

Aspectos clínicos e epidemiológicos da prematuridade em um Centro de Parto Normal, São Paulo, Brasil

Clinical and epidemiological aspects of prematurity in a Normal Delivery Center, São Paulo, Brazil

Miriam Siqueira do Carmo Rabello¹, Sonia Maria Oliveira de Barros²

RESUMO

Objetivo: Apresentar aspectos clínicos e epidemiológicos da prematuridade em um Centro de Parto Normal e descrever resultados perinatais. **Métodos:** Trata-se de um estudo transversal, retrospectivo, com 189 prontuários clínicos de partos prematuros com fetos únicos, vivos, com idade gestacional entre 25 e 36,6 semanas. **Resultados:** A prevalência de prematuridade foi de 7,8%, sendo 23,2% em mães adolescentes. A intercorrência obstétrica mais frequente foi a ruptura prematura das membranas ovulares (35,4%), seguida da síndrome hipertensiva (18,5%). O parto cesáreo foi realizado em 33% dos casos. O índice de Apgar, no 1o. minuto, foi < 7 em 36,0% dos casos e, no 5o. minuto de vida em 9,5% dos casos. **Conclusão:** Entre os aspectos estudados, os resultados mostraram que a prevalência de prematuridade foi maior do que o esperado para as mães adolescentes, mas com resultados perinatais satisfatórios.

Descritores: Enfermagem obstétrica; Parto; Parto normal; Trabalho de parto prematuro/epidemiologia

ABSTRACT

Objective: To present clinical and epidemiological aspects of prematurity in a Normal Delivery Center, and to describe outcomes. **Methods:** A cross-sectional retrospective study, with 189 medical records of premature, single, and living fetuses, with gestational ages between 25 and 36.6 weeks. **Results:** The prevalence of preterm births was 7.8%, and 23.2% in adolescent mothers. The most frequent obstetric complication was premature rupture of ovular membranes (35.4%), followed by hypertensive syndrome (18.5%). Cesarean section was performed in 33% of cases. The Apgar score in the 1st minute was < 7 in 36.0% of cases, and in the 5th minute of life, in 9.5% of cases. **Conclusion:** Among the aspects studied,

results showed that the prevalence of preterm births was higher than expected for the adolescent mothers, however, with a satisfactory perinatal outcome.

Keywords: Obstetrical nursing; Parturition; Natural childbirth; Obstetric labor, premature/epidemiology

INTRODUÇÃO

O parto prematuro é um importante problema obstétrico, por ser responsável por mais de 75% da mortalidade e da morbidade entre recém-nascidos^(1,2). É definido como o parto que ocorre entre a 22a. e a 36a. semanas e 6 dias de gestação⁽¹⁾.

No Brasil, o índice de prematuridade tem variado entre 5 e 15%^(3,4). Em hospitais com atendimento de gestações de alto risco, como no Departamento de Obstetrícia da Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP), os partos prematuros incidem em cerca de 20% dos casos⁽⁵⁾.

Define-se como Centro de Parto Normal (CPN) a unidade intra-hospitalar fora do centro cirúrgico, destinada ao atendimento do parto normal, com estrutura física destinada a receber a parturiente e seu acompanhante. Como o trabalho de parto e parto de muitas gestantes de alto risco tem um curso normal, a assistência no CPN se aplica também a essas mulheres⁽⁶⁾.

Em estudo sobre partos prematuros⁽⁷⁾, foi observado que a qualidade da assistência prestada durante o período que antecede o parto pode trazer benefícios

Trabalho realizado no Hospital Geral de Itapeverica da Serra – HGIS, Itapeverica da Serra (SP), Brasil. Artigo extraído de tese de Mestrado “Prematuridade: aspectos clínicos e epidemiológicos da prematuridade em um Centro de Parto Normal” apresentada à Universidade Federal de São Paulo – UNIFESP, São Paulo (SP), Brasil.

¹ Programa de Pós-Graduação (Mestrado), Escola Paulista de Enfermagem, Universidade Federal de São Paulo – UNIFESP, São Paulo (SP), Brasil.

