

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
ESCOLA DE ENFERMAGEM
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM ENFERMAGEM OBSTÉTRICA

Izabela Viana Iglésias

**Perfil de Gestantes com Ruptura Prematura de
Membranas e Manejo Conservador na Casa de Gestante
do Hospital Sofia Feldman**

Belo Horizonte

2011

Izabela Viana Iglésias

**Perfil de Gestantes com Ruptura Prematura de
Membranas e Manejo Conservador na Casa de Gestante
do Hospital Sofia Feldman**

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.

Orientador: Prof. Dr. Lúcio José de Oliveira

Co-orientadora: Ms. Laura Alves Cabral

Belo Horizonte

2011

I51 Iglésias, Izabela Viana

Perfil de Gestantes com Ruptura Prematura de Membranas e Manejo Conservador na Casa de Gestante do Hospital Sofia Feldman/ Izabela Viana Iglésias – Belo Horizonte : [s.n.], 2011.

32 f.

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

Orientadora: Lúcio José de Oliveira

Bibliografia: f. 28-30.

1. Ruptura Prematura de Membranas Fetais. 2. Serviços Hospitalares de Assistência Domiciliar. I. Oliveira, Lúcio José de. II. Universidade Federal de Minas Gerais. III. Título

NLM: WQ 210

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus, pela oportunidade do conhecimento e aos meus pais, pelo carinho e confiança. Dedico esta monografia à enfermeira Eliane Rabelo, pela dedicação, luta pela enfermagem obstétrica e exemplo de ser HUMANO, para quem a arte do cuidar é fundamental para sua existência. À enfermeira Kelly, pelo apoio, paciência e dicas. Ao Fábio, que realizou o tratamento estatístico dos dados coletados, auxiliando-me na busca por maiores conhecimentos nessa área. À tutora da residência, Ana Paula, pelo carinho, compreensão e flexibilidade com os horários. Ao Matheus, por todo o apoio, carinho e paciência. À equipe do Hospital Sofia Feldman, onde realizei a pesquisa; obrigada pela oportunidade. Ao Lúcio, grande professor, orientador, agradeço por todos os ensinamentos, pelos conhecimentos compartilhados e por ter me passado toda a tranquilidade que foi fundamental para construção deste trabalho. Não posso deixar de agradecer à Laura, por toda a atenção, pelo desempenho e por me acolher de braços abertos; aprendi muito com você, OBRIGADA!

RESUMO

Introdução As mortalidades materna e perinatal no Brasil ainda continuam elevadas, apesar dos esforços que vêm sendo empreendidos pelos profissionais de saúde nos serviços de assistência materno-infantil, nos últimos anos, com o objetivo de reduzir esses índices. Dentre tantos fatores atribuídos a estes índices, destaca-se a qualidade insuficiente da assistência à gravidez, parto e puerpério, sobretudo naquelas situações onde existem riscos aumentados à saúde da mulher e da criança. A Ruptura Prematura de Membranas em Recém-Nascidos Pré-Termo (RPMPT) é um quadro clínico importante na Obstetrícia e uma complicação em 5% das gestações, com elevada morbimortalidade neonatal. O tratamento expectante da patologia (manejo conservador) proporciona melhores resultados neonatais e tem o objetivo de prevenir os efeitos nocivos do nascimento prematuro, por meio da manutenção intra-uterina do feto com avaliação rigorosa das condições materna e fetal. Contudo, esse tratamento está associado ao aumento da incidência de corioamnionite, endometrite e sepse neonatal. **Objetivo:** Conhecer e descrever o perfil das gestantes com Ruptura Prematura de Membranas submetidas ao Manejo Conservador, internadas na Casa de Gestante do Hospital Sofia Feldman, Belo Horizonte, Minas Gerais. **Metodologia** Trata-se de um estudo descritivo, retrospectivo e exploratório, realizado na Casa de Gestante do Hospital Sofia Feldman, em Belo Horizonte, Minas Gerais, no período de janeiro a dezembro de 2010. Foram analisados os prontuários de gestantes com RPMPT submetidas ao Manejo Conservador. As variáveis avaliadas foram: características das gestantes (idade gestacional na data do diagnóstico da RPMPT; tempo de bolsa rota até o parto; patologias associadas; sinais de corioamionite; índice de líquido amniótico (ILA); toque a admissão) e variáveis relacionadas à assistência prestada às gestantes (idade gestacional no parto; tipo de parto; corticoterapia; uso do ATB para profilaxia de sepse neonatal; dose de ataque de ATB; dose de manutenção de ATB). **Resultados:** A idade gestacional na RPMPT na qual houve maior porcentagem de casos foi maior que 30 semanas, sendo que a maioria das gestantes não desenvolveu nenhuma patologia associada a outros diagnósticos. Os sinais de corioamionite também tiveram uma baixa porcentagem, e o índice de líquido

