

Manejo conservador na ruptura prematura de membrana pré-termo em gestantes de uma maternidade de Minas Gerais, Brasil**Conservative Management of premature rupture of the fetal membrane of pregnant women in a maternity ward of Minas Gerais, Brazil**

DOI:10.34119/bjhrv2n4-075

Recebimento dos originais: 22/05/2019

Aceitação para publicação: 06/06/2019

Síntia Nascimento dos Reis

Mestrado em Ensino em Saúde pela Universidade Federal dos Vales do Jequitinhonha e Mucuri.

Instituição: Hospital Sofia Feldman, Belo Horizonte. Universidade Federal de Minas Gerais - Núcleo de Pesquisas e Estudos em Saúde da Mulher e Gênero (NUPESMeG).

Endereço: Rua Expedicionário, 30, bloco A3, apto 301 - Santa Amélia, Belo Horizonte – MG, Brasil.

E-mail: sintiacampos@yahoo.com.br

Kleyde Ventura de Souza

Doutorado em Enfermagem pela Universidade Federal do Rio de Janeiro.

Instituição: Universidade Federal de Minas Gerais - Núcleo de Pesquisas e Estudos em Saúde da Mulher e Gênero (NUPESMeG).

Endereço: Avenida Professor Alfredo Balena, 190, Escola de Enfermagem, sala 428 - Santa Efigênia, Belo Horizonte – MG, Brasil.

E-mail: venturakleyde@gmail.com

Luís Paulo Souza e Souza

Doutorado em Saúde Pública pela Universidade Federal de Minas Gerais.

Instituição: Universidade Federal de Minas Gerais - Núcleo de Pesquisas e Estudos em Saúde da Mulher e Gênero (NUPESMeG).

Endereço: Avenida Professor Alfredo Balena, 190, Escola de Enfermagem, sala 428 - Santa Efigênia, Belo Horizonte – MG, Brasil.

E-mail: luis.pauloss@hotmail.com

Lélia Maria Madeira

Doutorado em Enfermagem pela Universidade de São Paulo.

Instituição: Universidade Federal de Minas Gerais

Endereço: Avenida Professor Alfredo Balena, 190, Escola de Enfermagem, Santa Efigênia, Belo Horizonte – MG, Brasil.

E-mail: lelia.bhe@terra.com.br

Vivian Mara Gonçalves de Oliveira Azevedo

Doutorado em Ciências da Saúde pela Universidade Federal de Minas Gerais.

Instituição: Universidade Federal de Uberlândia

Endereço: Rua Benjamim Constant, 1286, Faculdade de Educação Física - Nossa Senhora
Aparecida, Uberlândia – MG, Brasil
E-mail: vivian.azevedo@ufu.br

RESUMO

Trata-se de um estudo retrospectivo e documental, cujos objetivos foram: descrever a prevalência de gestantes submetidas ao manejo conservador de ruptura prematura de membrana pré-termo (RPMPT), atendidas na Casa da Gestante Zilda Arns do Hospital Sofia Feldman desde sua criação; caracterizar as gestantes; identificar os resultados do manejo conservador de RPMPT na saúde materno-fetal das gestantes e 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. Para a coleta de dados sobre as gestantes, utilizou-se de registros do livro da Casa da Gestante Zilda Arns, em Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil, e para os dados neonatais o banco de dados da Rede Brasileira de Pesquisa Neonatal. Fizeram parte do estudo 114 gestantes internadas com diagnóstico confirmado de RPMPT, no período estudado e seus 115 recém-nascidos, já que uma gestante teve parto gemelar. Os resultados mostraram que, das 114 gestantes, a maioria era de cidades do interior de Minas Gerais, tinha idade < 30 anos e idade gestacional à internação abaixo de 34 semanas. Do total de gestantes, 70,2% tiveram parto normal. Em relação às condições de saúde do RN, a maioria teve Apgar no 5º minuto maior do que 7 (87,8%) e 47,8% destes apresentaram a Doença da Membrana Hialina. 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 Fetais; Nascimento prematuro; Gravidez de Alto Risco; Serviços Hospitalares de Assistência Domiciliar.