² Escola Paulista de Enfermagem, Universidade Federal de São Paulo – UNIFESP, São Paulo (SP), Brasil.

Autor correspondente: Sonia Maria Oliveira de Barros – Departamento de Enfermagem da Universidade Federal de São Paulo – Rua Napoleão de Barros, 754 – Vila Clementino – CEP 04024002 – São Paulo (SP), Brasil – Tel.: 11 5573-3371 – E-mail: sbarros@unifesp.br

Data de submissão: 8/9/2010 – Data de aceite: 28/10/2011

Conflito de interesse: não há

ou danos ao recém-nascido prematuro, evidenciando a particular importância do monitoramento dos batimentos cardíacos fetais durante o trabalho de parto e de parto prematuros, prevenindo a acidose e a hemorragia intraventricular, podendo, assim, reduzir a morbidade neonatal.

A prevenção para o parto prematuro vem sendo estudada há muito tempo, e os diversos fatores de risco associados que podem indicar quais gestantes têm maior probabilidade de desenvolver o trabalho de parto prematuro são conhecidos.

OBJETIVOS

Os objetivos desta pesquisa foram: apresentar o comportamento de algumas variáveis clínicas e epidemiológicas, relacionadas à prematuridade; descrever a prática da episiotomia seletiva em partos prematuros, e descrever os resultados perinatais na assistência aos partos prematuros

MÉTODOS

Tipo de estudo e local

Foi realizado um estudo descritivo e retrospectivo, no qual foram pesquisados prontuários clínicos de mulheres que tiveram partos no Hospital Geral de Itapeperica da Serra (HGIS), no período de um ano, e que atenderam aos critérios de inclusão: partos de qualquer tipo ocorridos no período selecionado para o estudo; idade gestacional, no momento do parto, entre 22 e 36 semanas e 6 dias, avaliada pelo método de Capurro⁽⁸⁾ ou New Ballard⁽⁹⁾.

No ano de 2002, foram realizados, no HGIS, 4.048 partos, dos quais 315 tinham idade gestacional inferior a 36 semanas e 6 dias. Desses, foram analisados 189 prontuários clínicos que constituíram a população do estudo, representando 60% do total de nascimentos prematuros no período.

Foram excluídos os prontuários com partos gêmeares, prontuários de recém-nascidos com malformação congênita, os natimortos e os prontuários incompletos, totalizando 126 casos.

Foram analisadas as seguintes variáveis obstétricas: idade materna, paridade, história pregressa de prematuridade, número de consultas pré-natal, registro de intercorrências clínicas e obstétricas durante a gestação atual, dilatação cervical no momento da internação, condições das membranas amnióticas na internação, tipo de parto e resultados perineais pós-parto normal.

As variáveis perinatais estudadas foram: peso ao nascer, valores do boletim de Apgar e unidade de internação do recém-nascido após o nascimento e a mortalidade neonatal.

A coleta foi iniciada após a aprovação dos Comitês de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP) e do HGIS. Foram atendidas todas as exigências da Resolução do CNS 196 na condução deste estudo.

RESULTADOS

A prevalência de prematuridade no local do estudo foi de 7,8% do total de partos no período do estudo.

As mães com menos de 17 anos corresponderam a 9,5% da amostra pesquisada. Considerando-se também as mães com idade entre 18 e 19 anos (13,7%), a população de adolescentes assistidas foi de 23,2%. Os resultados mostraram que 39% da população estudada eram primigestas e 5,8% de grandes múltiparas; a história pregressa de prematuridade foi positiva em 11,1% dos casos. O número de consultas de pré-natal variou de mais de seis (24,3%) a nenhuma (15,9%) – dados apresentados na tabela 1.