amniótico menor que 5cm foi maior na maioria dos prontuários pesquisados e o toque à admissão não foi realizado na maioria das mulheres internadas com o diagnóstico de RPMPT. Com relação ao tempo de bolsa rota, observou-se que 92% das gestantes tiveram a finalização do parto em um período menor que 20 dias do diagnóstico de RPMPT. A maioria dos partos das gestantes com RPMPT ocorreu com 30 a 34 semanas de gestação, sendo a maioria dos partos vaginal. A maioria das gestantes não recebeu a dose completa do antibiótico (79.5%). O uso de antibiótico profilático foi presente em 67% das gestantes. Dentre as gestantes, 42% receberam dose de manutenção de antibiótico e, entre estas mulheres, 1,1% utilizaram 3 doses. A análise da administração de corticóides mostrou que 75% das gestantes receberam doses completas desses medicamentos. **Conclusão:** O perfil de gestantes com RPMPT admitidas em Casa de Gestantes, no Hospital Sofia Feldman, e o manejo conservador realizado com aquelas estão de acordo, em sua maioria, com o que é preconizado pelo Ministério da Saúde e pela literatura. Contudo, há necessidade de aprimoramento e de melhora desse serviço, principalmente das intervenções relacionadas ao uso do corticóide e do antibiótico.

Palavras chaves: Gestantes; Ruptura Prematura de Membranas Fetais; Manejo conservador.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

GRÁFICO 1 -	Distribuição de casos de Ruptura Prematura de Membranas Pré-termo segundo tempo de bolsa rota.....	18
GRÁFICO 2 -	Uso da Corticoterapia de acordo com as doses em casos de Ruptura Prematura de Membranas Pré-termo.....	19
GRÁFICO 3 -	Idade gestacional de usuárias com Ruptura Prematura de Membranas Pré-termo na data do parto.....	20

LISTA DE TABELAS

- 1 - Características das gestantes com RPMPT, de acordo com a idade gestacional, frequência de patologias associadas, sinais de corioamionite e ILA menor que 05 cm..... 17
- 2 - Características das gestantes com RPMPT, de acordo com o tipo de parto e uso de ATB para profilaxia de sepse neonatal, doses de ataque e doses de manutenção..... 21

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

HSF	Hospital Sofia Feldman
ILA	Índice de Líquido Amniótico
MS	Ministério da Saúde
RCOG	Royall College Obstetricians and Gynaecologists
RN	Recém-nascido
RPMPT	Ruptura Prematura de Membranas em Recém-Nascidos Pré-Termo
SAME	Serviço de arquivo médico e estatística
SPSS	Statistical Package for the Social Sciences
SUS	Sistema Único de Saúde

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	09
2	OBJETIVOS	13
2.1	Geral.....	13
2.2	Específico.....	13
3	METODOLOGIA.....	14
3.1	Delineamento e local de realização do estudo.....	14
3.2	Amostra.....	14
3.2.1	<i>Critérios de inclusão e exclusão.....</i>	14
3.3	Aspectos Éticos.....	15
3.4	Instrumento para coleta de dados e variáveis analisadas.....	15
3.5	Análise de dados.....	15
4	RESULTADOS.....	16
5	DISCUSSÃO.....	22
6	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	26
	REFERÊNCIAS.....	27
	APENDICE.....	30
	ANEXO.....	31

1 INTRODUÇÃO

As mortalidades materna e perinatal, no Brasil, continuam elevadas, apesar dos esforços que vêm sendo empreendidos pelos profissionais de saúde nos serviços de assistência materno-infantil, nos últimos anos, com o objetivo de reduzir esses índices. Dentre tantos fatores atribuídos a estes índices, destaca-se a qualidade insuficiente da assistência à gravidez, parto e puerpério, sobretudo naquelas situações onde existem riscos à saúde da mulher e da criança. No Brasil, segundo o DATASUS, em 2009, ocorreram 648 óbitos maternos e 4.287 óbitos infantis (BRASIL, 2011). A soma das mortalidades perinatal e materna é considerada um indicador sensível da adequação das assistências obstétrica e neonatal e do impacto de programas de intervenção nesta área, pela relação estreita que existe entre a assistência prestada à gestante e ao recém-nascido (RN) (SILVA, 2008).

Os parâmetros apontados para avaliação do risco na assistência à saúde materna, como condições sócio-econômicas e culturais, são subjetivos e, assim, dependem da avaliação dos profissionais de saúde na identificação das demandas inerentes à população alvo com a qual trabalham. Nesse sentido, a preocupação dos profissionais de saúde deve ir além do cuidado clínico, em busca da conscientização das gestantes e dos familiares quanto à importância que têm para a correção desses agravos de saúde (SILVA, 2008).

Não são raras as intercorrências obstétricas e/ou condições médicas pré-existentes que demandam internação da gestante para tratamento adequado até a alta para controle ambulatorial ou até o nascimento do bebê. Entretanto, muitas dessas mulheres permanecem em regime de internação apenas para controle mais rigoroso das condições de bem-estar fetal ou para o tratamento de condições que não necessitariam, *a priori*, do uso intensivo dos recursos humanos e materiais de um hospital, e que poderiam ser assistidas em um regime de cuidado domiciliar.