ABSTRACT

This is a retrospective and documentary study whose objectives were to describe the prevalence of pregnant women undergoing conservative management of premature rupture of the fetal membrane (RPMF), attending *Casa da Zilda Arns Gestante* of Sofia Feldman Hospital since its inception; characterization of pregnant; identification of the conservative management of RPMF results on maternal and fetal health and to know the outcome of newborns whose mothers were subjected to conservative management, in the period from April 1st 2011 to March 31st, 2012. Data from pregnant women were collected through the book records of the *Casa da Zilda Arns Gestante*, in Belo Horizonte, Minas Gerais, Brazil, and for neonatal data the database of the Brazilian neonatal Research Network was used. They were part of the study 114 pregnant women hospitalized with confirmed RPMF diagnosis in the period studied and 115 newborns, since one of them had a delivery of twins. The results showed that, of the 114 pregnant women, most were from the country of Minas Gerais, with less than 30 years and gestational age at time and less than 34 weeks inpatient ages. Of all pregnant women, 70.2% had normal delivery. With reference to the health conditions of the newborn, most had Apgar in 5th minute than 7 (87.8%) and 47.8% of them had the Hyaline Membrane Disease. It was found that conservative management of pregnant women with RPMF brought benefits to the population studied, expressed them in these maternal and neonatal results.

Keywords: Fetal Membranes, Premature Rupture; Premature Birth; Pregnancy, High-Risk; Home Care Services; Hospital-Based.

1 INTRODUÇÃO

Um estudo divulgado pela Organização Mundial de Saúde (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 idade¹.

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 gestação².

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 parto³.

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 pró inflamatórias. 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 membranas⁴.

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 semana⁵, 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 (FEBRASGO)⁶, 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 Ministério da Saúde (MS) no Brasil, 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 Gestantes⁷.

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 enfermagem⁸.

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). 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 emocionais⁹.

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.

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?*

Esta pesquisa objetivou 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 e conhecer o desfecho dos recém-nascidos (RNs) cujas mães foram submetidas ao manejo conservador ambos no período de 1º de abril de 2011 a 31 de março 2012.

2 MÉTODOS

Trata-se de um estudo 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 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 multiprofissional¹⁰.

O Hospital assiste mensalmente, em média 850 partos e possui a maior Unidade Neonatal do Estado com 41 leitos de terapia intensiva¹⁰.

A Casa da Gestante Zilda Arns disponibiliza 23 leitos para acompanhamento de grávidas por uma equipe de referência multidisciplinar, 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 família¹⁰.

Para a obtenção das informações referente às gestantes foi utilizado o 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. Os dados dos RNs foram coletados no Banco de Dados da Rede Brasileira de Pesquisa Neonatal da Fiocruz.

Observamos que, do início de seu funcionamento até 31 de março de 2012, foram internadas 426 gestantes com diagnóstico confirmado de RPMPT. No período estipulado para o estudo 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, formaram a população do estudo.

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.

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Sofia Feldman (CEP/HSF) (Parecer nº 13/2013).

3 RESULTADOS E DISCUSSÃO

A Casa da gestante Zilda Arns recebe muitas gestantes em situação de risco, tendo sido crescente o número de gestante internadas a partir de então (**Figura 1**). No ano de 2008, contabilizou 313 gestantes; destas, 243 (77,64%) apresentaram patologias variadas¹ e 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 (as 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).

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 a **Figura 1**.