Tabela 1. Distribuição da população estudada segundo variáveis obstétricas selecionadas

Variáveis obstétricas	n = 158	%	Média ± DP (%)
Idade materna			
≤17	18	9,5	
18 – 20	26	13,7	
20 – 35	121	64,0	
≥ 35	24	12,8	
Total	189	100,0	25,5 ± 7,3
Paridade			
0	74	39,2	
1 – 3	70	37,0	
3 – 5	34	18,0	
≥ 5	11	5,8	
Total	189	100,0	2,5 ± 1,8
História pregressa de prematuridade			
Sim	21	11,1	
Não	168	88,9	
Número de consultas pré-natais			
0	30	15,9	
1 – 6	113	59,8	
≥6	46	24,3	
Total	189	100,0	4,0 ± 2,6

Das intercorrências obstétricas, a rotura prematura de membranas ocorreu em 35,4% dos casos, a síndrome hipertensiva na gravidez foi encontrada em 18,5% da amostra; o oligoâmnio, em 10,6%; e o diabetes gestacional foi encontrado em 2,6% dos casos (Tabela 2).

Das variáveis encontradas no momento do parto, a episiotomia realizada de forma seletiva foi feita em 45,6% dos casos, sendo os partos normais assistidos por

Tabela 2. Registro de intercorrências clínicas e obstétricas durante a gestação atual, observadas na admissão da gestante/parturiente

Intercorrências	n*	%
RPMO	67	35,4
Síndrome hipertensiva	35	18,5
Oligoâmnio	20	10,6
DPP	11	5,8
ITU	10	5,3
Diabetes	5	2,6

* n = 189.

Uma parturiente pode apresentar uma ou mais intercorrências associadas.

RPMO: ruptura prematura de membranas ovulares; DPP: descolamento prematuro de membranas; ITU: infecção do trato urinário.

enfermeiras obstetras que, caso necessário, solicitavam a avaliação médica. O índice de cesarianas foi de 33,9% dos casos (Tabela 3). A dilatação cervical, as membranas amnióticas ao parto e as condições do períneo se encontram também na tabela 3.

Tabela 3. Distribuição da população estudada segundo variáveis obstétricas no momento da internação, e assistência obstétrica prestada no período perinatal

Variável	n	%	Média ± DP (%)
Dilatação cervical (cm)			3,7 ± 3,4
≤ 2	85	45,0	
3 4	52	27,6	
6 8	26	13,7	
9 10	26	13,7	
Membranas amnióticas			
Íntegra	94	50,3	
Rota	92	49,2	
Sem registro	3	1,6	
Tipo de parto			
Cesárea	64	33,9	
Normal	125	66,1	
Total	189	100	
Condições do períneo			
Íntegro	44	35,2	
Laceração de 1º grau	24	19,2	
Laceração de 2º grau	0	0	
Episiotomia	57	45,6	
Total	125	100	

Quanto aos resultados perinatais encontrados, observamos maior incidência de nascimentos entre a 34ª e a 36ª semanas de gestação, sendo estes 69,3% da população total. A maior frequência foi de crianças de baixo peso ao nascer, com peso entre 2.000 e 2.499 g (39,2%) da população estudada. O índice de Apgar para os recém-nascidos estudados foi > 7 em 90,5% dos casos (Tabela 4).

Quanto ao destino das crianças após o nascimento, os resultados mostraram que 45,5% foram encaminhados ao alojamento conjunto e 54,5% foram encaminhados à Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN) (Tabela 5).

Tabela 4. Distribuição da população estudada segundo as variáveis perinatais

Variável	n = 189	%
Idade gestacional (semanas)		
25 28	3	1,6
28 31	10	5,3
31 34	45	23,8
34 36	131	69,3
Peso ao nascimento (g)		
> 1.000	4	2,1
1.000 1.500	24	12,2
1.500 2.000	35	18,5
2.000 2.500	82	39,2
≥ 2.500	54	28,0
Apgar no 1o. minuto		
≤ 7 (1 a 7)	68	36,0
> 7 (8 a 10)	121	64,0
Apgar no 5o. minuto		
≤ 7 (1 a 7)	18	9,5
> 7 (8 a 10)	171	90,5
Destino final do RN		
Alta hospitalar	182	96,3
Óbito	7	3,7
Total	189	100,0

Tabela 5. Destino imediato do recém-nascido

Destino	n	FR%
Alojamento conjunto	86	45,5
UTIN	103	54,5
Total	189	100,00

UTIN: Unidade de Terapia Intensiva Neonatal; FR: frequência relativa

Dentre os óbitos neonatais ocorridos no período deste estudo, três ocorreram com idade gestacional entre 25 e 27 semanas de gestação, caracterizando a prematuridade extrema e mortalidade. As causas de mortalidade dos recém-nascidos acham-se na tabela 6.