A Ruptura Prematura de Membranas em Recém-Nascidos Pré-Termo (RPMPT) é uma das principais intercorrências obstétricas e caracteriza um quadro clínico

importante, relacionado à saúde da mulher e do RN, sendo que cerca de 5% das gestantes com essa alteração apresentam complicações, como infecções, o que pode aumentar a morbimortalidade neonatal. A RPMPT é responsável por 30% a 40% dos partos pré-termos 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 membranas (RIVIERA *et al.*, 2004).

Segundo Riviera *et al.* (2004), as membranas córion e âmnio, na linha da cavidade amniótica, estão presentes no contato íntimo depois de 15-16 semanas de desenvolvimento embrionário, a partir da cavidade celoma ou coriônica. O estudo microscópico das membranas, nos casos de RPMPT, permite definir uma zona de morfologia alterada, que é caracterizada pelo espessamento da camada compacta de fibroblastos, esponjoso e reticular, refletindo a desorganização de colágeno, material fibrinóide, com uma diluição na camada de trofoblasto e da decídua. Esses fatores determinam um fenômeno de morte celular programada em células epiteliais amnióticas de degradação da fração ribossomal, assim como ativação de metaloproteinases. É provável que os diferentes agentes ativem mecanismos diferentes, causando a mudança morfológica, promovendo a formação de um local da ruptura na supracervical, antes do início do trabalho de parto.

A ruptura prematura das membranas é um fenômeno multifatorial. Os principais fatores de risco descritos na literatura são: baixo nível socioeconômico, baixo peso materno, antecedente de parto prematuro, consumo de cigarros, infecções cérvico vaginal e vaginose, polihidrâmnios, gravidez gemelar, malformações e tumores uterinos, gravidez com dispositivo intrauterino (RIVIERA *et al.*, 2004).

O método diagnóstico de RPMPT é realizado de diversas maneiras, podendo ser utilizados: a visualização de líquido amniótico, exteriorizando-se pelo orifício do colo,

por meio do exame especular; teste de cristalização; teste em papel de Nitrazina em líquido colhido no fórnice vaginal; observação direta de líquido em forro vaginal mantido posicionado nos genitais maternos por período mínimo de 1 hora; presença de oligohidrânio pelo ultrassom associada à história clínica recente de perda de líquidos pelos genitais (HOSPITAL SOFIA FELDMAN - HSF, 2005).

Dentre os tratamentos utilizados na RPMPT, destaca-se o denominado expectante, também conhecido como manejo conservador da RPMPT, que tem o objetivo de aumentar o período de latência e proporcionar melhores resultados neonatais, principalmente com o uso de corticoides e antibióticos, quando comparado à interrupção imediata da gravidez. Contudo, esse tratamento está associado a um aumento da incidência de corioamnionite, endometrite e sepse neonatal (YUDIN *et al.*, 2009). Segundo Kenyon, Boulvain e Neilson (2010), o manejo conservador reduz os principais marcadores de morbidade neonatal, o que justifica o uso dessa terapêutica. Contudo, isso pode ser um desafio para alguns países, onde não existe uma organização de rede que possibilite cuidados domiciliares com atendimento às mulheres residentes na zona rural e com indicação de tratamento em regime de cuidado domiciliar.

Em 1998, o Ministério da Saúde (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. Neste sistema, as instituições do nível terciário puderam oferecer o serviço de apoio às gestantes de alto risco, conhecido como Casa das Gestantes (BRASIL, 2001).

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).

O manejo conservador para RPMPT é um dos cuidados realizados na Casa da Gestante do HSF, em Belo Horizonte, Minas Gerais, que é uma unidade de apoio à gestação de alto risco.

A Casa das Gestantes deve:

Servir de apoio às necessidades assistenciais da gestante de alto risco; dispor de área física própria com recepção/sala de estar, sala de atividades ocupacionais, quarto com até quatro leitos, sala de exame ou consultório, banheiros, cozinha e área de lazer; dispor de equipe composta, no mínimo por médico obstetra para rotina diária, enfermeiro e assistente social (BRASIL, 2001).

Diante do risco e de possíveis complicações da RPMPT, associados à ausência de dados na literatura nacional para avaliação dos resultados das mulheres internadas numa Casa de Gestante com RPMPT em manejo conservador, justifica-se a realização de um estudo que objetive conhecer e descrever o perfil das gestantes com Ruptura Prematura de Membranas submetidas ao Manejo Conservador e internadas em Casa de Gestante.

2 OBJETIVOS

2.1 Geral

Conhecer e descrever o perfil das gestantes com Ruptura Prematura de Membranas submetidas ao Manejo Conservador, internadas na Casa de Gestante do Hospital Sofia Feldman, Belo Horizonte, Minas Gerais.

2.2 Específico

Identificar as principais características maternas e da assistência prestada às gestantes relacionadas à Ruptura Prematura de Membranas e submetidas ao Manejo Conservador.

3 METODOLOGIA

3.1 Delineamento e local de realização do estudo

Trata-se de um estudo descritivo, retrospectivo e exploratório, realizado na Casa da Gestante do HSF, em Belo Horizonte, Minas Gerais. Foram analisados os prontuários de gestantes com RPMPT submetidas ao Manejo Conservador.