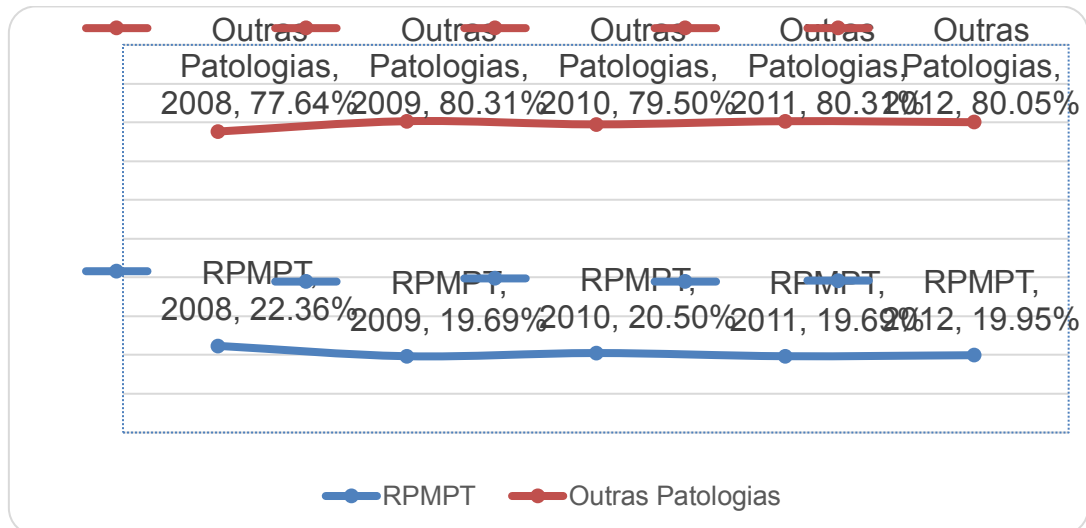


Figura 1 - Condições de saúde das gestantes internadas na Casa da Gestante Zilda Arns, segundo diagnóstico na internação, no período de 2008-2012. Hospital Sofia Feldman, Belo Horizonte, Minas Gerais, 2013.

Fonte: Livro de prontuário de registro da Casa da Gestante.

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 MS³ informa uma incidência de RPMPT que varia de 3% a 18%, o que equivale aos achados deste estudo.

A **Tabela 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 em 77,2% a idade < 30 anos. 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, 37,7% tinham IG entre 28-32 semanas e 31,6% entre 32-36 semanas.

Tabela 1 - Características das gestantes internadas na Casa da Gestante Zilda Arns com Ruptura Prematura de Membranas Pré-termo, no período de 2011 a 2012 (n = 114). Hospital Sofia Feldman, Belo Horizonte, Minas Gerais, 2011-2012.

Variáveis	n	%
Procedência		
Interior de Minas Gerais	45	39,5%
Região Metropolitana de Belo Horizonte	36	31,6%
Belo Horizonte	33	28,9%
Idade		
< 30 anos	88	77,2%
>30 anos	26	22,8%
Total	114	100,0%
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%
Número de partos		
0	42	36,8%
1	29	25,4%
> 1	43	37,7%
Número de abortos		

0	92	80,7%
1	14	12,3%
> 1	8	7,0%
Tempo de permanência (dias)		
< 24	107	93,9%
>24	7	6,1%

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 Souza¹¹, 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.

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 < 24 dias (93,9%). Entretanto 6,1% permaneceram na casa tempo superior 24 dias. Houve uma média de sete dias de internação e um desvio - padrão de 8,7.

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 Gerais¹⁰.

Na **Tabela 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.

Tabela 2 - Motivos de interrupção das gestações submetidas ao manejo conservador de Ruptura Prematura de Membranas Pré-termo no período de 2011 a 2012 (n = 114). Hospital Sofia Feldman, Belo Horizonte, Minas Gerais, 2011-2012.

Motivos da interrupção	n	%
------------------------	---	---

Trabalho de parto pré-termo	72	63,2
Protocolo institucional 34s	15	13,2
Suspeita de corioamnionite	10	8,8
Decesso fetal	4	3,5
Crescimento intra-uterino restrito - CIUR	3	2,6
Prolapso de Cordão	2	1,8
Outros	8	7,0
Total	114	100,0

De acordo com o protocolo utilizado pela instituição é sugerida a interrupção imediata da gestação frente a riscos maternos e fetais. Na população estudada, 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, prolapso 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.