Tabela 6. Causa dos óbitos neonatais estudados

Peso ao nascimento (g)	Idade gestacional (semanas)	Causa dos óbitos
710	25	Sepsis neonatal
850	26	Insuficiência respiratória, doença pulmonar, membrana hialina, pneumotórax à direita e prematuridade extrema
1140	29	Sepse tardia, enterocolite necrosante e distúrbio de coagulação
1700	31	Prematuridade, anoxia neonatal, insuficiência cardiorespiratória precoce
1460	34	Choque séptico, sepse neonatal tardia, broncopneumonia, prematuridade e doença pulmonar, membrana hialina
2.230	34	Pneumotórax bilateral
2.635	35	Hipertensão pulmonar grave, sepse precoce, anoxia perinatal moderada

DISCUSSÃO

A prematuridade é considerada, nos dias atuais, uma das principais causas de morbidade e mortalidade perinatal, sendo responsável por graves danos imediatos nos recém-nascidos e por sequelas tardias. A incidência de partos prematuros é variável, por ter sua etiologia baseada em fatores sociais, biológicos, étnicos, comportamentais, entre outros^(1,2).

De acordo com o Ministério da Saúde do Brasil⁽⁴⁾, em 1996, o índice de prematuridade registrado foi de 5,5 e 5,8% no Brasil e no Estado de São Paulo, respectivamente. Dez anos depois, em 2005, o índice foi de 5,8% no Brasil e 7,5%, em São Paulo, respectivamente. Dessa forma, o índice de prematuridade no HGIS foi semelhante ao índice estadual de prematuridade.

Ainda segundo o Ministério da Saúde⁽¹⁰⁾, em São Paulo, no ano de 2002, a população adolescente foi responsável por 18,4% dos partos. Essa população está inserida no grupo de gravidez de risco, tanto do ponto de vista psicossocial, como do biológico⁽¹¹⁾.

Na população estudada, as adolescentes representaram praticamente um quarto da amostra, evidenciando um potencial de gestantes de alto risco bastante elevado. Contudo, vale salientar que os maiores números encontrados se referem a gestantes entre 18 e 19 anos, consideradas obstetricamente como equivalentes a gestantes adultas em termos de riscos⁽¹¹⁾.

É considerado como fator de risco para o parto prematuro a nuliparidade ou a multiparidade, com história de mais de cinco partos anteriores⁽¹²⁾. A literatura sugere ainda que a história pregressa de parto prematuro seja também um fator de risco para sua recorrência^(5,13,14). No presente estudo, o maior número de casos foi de nulíparas, o que favoreceria a ocorrência de prematuridade e, por outro lado, naquelas gestantes múltíparas, o número que referiu história pregressa de prematuridade vem corroborar os dados da literatura⁽¹²⁾.

A adequada assistência pré-natal é um fator isolado de maior interferência para a diminuição dos partos prematuros. A precocidade na primeira consulta pré-natal está associada significativamente ao número de gestações a termo e ao peso ao nascer⁽¹⁵⁾. Apesar da disponibilidade dos programas governamentais de assistência pré-natal, uma proporção elevada da população deste estudo não fez nenhuma consulta pré-natal, o que implicaria maior risco para o parto prematuro.

Várias intercorrências obstétricas contribuem também para a ocorrência de parto prematuro, entre elas a rotura prematura das membranas ovulares^(16,17), que ocorre em gestantes fora de trabalho de parto e acima de 20 semanas de gestação. A incidência média é de 10% do número total de partos em popula-

ções ocidentais⁽¹⁷⁾. O índice encontrado neste estudo, embora muito superior ao citado, foi semelhante ao referido por outros autores, considerando-se se tratar da maioria de nulíparas, com idade gestacional maior que 34 semanas⁽¹⁸⁾. O resultado perinatal foi mais afetado pela prematuridade do que pela ruptura prematura de membranas⁽¹⁹⁾.

