



Helena Schütz de Monte Baccar

TRABALHO FINAL DE GRADUAÇÃO

**PROTOCOLO ASSISTENCIAL DE ABORDAGEM DO PARTO PREMATURO EM
MATERNIDADE DE RISCO HABITUAL**

SANTA MARIA

2019

Helena Schütz de Monte Baccar

PROTOCOLO ASSISTENCIAL DE ABORDAGEM AO PARTO PREMATURO

Trabalho Final de Graduação (TFG) apresentado ao Curso de Medicina, Área de Ciências da Saúde, da Universidade Franciscana – UFN, como requisito parcial para aprovação na disciplina TFG.

Orientador: Felipe Costa

SANTA MARIA

2019

SUMÁRIO

RESUMO.....	4
1 INTRODUÇÃO	5
1.1 Referencial Teórico.....	6
1.1.1 Conceito.....	6
1.1.2 Incidência.....	6
1.1.3 Fatores de risco.....	6
1.1.4 Estratégias de prevenção.....	7
1.1.5 Diagnóstico.....	9
1.1.6 Manejo farmacológico	9
2 DIAGNÓSTICO E CLASSIFICAÇÃO ESTATÍSTICA INTERNACIONAL DE DOENÇAS (CID-10)	12
3 DIAGNÓSTICO	12
4 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E DE EXCLUSÃO.....	13
4.1 Critérios de inclusão	13
4.2 Critérios de exclusão.....	13
5 CASOS ESPECIAIS.....	13
6 TRATAMENTO	13
6.1 Tratamento não medicamentoso	14
6.2 Tratamento medicamentoso	14
6.3 Tempo de tratamento e critérios de interrupção	20
6.4 Benefícios esperados.....	20
7 MONITORIZAÇÃO E ACOMPANHAMENTO PÓS-TRATAMENTO	20
8 FLUXOGRAMA.....	21
9 REFERÊNCIAS	22
10 TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO.....	25

RESUMO

Segundo dados da Organização Mundial de Saúde, aproximadamente 15 milhões de bebês nascem de forma prematura em âmbito mundial a cada ano. Isso representa mais do que 1 a cada 10 nascimentos. Um milhão de crianças morrem todos os anos devido a complicações da prematuridade e muitos sobrevivem com sequelas. Com o objetivo de reconhecer e tratar adequadamente essas gestações de risco, pretende-se elaborar um protocolo de assistência compatível com o atendimento adequado às pacientes que apresentarem esse quadro no Hospital Casa de Saúde, em Santa Maria, RS.

Palavras-chave: parto prematuro; protocolo assistencial; gestação.

ABSTRACT

Regarding data from OMS, approximately 15 millions babies are born prematurely in a world view each year. This represent more than 1 in each 10 births. One million children die each year due to prematurity complications and many survive with side-effects. Whit the aim to recognise and treat the corresponding servisse to patients that presente this settings on HCSSM, RS.

Keywords: preterm birth; protocol service; pregnancy.

1 INTRODUÇÃO

Parto prematuro, definido como o nascimento entre 20 e 36 semanas completas de gestação, é um dos principais contribuintes para a morbimortalidade perinatal em todo o mundo (FLENADY *et al.*, 2014).

Considerando que a ciência evoluiu de forma significativa nos últimos anos e a medicina apresenta-se a cada dia mais desenvolvida, muitas pesquisas têm se atentado na identificação e avaliação de intervenções que possam reduzir a ocorrência de parto prematuro. Atitudes preventivas devem ser praticadas e estimuladas desde o atendimento pré-natal, como suspensão do tabagismo, identificação e tratamento de infecções do trato genitourinário, adaptação laboral da gestante de risco e uso de progesterona vaginal, quando indicado (BRASIL, 2012).

Ainda, pode-se fazer uso de medidas farmacológicas para casos determinados. A inibição do trabalho de parto prematuro (tocólise), quando realizada, pode adiar o parto em 48 horas, tornando-se possível a realização da corticoterapia antenatal e, com isso, a redução do risco de complicações neonatais, tais como a síndrome do desconforto respiratório (SDR), a hemorragia cerebral, a enterocolite necrosante e a morte neonatal. O emprego de tocolíticos viabiliza um eventual encaminhamento da gestante para algum serviço de referência com melhores condições de atendimento aos prematuros (BITTAR & ZUGAIB, 2009).

Sendo assim, a criação de um protocolo faz com que ações possam ser realizadas com maior agilidade, proporcionando uma melhor condição de sobrevivência ao neonato.