O HSF é uma instituição filantrópica que oferece uma unidade que compõe o Sistema Estadual de Referência Hospitalar à Gestante de Alto Risco, chamada de Casa da Gestante. Este apoio é facultado às unidades terciárias para as gestantes de alto risco e com maiores necessidades de observação e de acompanhamento prolongado nas unidades hospitalares. Tal unidade, de acordo com o dispositivo legal que a implanta, dispõe de área física própria, com recepção/sala de estar, sala de atividades ocupacionais, quarto com até quatro leitos, sala de exame ou consultório, banheiros, cozinha e área de lazer. A equipe é composta, no mínimo, por médico obstetra para rotina diária, enfermeiro e assistente social (BRASIL, 2001).

3.2 Amostra

3.2.1 Critérios de inclusão e exclusão

As fichas de registro de gestantes com RPMPT submetidas ao Manejo Conservador foram utilizadas para a realização do presente estudo, no período de janeiro a dezembro de 2009. Foram excluídas da pesquisa gestantes com menos de 24 horas de tratamento e gestantes que por algum motivo desistiram do tratamento, evadindo-se do hospital.

Uma amostra inicial de 117 prontuários de gestantes foi selecionada, sendo que 88 prontuários constituíram a amostra final do presente estudo, de acordo com os critérios de inclusão e exclusão previamente estabelecidos.

Na literatura, os dados de retratação de um período específico para a data de ruptura das membranas ovulares são escassos e a apresentação da idade gestacional na RPMPT é diversificada. Portanto, há uma escassez de estudos que relatam o tempo de bolsa rota de mulheres com o diagnóstico de RPMPT. Assim, as variáveis de idade gestacional e tempo de bolsa rota foram descritas de acordo com os prontuários pesquisados, baseados na média encontrada na análise dos registros desses dados.

3.3 Aspectos Éticos

O presente projeto de pesquisa foi submetido à apreciação do Comitê de Ética em Pesquisa do HSF, em obediência à Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 1996), tendo sido aprovado, conforme parecer 11/2010 (ANEXO A).

3.4 Instrumento para coleta de dados e variáveis analisadas

Um instrumento de coleta de dados foi desenvolvido (APÊNDICE A) para a coleta das variáveis relacionadas às características das gestantes e da assistência prestada a estas. As variáveis relacionadas às características das gestantes foram definidas como: idade gestacional na data do diagnóstico da RPMPT; tempo de bolsa rota até o parto; patologias associadas; sinais de corioamionite; índice de líquido amniótico (ILA); toque à admissão. Já as variáveis relacionadas à assistência prestada às gestantes foram definidas como: idade gestacional no parto; tipo de parto; corticoterapia; uso do antibiótico para profilaxia de sepse neonatal; dose de ataque de antibioticoterapia; dose de manutenção de antibioticoterapia.

3.5 Análise de dados

A análise dos dados do estudo foi realizada de maneira descritiva, por meio do programa Statistical Package for the Social Sciences (SPSS). Análises de frequência e porcentagens foram utilizadas para descrição dos resultados.

4 RESULTADOS

A ocorrência da RPMPT teve uma porcentagem maior nas gestações acima de 30 semanas de gestação (TAB. 1). A maioria das gestantes avaliadas (69,3%) não apresentaram patologias associadas à RPMPT, e nem sinais de corioamionite (84,1%) (TAB. 1)

A análise do ILA mostrou que a maioria das gestantes com RPMPT mantiveram um ILA menor do que 05 cm (60,2%), e, em relação ao toque vaginal, observou-se que, dentre as gestantes admitidas na instituição onde se realizou a pesquisa, 46,6% receberam esse procedimento e 50% utilizaram o espécuro vaginal para determinar as condutas (TAB. 1).

TABELA 1

Características das gestantes com RPMPT, de acordo com a idade gestacional, frequência de patologias associadas, sinais de corioamionite e ILA menor que 05 cm

Idade Gestacional	N	%
< 30 semanas	42	47,7
>30 semanas	46	52,3
TOTAL	88	100,0
Patologias associadas	N	%
Sim	27	30,7
Não	61	69,3
TOTAL	88	100,0
Sinais de Corioamionite	N	%
Sim	14	15,9
Não	74	84,1
TOTAL	88	100,0
ILA menor 5 cm	N	%
Sim	53	60,2
Não	26	29,5
Não informado	09	10,2
TOTAL	88	100,0
Toque à admissão	N	%
Sim	41	46,6
Não	44	50,0
Não informado	03	3,4
TOTAL	88	100,0

Fonte: Prontuários do Serviço de arquivo médico e estatística - SAME/HSF

Em relação ao tempo de bolsa rota, observou-se que 92% das gestantes tiveram a finalização do parto em um período menor que 20 dias do diagnóstico de RPMPT e

8% daquelas tiveram um período maior de latência, ficando mais de 20 dias em manejo conservador (GRAF. 1).

