes
(Coordenador)

Endereço: Rua Antônio Bandeira, 1060
Bairro: Tupi CEP: 31.844-130
UF: MG Município: BELO HORIZONTE
Telefone: (31)3408-2249 Fax: (31)3408-2218 E-mail: lep@sofiafeldman.org.br