A **Tabela 3** apresenta os desfechos das gestações da população estudada e, como se constata, a IG por ocasião do parto foi de 32-36 semanas para 50,9% das gestantes e entre 28-32 semanas em 30,7%, sendo que 94,7% fizeram uso de corticóide. Considerando o tipo de parto, 70,2% tiveram parto normal e, em 28,9%, houve necessidade de cesárea.

Tabela 3 - Características individuais no momento do parto das gestantes com RPMPT, “Casa da Gestante”, Belo Horizonte, de 2011 a 2012 (n = 114). Hospital Sofia Feldman, Belo Horizonte, Minas Gerais, 2011-2012.

Variáveis	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%
Corticóide		
Sim	108	94,7%
Não	6	5,3%

ATB		
Sim	110	96,5%
Não	4	3,5%
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%

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 Camano¹² 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 RPMPT³. Santos e Amorin¹³ apontam vantagens indiscutíveis, do ponto de vista materno, do parto por via baixa, em virtude do menor risco de endometriometrite e demais complicações, frequentes na cesariana.

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.

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.*¹⁴, que detectaram no estudo realizado uma taxa de corioamnionite clínica de 29,4% (15/50).

Ainda segundo Uchimura *et al.*¹⁵ e Popowskiet *et al.*¹⁶ 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. A adoção imediata da resolução da gravidez em face da suspeita infecciosa talvez explique nossos resultados.

Na **tabela 4**, apresentam-se os dados relativos aos desfechos dos RNs, destacando-se: Peso ao nascer, variando entre 500 - 2500g, sendo 20,9% entre 1000-1500 e 37,4% entre 1500-

2000g; Apgar aos 5 minutos de vida: 87,5% maior ou igual a 7; observa-se que essa informação não se aplica aos óbitos que ocorreram após o início do manejo conservador (um aborto e cinco decessos fetais) que por esse motivo, não tiveram apgar; Destino após o nascimento: 16,5% dos RNs foram para o alojamento conjunto e 77,4% encaminhados para unidade neonatal. Não havia registro para qual unidade, se foi para a Unidade de tratamento intensivo neonatal (UTIN) ou unidade de cuidado intermediário neonatal (UCIN). Dos RNs internados na neonatologia, a média de permanência foi 19 dias, sendo a maioria de 1-16 (53,3%), apesar de 15,2% que permaneceram mais de 31 dias. Ocorrência de patologias - 47,8% dos RNs apresentaram Doença da Membrana Hialina (DMH); estiveram em ventilação mecânica em média 8,6 dias e uso de oxigenioterapia em média, 9,1 dias. Dos 115 RNs, 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 a 2012. Hospital Sofia Feldman, Belo Horizonte, Minas Gerais, 2011-2012.

Variáveis	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 minutos		
< 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%
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%
Doença da Membrana Hialina - 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%
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%
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%
Motivo do óbito		
Choque respiratório / prematuridade extrema	2	14,3%
Feto morto	1	7,1%
Hipertensão pulmonar / Doença da Membrana Hialina / Choque respiratório	1	7,1%
Malformação congênita	1	7,1%
Prematuridade extrema	1	7,1%
Prematuridade extrema / Doença da Membrana Hialina / Sepsis	2	14,3%
Sepsis	3	21,4%
Não informado	3	21,4%
Total	14	100,0%

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 concepto¹⁷.

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- 2000 (37,4%) e 20,0% na faixa de peso de 2.000- 2.500, tendo a maioria baixo peso.

O diagnóstico de Doença da Membrana Hialina (DMH) do estudo foi de 47,8% dos RNs. Esses dados concordam com a literatura. Segundo Bethlem¹⁸, 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.*¹⁹ afirma que cerca de 50% dos recém-nascidos pré-termo (RNPTs) 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.

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.*²⁰ 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%).