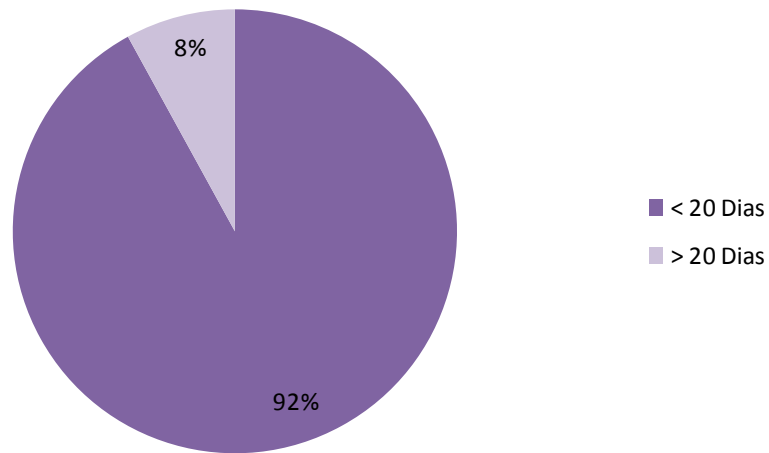


GRÁFICO 1 - Distribuição de casos de Ruptura Prematura de Membranas Pré-termo segundo tempo de bolsa rota

Fonte: Prontuários do SAME/HSF

A análise da administração de corticóides mostrou que 75% das gestantes receberam doses completas desses medicamentos. Além disso, 23,9% das gestantes receberam doses de repetições administradas, sendo que 19,3% receberam uma dose após os primeiros 7 dias de diagnóstico de RPMPT. A manutenção extra com 3 doses de corticóide não foi realizada na maioria das gestantes (76,1%) (GRAF. 2).

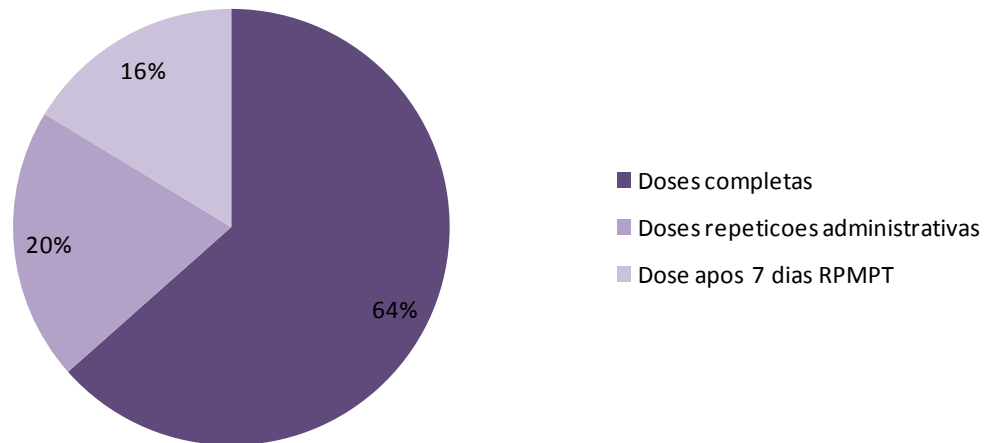


GRÁFICO 2 - Uso da Corticoterapia, de acordo com as doses em casos de Ruptura Prematura de Membranas Pré-termo

Fonte: Prontuários do SAME/HSF

A maioria dos partos das gestantes com RPMPT ocorreu com 30 a 34 semanas de gestação (65,9%) e entre 24 a 29 semanas (34,1%) (GRAF.3)

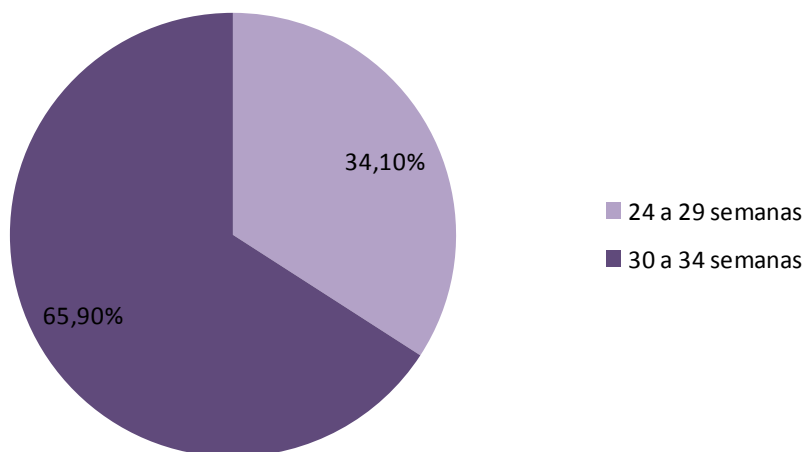


GRÁFICO 3 - Idade gestacional de usuárias com Ruptura Prematura de Membranas Pré-termo na data do parto

Fonte: Prontuários do SAME/HSF

Os índices de partos vaginal e cesariano foram 56,8% e 43,2%, respectivamente (TAB.2)

A maioria das gestantes não recebeu a dose completa do antibiótico (79,5%) (TAB.2). O uso de antibiótico profilático foi presente em 67% das gestantes. O uso de Penicilina 5.000.000 UI foi considerado a dose de ataque administrada em 64,% das gestantes. As doses de manutenção de 4/4 horas, utilizando a metade da dose de ataque até o parto, foram realizadas em 33% das gestantes, e 2,3% não tiveram esse dado descrito nos prontuários (TAB.2). Dentre as gestantes, 42% receberam dose de manutenção de antibiótico e 1,1% dessas mulheres utilizaram 3 doses (54,5% das mulheres não utilizaram nenhuma dose de manutenção) (TAB.2).