A síndrome hipertensiva na gravidez é também uma afecção que favorece o nascimento prematuro^(20,21). A frequência encontrada na população deste estudo foi elevada, achado este que poderia estar relacionado, principalmente, à ausência de pré-natal em grande número de gestantes.

O oligoâmnio acomete cerca de 3 a 5% das gestações no terceiro trimestre, sendo raro no segundo trimestre, contudo, relacionando-se com os nascimentos prematuros⁽²²⁾. A população deste estudo teve frequência maior que a referida, contribuindo, assim, para a ocorrência de partos prematuros.

A prematuridade eletiva representa 20 a 30% dos partos prematuros. Em serviços de alto risco obstétrico, como na Clínica Obstétrica do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, praticamente 50% dos nascimentos prematuros são decorrentes de complicações maternas e/ou fetais, com indicação médica de interrupção da gestação⁽²³⁾ por meio do parto cesáreo. No Brasil, o Ministério da Saúde⁽⁴⁾ atenta para um alto índice de cesárea, que vem se mantendo constante ao longo dos anos. Em 2005, o índice brasileiro foi de 43,3%, e no Estado de São Paulo, com 50%, aproximadamente. No presente trabalho, o índice de cesariana mostrou-se abaixo desses dados. Em revisão sistemática da *Cochrane Library* foi concluído que não havia evidências para apoiar a conduta de parto por cesariana eletiva em trabalhos de parto prematuros, pois não reduziria o risco de morte neonatal e poderia aumentar o risco de morbidade materna⁽²⁴⁾. Em trabalho sobre a prematuridade eletiva⁽²⁾, foi encontrado índice de 94,4% de cesáreas. Outros estudos sobre a prematuridade ou doenças na gestação, resultando em prematuridade, referem que os altos índices de cesarianas (51,2%, 52,5% e 56%) são justificados pela população de alto risco^(18,25). No presente trabalho, o índice de cesariana mostrou-se bem abaixo desses dados.

O parto prematuro vaginal deve ocorrer de forma menos traumática possível, considerando a fragilidade do feto⁽⁵⁾. A episiotomia foi introduzida como rotina nesses partos, sem que houvesse, porém, consistentes indicações científicas de sua eficácia⁽⁵⁾, com a intenção de prevenir as hemorragias cerebrais e a redução da asfixia perinatal. No entanto, segundo revisão sistemática, não há dados que apoiem a afirmação de que o uso liberal da episiotomia minimize o traumatismo da cabeça fetal^(25,26). No CPN do HGIS,

é preconizada a realização de episiotomia de forma seletiva, sendo os partos normais assistidos por enfermeiras obstétricas que, caso necessário, solicitam a avaliação médica.

A idade gestacional das gestantes que deram à luz no hospital no qual ocorreram os partos desta população também foi semelhante àquela relatada em outros estudos no que se refere à prematuridade⁽²⁷⁾.

Embora a pontuação dada no índice de Apgar para recém-nascidos de pré-termo tenha restrições, na população estudada foi semelhante à referida em outros estudos brasileiros sobre a prematuridade⁽²⁸⁾.

Quanto ao destino do recém-nascido, os dados apontam que, mesmo sendo prematuros em sua maioria, essa parcela de recém-nascidos teve alta em aproximadamente 48 horas após o parto.

São várias as causas de morte do recém-nascido, no entanto, o baixo peso ao nascer, ou seja, peso inferior a 2.500 g, responde por cerca de 40 a 70% das mortes neonatais⁽²⁹⁾. No presente estudo, a mortalidade neonatal foi elevada. Contudo, a falta de atendimento pré-natal em grande número de pacientes, o número de recém-nascidos de muito baixo peso, o próprio número pequeno da população analisada poderiam explicar esse resultado. Por outro lado, há que se considerar que, possivelmente, as gestações de alto risco abaixo de 32 semanas de idade gestacional deveriam ser atendidas em hospital terciário, com recursos materiais e humanos pertinentes. As causas de mortalidade neonatal refletem essa situação. Assim, as causas preveníveis poderiam ser evitadas por um adequado atendimento pré-natal.