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

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

1. World Health Organization. Born too soon: the global action report on preterm birth. [acessado 10 abr. 2013]. Geneva; 2012. Disponível em: https://www.who.int/pmnch/media/news/2012/201204_borntoosoon-report.pdf
2. Salge AKM, Vieira AVC, Aguiar AKA, Lobo SF, Xavier RM, Zatta LT *et al.* Fatores maternos e neonatais associados à prematuridade. Rev Eletrônica Enferm. [periódico on line]. 2009 [acessado 06 nov. 2012]; 11(3). Disponível em: <https://www.fen.ufg.br/revista/v11/n3/v11n3a23.htm>
3. Ministério da Saúde (Brasil). Gestação de alto risco. 5. ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2012.
4. Rivera Z R; Caba B F, Smirnow S M, Aguilera T J, Larraín H A. Fisiopatología de la rotura prematura de las membranas ovulares em embarazos de pretérmino. Rev Chil Obstet Ginecol. 2004;69(3):249-55.
5. Moraes VA, Kulay Jr L, Bertini AM. Perfil biofísico fetal na ruptura prematura das membranas. Rev Bras Ginecol Obstet. 2000;22(4):201-8.

6. Federação Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia. Rotura prematura de membranas. In: Associação Médica Brasileira, Conselho Federal de Medicina. Projeto diretrizes [acesso 15 dez. 2012]. São Paulo; 2008. Disponível em: http://www.projetodiretrizes.org.br/projeto_diretrizes/087.pdf
7. Ministério da Saúde (Brasil), Secretaria Executiva. Gestante de alto risco: sistema estadual de referência hospitalar à gestante de alto risco. Brasília: Ministério da Saúde; 2001.
8. Silva KL, Sena R, Leite JCA, Seixas CT, Gonçalves AM. Internação domiciliar no Sistema Único de Saúde. Rev Saúde Pública. 2005;39(3):391-7.
9. Santos, C. A História de vida de gestantes de alto risco na teoria transcultural de enfermagem de Madeleine Leininger. [Tese]. Rio de Janeiro: Escola de Enfermagem Ana Nery, Universidade Federal do Rio de Janeiro; 2003. [Doutorado em Enfermagem].
10. Hospital Sofia Feldman. Casa da gestante Zilda Arns [homepage na Internet]. Belo Horizonte: HSF; 2013. [atualizada em 2013; acessado 27 abr. 2013]. Disponível em: <http://www.sofiafeldman.org.br/atencao-a-mulher/pid-obs/>
11. Monteiro MAA, Pinheiro AKB, Alves e Souza AM. Vivência de puérperas com filhos recém-nascidos hospitalizados. Esc Anna Nery Rev Enferm. 2007; 11(2):276-82.
12. Cunha AA, Mahomed Amed MCPA, Camano L. Modelo preditivo para cesariana com uso de fatores de risco. Rev Bras Ginecol Obstet. 2002;24(1):21-8.
13. Santos LC, Amarin MMR. Amniorrexe prematura-diagnóstico e conduta. Feminina. 2002;30(1):21-30.
14. Rocha JES, Tomaz ACP, Rocha DB, Bezerra AF, Lopes ALC, Breda AMO et al. Morbidade materna e morbimortalidade perinatal associada à infecção ascendente na rotura prematura das membranas. Rev Bras Ginecol Obstet. 2002;24(1):15-20.
15. Uchimura NS, Grandi DB, Yamashita YK, Uchimura TT. Corioamnionite: prevalência, fatores de risco e mortalidade neonatal. Acta Sci. 2007;29(2):159-64.
16. Popowski T, Goffinet F, Maillard F, Schmitz T, Leroy S, Kayem G. 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 Childbirth*. 2011;11:26.
17. Cunha AA, Fernandes DS, Melo PF, Guedes MH. Fatores associados à asfixia perinatal. *Rev Bras Ginecol Obstet*. 2004;26(10):799-805.
 18. Bethlem N. *Pneumologia*. São Paulo: Atheneu; 2000.
 19. Kopelman BI, Santos AMN, Goulart AL, Almeida MFB, Miyoshi MH, Guinsburg R. *Diagnóstico e tratamento em neonatologia*. São Paulo: Atheneu; 2004.
 20. Paula GM, Silva LGP, Moreira MEL, Bonfim O. Repercussões da amniorrexe prematura no pré-termo sobre a morbimortalidade neonatal. *Cad Saúde Pública*. 2008;24(11):2521-31.