TABELA 2

Características das gestantes com RPMPT, de acordo com o tipo de parto e uso de ATB para profilaxia de sepse neonatal, doses de ataque e doses de manutenção

Tipo de parto	N	%
Normal	50	56,8
Cesárea	38	43,2
TOTAL	88	100,00
Uso de ATB para profilaxia de sepse neonatal	N	%
Sim	59	67,0
Não	28	31,8
Não informado	01	1,1
TOTAL	88	100,0
Doses de ataque ATB	N	%
Sim	57	64,8
Não	29	33,0
Não informado	02	2,3
TOTAL	88	100,0
Doses de manutenção ATB	N	%
Sim	37	42,0
Não	48	54,5
Não informado	03	3,3
TOTAL	88	100,0

Fonte: Prontuários do SAME/HSF

5 DISCUSSÃO

O perfil das gestantes com RPMPT admitidas na Casa de Gestantes do HSF, em manejo conservador, no período avaliado, pode ser apresentado de acordo com as características das mulheres, como: 1) a idade gestacional na RPMPT na qual houve maior porcentagem de casos foi maior que 30 semanas, sendo que a maioria das gestantes não desenvolveu nenhuma patologia associada a outros diagnósticos; 2) os sinais de corioamnionite também tiveram uma baixa porcentagem, 3) o índice de líquido amniótico menor que 5cm foi maior na maioria dos prontuários pesquisados; 4) o toque à admissão não foi realizado na maioria das mulheres internadas com o diagnóstico de RPMPT.

Na literatura, os dados de retratação de um período específico para a data da ruptura das membranas ovulares são escassos. A apresentação da idade gestacional na RPMPT é diversificada, e há uma escassez de estudos que relatem o tempo de bolsa rota de mulheres com o diagnóstico de RPMPT de maneira consistente. Por exemplo, Pierre *et al.* (2003) relata as repercussões perinatais na RPMPT, com até 26 semanas. Já Buchanan (2011) realizou um estudo com mulheres com o diagnóstico de RPMPT com até 37 semanas, no qual avaliou o manejo expectante de mulheres com esse diagnóstico versus mulheres que planejam o parto.

A patologia associada à RPMPT que apresenta maior risco de gerar complicações maternas e neonatais é a corioamnionite (UCHIMURA *et al.*, 2007; POPOWSKI *et al.*, 2011). Os resultados desta variável neste estudo foram índices relativamente baixos. Assim, este dado pode refletir uma boa execução no manejo conservador na instituição. Contudo, a corioamnionite continua sendo um desafio crítico para os profissionais de saúde. Portanto, o controle precoce com rastreio infeccioso, leucograma, cultura vaginal e, principalmente, análise da proteína C-reativa, que tem 90% de sensibilidade nesses casos de infecção, é necessário para um diagnóstico precoce e melhor prognóstico perinatal (POPOWSKI *et al.*, 2011).

De acordo com o Royall College Obstetricians and Gynaecologists (RCOG, 2006), o toque vaginal deve ser evitado se não houver uma evidência consistente de que a mulher pode estar em trabalho de parto. O exame pode transportar microrganismos para a vagina e para o colo do útero, levando à infecção intrauterina, à liberação de prostaglandinas e, assim, a um parto prematuro. O intervalo de latência entre RPMPT é maior nos casos em que o examinador usa um espéculo estéril para fazer seu exame.

A literatura aponta, segundo Bortolai, Gallarreta e Mauad Filho (2009), que a ecografia tem mostrado resultados promissores e valorosos sobre gravidezes complicadas com o diagnóstico de RPMPT. O HSF, em sua prática assistencial, realiza esse exame a cada 2 dias, com perfil biofísico fetal, e o índice de líquido amniótico tem os seus valores normais entre 8 cm e 12 cm, segundo o protocolo clínico do HSF (2005). Na RPMPT, esses valores declinam, chegando abaixo de 5cm e/ou maior bolsão menor que 2 cm, havendo indícios de uma possível ruptura das membranas amnióticas, o que pode ser mensurado pelo ultrassom. O oligodrâmnio em mulheres com RPMPT parece indicar um risco significativo para início de corioamnionite e de sepse neonatal, de acordo com Borna *et al.* (2004). Assim, há recomendações e orientações de possibilidades de infecções maternas e fetais, de riscos e benefícios de um parto rápido e de uma fase latente mais prolongada para as gestantes com esse diagnóstico.