Este estudo teve limitações. Trata-se de um diagnóstico de situação com número relativamente pequeno de casos. Contudo, os achados refletem as condições de atendimento de um CPN de um hospital geral em que alguns dados refletem bons resultados, em função de medidas que podem ser adotadas em outras instituições com estrutura semelhante.

Por outro lado, apesar das muitas das estratégias usadas ao longo dos anos para a prevenção ou tratamento do parto prematuro, elas não têm sido eficazes. Até que novas estratégias sejam encontradas, os esforços são concentrados na prevenção das complicações neonatais, usando corticoides para acelerar a maturidade pulmonar fetal, antibióticos para prevenir determinadas infecções maternas, fetais e/ou neonatais, e na conduta criteriosa para um parto não traumático. A assistência multiprofissional, com a atuação da enfermeira obstetra, promove atenção obstétrica de qualidade, possibilitando a utilização de tecnologia necessária a cada atendimento, promovendo, assim, uma assistência satisfatória para a gestante e seu filho.

CONCLUSÃO

Embora tenham sido encontrados nesta população vários fatores predisponentes ao parto prematuro, a incidência de prematuridade de 7,8% foi semelhante à do Estado de São Paulo.

O atendimento ao parto prematuro no CPN do HGIS mostrou-se adequado em relação ao índice de cesáreas, que ficou abaixo da média brasileira, e a não realização de episiotomias como rotina.

O atendimento ao recém-nascido em sala de parto mostrou-se adequado. A mortalidade neonatal ocorreu principalmente às custas de recém-nascidos de muito baixo peso.

AGRADECIMENTOS

Este trabalho foi subvencionado pelo Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq), processo n.º 302556/2005-2.

REFERÊNCIAS

1. FEBRASGO. Manual de orientação e assistência pré-natal. Rio de Janeiro:Revinter; 2000.
2. Perroni AG, Bittar RE, Fonseca ESB, Messina MD, Marra KC, Zugaib M. Prematuridade eletiva: aspectos obstétricos e perinatais. *Rev Bras Ginecol Obstet.*1999;10(2):67-71.
3. Barros AJ, Santos IS, Victora CG, Victora CG, Albernaz EP, Domingues MR, et al. Coorte de nascimentos de Pelotas, 2004: Metodologia e descrição. *Rev Saúde Pública.* 2006;40(3):4002-13.
4. Brasil. Ministério da Saúde. Cadernos de informações de Saúde pública Região Sudeste [Internet]. [citado 2007 Set 19]. Disponível em: <http://www.tabnet.datasus.gov.br>
5. Camano L, Souza E, Sass N, Mattar R. Obstetrícia – Guias de medicina ambulatorial e hospitalar UNIFESP - Escola Paulista de Medicina. Barueri: Manole. 2003.il.171-8.
6. Basile ALO, Pinheiro MSB, Miyashita NT. Centro de Parto Normal Intra-Hospitalar. São Caetano do Sul, SP: Yendis Editora; 2007.
7. Bottoms S. Delivery of the premature infant. *Clin Obstet Gynecol.*1995;38(4):780-9.
8. Capurro H, Konichezky S, Fonseca D, Caldeyro-Barcia R. A simplified method for diagnosis of gestational age in the newborn infant. *J Pediatr.* 1978; 93(1):120-2.
9. Ballard JL, Khoury JC, Wedig K, Wang L, Eilers-Walsman BL, Lipp R. New Ballard include extremely premature infants. *J Pediatr.*1991;119(3):417-23.
10. Brasil. Ministério da Saúde. Vigilância em saúde: dados e indicadores selecionados. Secretaria de vigilância em saúde. Departamento de Análise de Situação em Saúde. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2003-ano 2, N2, Jan/ dez 2004.
11. Kumar A, Singh T, Basu S, Pandey S, Bhargava V. Outcome of teenage pregnancy. *Indian J Pediatr.* 2007;74(10):927-31.
12. World Health Organization (WHO). Integrated management of pregnancy and childbirth - Pregnancy, childbirth, postpartum and newborncare: A guide for essential practice. Geneva: World Health Organization; 2003.
13. Gama SG, Szwarcwald CL, Leal MC. Experiência de gravidez na adolescência, fatores associados e resultados perinatais entre puérperas de baixa renda. *Cad Saúde Pública.* 2002;18(1):153-61.