Espera-se, através deste trabalho, identificar os fatores relevantes na evolução do parto prematuro, visto que as respostas poderão ser utilizadas para uma abordagem intervencionista no atendimento às gestantes, com o intuito de postergar o trabalho de parto prematuro e, conseqüentemente, assegurar maior segurança às vidas da mãe e do bebê.

1.1 Referencial Teórico

1.1.1 Conceito

O parto pré-termo (PPT) ou parto prematuro é definido como aquele cuja gestação termina entre a 20 e 36 semanas e 6 dias ou entre 140 e 257 dias após o primeiro dia da última menstruação. A imaturidade do neonato prematuro pode levar à disfunção em qualquer órgão ou sistema corporal e ele também pode sofrer comprometimento ou intercorrências ao longo do seu desenvolvimento, gerando às famílias e à sociedade um custo social e financeiro de difícil mensuração (RAMOS & CUMAN, 2009).

1.1.2 Incidência

A prematuridade pode ser espontânea ou eletiva. 70 a 80% dos casos acontecem pela ruptura prematura de membranas pré-termo ou trabalho de parto pré-termo espontâneo. As situações eletivas são os nascimentos prematuros indicados para se prevenir ou tratar alguma condição de morbimortalidade materna ou fetal, como pré-eclâmpsia grave, descolamento de placenta, restrição de crescimento fetal, patologias da gemelaridade, entre outras (VETTORAZZI *et al.*, 2001).

1.1.3 Fatores de risco

Apesar das inúmeras causas levantadas para o parto pré-termo, na maioria das vezes, ele é considerado idiopático, principalmente ocorrendo entre 34 e 36 semanas. Todavia, vários fatores estão relacionados à sua ocorrência. O quadro 1 destaca os fatores de risco identificáveis e a presença de outros fatores modificáveis (POSNER *et al.*, 2014; BARINOV *et al.*, 2016).

Fatores de risco para nascimento pré-termo		
Demográficos obstétricos	Maternos, fetais, paternos e genéticos	Comportamentais, sociais e nutricionais
Nascimento prematuro prévio; História de ruptura prematura de membranas pré-termo; IMC baixo (<20); Insuficiência istmocervical; Amniocentese; Adolescência; Abortamento de repetição; Intervalo gestacional curto (<12 meses);	Feto do sexo masculino; Vaginose bacteriana; Cirurgias no colo uterino; Fertilização assistida; Gemelaridade; Extremos de idade materna; Anomalia uterina; Miomias cervicais ou submucosos; Etnia afrodescendente; Polidrâmnio; Nuliparidade;	Infecções sexualmente transmissíveis; Tabagismo; Consumo de bebidas alcoólicas; Drogadição; Vulnerabilidade social; Baixo nível socioeconômico; Baixa escolaridade; Violência física; Depressão;

Gestação múltipla; Sangramento uterino; Bacteriúria assintomática; Doenças crônicas; Cirurgia abdominal na gestação.	Multiparidade (>5).	Deficiência de vitaminas B12 e B6.
---	---------------------	---------------------------------------

Quadro 1 – Fatores de risco para nascimento pré-termo; IMC, Índice de massa corporal;

Destacam-se como fatores identificáveis, a história de PPT (risco de 20% com um PPT prévio e 40% com dois), gestação múltipla (risco de 50-70%), colo curto, anormalidades uterinas, hemorragia recorrente antes do parto, sepse ou cirurgias durante a gestação. A presença de outros fatores modificáveis, como tabagismo, drogas ilícitas, baixo peso (índice de massa corporal < 20) e intervalo interpartal curto, podem auxiliar na identificação de gestantes em risco de trabalho de parto prematuro, possibilitando-se atuar na prevenção (POSNER *et al.*, 2014; BARINOV *et al.*, 2016).

A redução de taxas de nascimento pré-termo – especialmente dos nascimentos prematuros extremos – é uma das metas prioritárias da saúde mundial, constando nas Metas do Milênio da OMS (Organização Mundial da Saúde).

1.1.4 Estratégias de prevenção

Tendo em vista que as causas de PPT são múltiplas, as estratégias de prevenção devem ser abrangentes, incluindo-se a realização adequada de cuidados pré-natais, tratamento de infecções, rastreamento contínuo de fatores de risco e uso adequado de progesterona quando indicado, atentando-se para a possibilidade de uso da cerclagem ou do pessário cervical em casos selecionados (VETTORAZZI *et al.*, 2001).