A literatura destaca o uso do corticóide e de antibióticos como terapias relevantes, dentre as condutas adotadas no manejo conservador para a diminuição da mortalidade e da morbidade neonatal, para mulheres com o diagnóstico de RPMPT. A corticoterapia auxilia na diminuição de comorbidades associadas à prematuridade e à diminuição de gastos hospitalares (GONÇALVES *et al.*, 2010). Em relação ao uso de corticóide, o HSF realiza o uso da corticoterapia com Betametasona - 12mg, intramuscular, de 24 em 24 horas, em 02 ou 04 doses de Dexametazona - 6mg, de 12 em 12 horas, de acordo com a idade gestacional. A literatura aponta que esse tratamento deve ser utilizado para maturação pulmonar de RN em uma gestação com iminência de um parto rápido, sendo indispensável (CROWLEY, 2011). Isso

implica em uma melhor resposta respiratória do RN com uma prematuridade extrema (CROWTHER; HARDING, 2008), na redução da mortalidade neonatal, da hemorragia intraventricular e da Síndrome do Desconforto Respiratório (HSF, 2005; GONÇALVES *et al.*, 2010). Contudo, há necessidade de melhorar a porcentagem do uso de corticóides nas gestantes internadas na instituição na qual ocorreu a pesquisa, uma vez que nem todas essas mulheres recebem esse medicamento.

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 (RCOG, 2006). Quando a mulher entra em trabalho de parto, realiza-se Penicilina Cristalina endovenosa para prevenção de infecções neonatais ascendentes. Essas medicações podem reduzir as 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, proporcionam aumento do período de latência e levam a uma redução significativa de coriomionite, partos pré-termos e ultrassom com anormalidades (THINKHAMROP *et al.*, 2008). Entretanto, os prontuários das gestantes analisados neste estudo apontam que a maioria das mulheres não recebeu as doses completas de antibiótico e de manutenção. Ou seja, é necessário promover melhorias na execução dessa intervenção em tal serviço.

As indicações de interrupções são específicas para cada gestante com o diagnóstico de RPMPT internada no HSF e 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 a pesquisa realizada no HSF, 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.

O perfil de gestantes com RPMPT admitidas em Casa de Gestantes, no Hospital Sofia Feldman, e o manejo conservador realizado com aquelas estão de acordo, em sua maioria, com o que é preconizado pelo MS e pela literatura, sendo estas assistências destinadas apenas às mulheres que não estão em trabalho de parto e que não apresentam sinais de infecção e de sofrimento fetal (MODENA; KAIHURA; FIENI, 2004; BUCHANAN *et al.*, 2011). Além disso, o presente estudo trouxe contribuições clínicas, pois permitiu conhecimento, descrição e reflexão sobre a assistência prestada às gestantes com RPMPT em uma Casa de Gestantes e sob manejo conservador. Pode-se afirmar que a Casa de Gestante do Hospital Sofia Feldman é uma unidade que promove e associa condutas na prática clínica, com base nas recomendações e evidências da literatura e com foco no perfil das mulheres atendidas e na população de abrangência. Entretanto, esse serviço necessita de aprimoramento e melhora, principalmente das intervenções relacionadas ao uso do corticóide e do antibiótico nos casos de RPMPT.

As limitações deste estudo podem estar relacionadas ao fato de não terem sido avaliadas variáveis importantes no manejo conservador de gestante com RPMPT, como: paridade, início de trabalho de parto (indução, espontâneo ou cesárea), indicações de parto cesariano (eletiva, falha de indução, condições maternas e fetais); e variáveis neonatais como: peso ao nascer, escore de Apgar, hipoplasia pulmonar, sepse neonatal, dias de internação na UTI neonatal, óbito. Além disso, o número de prontuários selecionados no período do estudo pode não ter sido suficiente para realizar discussões mais consistentes. Não foi possível também aprofundar a discussão dos resultados relacionados à idade gestacional, no diagnóstico da RMPT, devido à escassez de pesquisas que definem com clareza essa variável em gestantes sob manejo conservador.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A ruptura prematura pré-termo das membranas ovulares representa um importante problema de saúde pública, uma vez que, na maioria dos casos, determina o nascimento prematuro e outras graves consequências, tanto maternas, quanto neonatais. Com isso, as instituições de saúde onde existe o atendimento às gestantes com essa condição, devem desenvolver e instituir protocolos baseados em evidências científicas consistentes para uma assistência adequada a tais mulheres. Reconhecendo as limitações deste estudo e sabendo da importância e do impacto do manejo conservador em gestantes com RPMPT, há necessidade de estudos com o objetivo de avaliar e aperfeiçoar essa conduta em Casa de Gestantes e/ou instituições que adotam essa prática, para que haja cada vez mais resultados maternos e neonatais favoráveis nesse contexto.

REFERÊNCIAS

BORNA, S. *et al.* Perinatal outcome in preterm premature rupture of membranes with Amniotic fluid index < 5 (AFI < 5). **BMC Pregnancy and Childbirth**, London, v. 4, n.1, p. 15, Aug. 2004.

BORTOLAI, A. C.; GALLARRETA, F. M. P.; MAUAD FILHO, F. Papel da ultrasonografia na ruptura prematura das membranas. **Experts in Ultrasound: Reviews and Perspectives**, Ribeirão Preto, v. 1, n. 2, p. 87-92, fev. 2009.

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 V, n. 2, supl. 03, abr./jun. 1996.

BRASIL. Ministério da Saúde. DATASUS. **Óbitos de mulheres em idade fértil e óbitos maternos – Brasil**. Brasília: Ministério da Saúde: 2011. Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sim/cnv/mat10br.def>>. Acesso em: 10 jul. 2011

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.