14. Nomura ML, Passini Jr R, Silva JC, Vaz MS, Amaral E, Pereira BG. Resultados gestacionais e perinatais de gestações com insuficiência cervical submetidas a circlagem eletiva. *Rev Bras Ginecol Obstet.* 2003;25(7):483-9.
15. Monteiro CA, Benicio MHA, Ortiz LP. Tendência secular do peso ao nascer na cidade de São Paulo (1984-1996). *Rev Saúde Pública.* 2000;34(6 Suppl):26-40.
16. Rocha RC, Souza E, Guazzelli CA, Chambô Filho A, Soares EP, Nogueira ES. Prematuridade e baixo peso entre recém-nascidos de adolescentes primíparas. *Rev Bras Ginecol Obstet.* 2006;28(9):530-5.
17. Almeida MV. Amniorrexe prematura. In: Chaves Netto H, Sá RA, editores. *Obstetrícia básica.* 2a ed. São Paulo: Atheneu; 2007.p.213-8.
18. Noor S, Nazar AF, Bashir R, Sultana R. Prevalance of PPROM and its outcome. *Ayub Med Coll Abbottabad.* 2007;19(4):14-7.
19. Tanir HM, Sener T, Tekin N, Aksit A, Ardic N. Preterm premature rupture of membranes and neonatal outcome prior to 34 weeks of gestation. *Int J Gynaecol Obstet.* 2003;82(2):167-72.
20. Dusse LM, Vieira LM, Carvalho MG. Avaliação do dímero D(D-Di) na doença hipertensiva específica da gravidez. *J Bras Patol Med Lab.* 2003;39(3):199-202.
21. Coelho TM, Martins MG, Viana E, Mesquita MR, Camano L, Sass N. Proteinúria nas síndromes hipertensivas da gestação: prognóstico materno e perinatal. *Rev Assoc Med Bras.* 2004;50(2):2007-13.
22. Cecatti JG. Hidratação materna e amnioinfusão: como e quando? *Anais – Ginecologia e Obstetrícia* [Internet]. [citado 2007 Jul 26]. Disponível em:http://www.sogesp.com.br/Protocolos/manuais/anais_go/cap02_6.asp
23. Rades E, Bittar RE, Zugaib M. Determinantes diretos do parto prematuro eletivo e os resultados neonatais. *Rev Bras Ginecol Obstet.* 2004;26(8):655-62.
24. Grant A, Glazener CM. Elective caesarean section versus expectant management for delivery of the small baby (Cochrane Review). *The Cochrane Library.* Issue 1; 2002. Oxford: Update Software.
25. Katz L, Amorim M, Coutinho I, Santos LC. Análise comparativa de testes diagnósticos para diabete gestacional. *Rev Bras Ginecol Obstet.* 2002;24(8):527-33.
26. Hartmann K, Viswanathan M, Palmieri R, Gartlehner G, Thorp J Jr, Lohr KN Outcomes of routine episiotomy: a systematic review. *JAMA.* 2005;293(17):2141-8.
27. Bezerra LC, Oliveira SMJV, Latorre MRDO. Prevalência e fatores associados à prematuridade entre gestantes submetidas à inibição de trabalho de parto prematuro. *Rev Bras Saúde Matern Infant.* 2006;6(2):223-9.
28. Leone CR, Sadeck LSR. Recém-nascido pré-termo tardio. in: Segre CAM, Costa HPF, Lippi UG, editores. *Perinatologia. Fundamentos e prática.* 2a ed. São Paulo: Sarvier; 2009.p. 173-7.
29. Giglio MR, Lamounier JA, Moraes Neto OL, César CCl. Baixo peso ao nascer em coorte de recém-nascidos em Goiânia – Brasil no ano de 2000. *Rev Bras Ginecol Obstet.* 2005;27(3):130-6.