BUCHANAN, S. L. *et al.* Planned early birth versus expectant management for women with preterm prelabour rupture of membranes prior to 37 weeks' gestation for improving pregnancy outcome. **Cochrane Database of Systematic Reviews**, Oxford, n. 3, CD004735, 2011.

CROWLEY, P. WITHDRAWN: Prophylactic corticosteroids for preterm birth. **Cochrane Database of Systematic Reviews**, Oxiford, v. 6, n. CD000065, 2011.

CROWTHER, C. A.; HARDING, J. E. Dosis repetidas de corticosteroides prenatales para mujeres en riesgo de parto prematuro para la prevención de enfermedades respiratorias neonatales. **La Biblioteca Cochrane Plus**, Oxford, n. 4, 2008.

GONÇALVES, D. D. *et al.* Ruptura prematura das membranas amnióticas no pré-termo: fatores associados à displasia broncopulmonar. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, Rio de Janeiro, v. 32, p. 10, p. 497-503, out. 2010.

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.

HOSPITAL SOFIA FELDMAN. **Guias de práticas clínicas: ruptura prematura de membranas**. 2. ed. Belo Horizonte: HSF, 2005.

KENYON, S.; BOULVAIN, M.; NEILSON, J. Antibióticos para la rotura prematura de membranas. **Cochrane Database of Systematic Reviews**, Oxford, v. 8, n. CD001058, 2010.

MODENA, A. B.; KAIHURA, C.; FIENI, S. Prelabour rupture of the membranes: recent evidence. **Acta Bio-medica: Atenei Parmensis**, Parma, v. 75; Suppl. 1, p. 5-1, 2004.

PIERRE, A. M. M. *et al.* Repercussões maternas e perinatais da ruptura prematura das membranas até 26^o semana gestacional. **Revista de Ginecologia e Obstetrícia**, Rio de Janeiro, v. 25, p. 109-114, 2003.

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.

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

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

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.

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO. Núcleo de apoio social cultural e educacional. **Abordagem de risco na assistência à saúde materna**: lista de discussão. São Paulo: Núcleo de apoio social cultural e educacional da Universidade de São Paulo, 2008. Disponível em: <<http://www.uspleste.usp.br/nasce/sistema/forum/forumgama.php?topico=47&forum=>>. Acesso em: 13 out. 2010.

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 A

Instrumento de coleta

Sujeito:

Variáveis relacionadas a características das gestantes

1. Idade gestacional na RPMPT: ____ sem. ____ d.
2. Tempo de bolsa rota até o parto: ____ m. ____ d. ____ h.
3. Toque à admissão: ____ Sim ____ Não
4. Outras patologias associadas? ____ Sim ____ Não
5. Sinais de corioamnionite? ____ Sim ____ Não
6. ILA < 5 cm (ou maior bolsão < 2 cm)? ____ Sim ____ Não

Variáveis relacionadas à assistência prestada

7. Tipo de parto: ____ Vaginal ____ Vagin. assistido ____
Cesárea
8. Idade gestacional no parto: ____ sem. ____ d.
9. Corticoterapia: ____ Incompleta ____ Completa ____ Múltipla
10. Uso eritromicina: ____ Completo ____ Incompleto Qtos cpds.? ____
11. Uso ATB profilaxia sepse neonatal: ____ Não ____ Sim Qtas doses? ____ Ataque ____ Manutenção

ANEXO A - Parecer fundamentado do Comitê de Ética em Pesquisa



www.sofiafeldman.org.br

31 3408 2200

Rua Antônio Bandeira, 1060 - Bairro Tupi

Belo Horizonte/MG - CEP 31844-130

Fax: (31) 3433-1601

PARECER DE RELATOR – 26/2010

CAAE - 0025.0.439.000-10

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

Título do projeto: " Manejo conservador em ruptura prematura de membranas pré-termo em uma Casa de Gestante em Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil: eficácia do tratamento e o impacto sobre o recém-nascido".

Interessadas:

- √ Lúcio José Vieira (Pesquisador responsável, orientador)
- √ Izabela Viana Iglésias (Pesquisadora, especializanda)

DECISÃO

Comunicamos que, após reanálise do Protocolo de Pesquisa relativo ao Projeto intitulado: "MANEJO CONSERVADOR EM RUPTURA PREMATURA DE MEMBRANAS PRÉ-TERMO EM UMA CASA DE GESTANTE EM BELO HORIZONTE, MINAS GERAIS, BRASIL: EFICÁCIA DO TRATAMENTO E O IMPACTO SOBRE O RECÉM-NASCIDO, constatou-se o atendimento às solicitações feitas no PARECER datado de 17 de dezembro de 2010.

Neste sentido, o Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Sofia Feldman (CEP/HSF) considera **APROVADO** o referido Projeto, bem como o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) a ser utilizado.

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

Atenciosamente.

Tatiana Coelho Lopes
Dra. Tatiana Coelho Lopes

Sub- Coordenadora do CEP/HSF

Belo Horizonte, 20 de janeiro de 2011.