Diferentes técnicas de manejo são utilizadas para inibir a evolução do trabalho de parto prematuro, incluindo a cerclagem cervical, um método cirúrgico que consiste em uma sutura ao redor do colo do útero para garantir um suporte mecânico, a fim de evitar sua abertura prematura, reduzindo o risco de parto prematuro. A cerclagem cervical reduz o risco de parto prematuro em mulheres com alto risco de parto prematuro e provavelmente reduz o risco de mortes perinatais. A eficácia e a segurança desse procedimento são controversas, se comparadas com outros métodos, como o uso de pessário e de progesterona vaginal, por exemplo (ALFIREVIC, STAMPALIJA & MEDLEY, 2017).

O fechamento do colo do útero com pessário cervical é um procedimento simples, menos invasivo que a cerclagem uterina e que não requer anestesia. O pessário é utilizado para o controle da incompetência cervical desde os anos 50 e a maioria dos estudos utilizou o

peSSário da Arabin®, que é um peSSário de silicone, flexível e semelhante a um anel, disponível em diversos tamanhos, com diâmetro externo variando entre 65 mm e 70 mm, diâmetro interno entre 32 mm e 35 mm e altura do curvatura entre 21 mm e 25 mm. Tal instrumento foi projetado dessa forma para ser inserido com sua curvatura para cima, para que o diâmetro maior seja suportado pelo assoalho pélvico, proporcionando uma melhor distribuição do peso do saco gestacional e redução da pressão da apresentação sobre orifício cervical (ABDEL-ALEEM, SHAABAN & ABDEL-ALEEM, 2013).

Dados obtidos por ensaio clínico randomizado sugerem que a inserção de um peSSário cervical é superior ao manejo expectante na prevenção de parto prematuro em 385 mulheres entre 18 e 22 semanas de gestação. A internação pediátrica neonatal foi reduzida no grupo peSSário em comparação ao grupo de expectativa (GOYA *et al.*, 2012).

O uso de progesterona como método de prevenção para o trabalho de parto prematuro leva à aquiescência uterina, ou seja, relaxamento da musculatura lisa, além de efeito anti-inflamatório, facilitando a integridade cervical, justificando o seu efeito na redução do nascimento pré-termo. Diversos estudos randomizados divulgados em janeiro de 2013 pelo “Cochrane Pregnancy and Childbirth Group's Trials Register” demonstraram benefício do uso de progesterona intramuscular na prevenção da prematuridade em gestantes com colo curto ou histórico de prematuridade, mas este fármaco não está disponível para uso no Brasil (MARTINS-COSTA, 2017).

O uso de progesterona vaginal está associado à redução estatisticamente significativa na prematuridade com menos de 34 semanas, peso ao nascer menor do que 2500 g, uso de ventilação assistida, enterocolite necrosante, óbito neonatal, internação em unidade de terapia neonatal, assim como a um aumento estatisticamente significativo no prolongamento da gravidez em semanas (DODD *et al.*, 2013).

A administração profilática de progesterona em mulheres que já tiveram um parto prematuro mostrou reduzir pela metade a taxa de recorrência (MEIS, KLEBANOFF & THOM, 2003). Entretanto, tal atitude é limitada, visto que apenas 10% das mulheres seriam beneficiadas por se enquadrarem nessa estatística (MERCER, GOLDENBERG & MOAWAD, 1999). A partir disso, definiu-se um método que pode identificar melhor as mulheres de alto risco de parto prematuro, que se dá a partir da medida ultrassonográfica do comprimento do colo de útero, entre 20 e 24 semanas de gestação. Mulheres assintomáticas, com comprimento cervical de 15 mm ou menos, têm risco aumentado de parto prematuro espontâneo. Sendo assim, nessa situação, o uso de progesterona vaginal estaria indicado (FONSECA *et al.*, 2007).

Quanto ao uso de hidratação como tratamento específico para mulheres que se apresentam com trabalho de parto prematuro, os dois pequenos estudos disponíveis não demonstram nenhuma vantagem da hidratação em comparação com o repouso no leito. A hidratação intravenosa não parece ser benéfica, mesmo durante o período de avaliação logo após a admissão, em mulheres com trabalho de parto prematuro. Mulheres com evidências de desidratação podem, no entanto, se beneficiar da intervenção (STAN *et al.*, 2013)

1.1.5 Diagnóstico

O diagnóstico de trabalho de parto prematuro é basicamente clínico, sendo necessárias contrações regulares e modificações do colo uterino em conjunto, visto que ausência de uma delas não é definidor de parto prematuro. A sensibilidade do exame vaginal para o diagnóstico de trabalho de parto prematuro, com dilatação igual ou maior a 2 cm, varia de 50 a 57% enquanto a especificidade varia de 91 a 94%. A ultrassonografia apresenta índice de sensibilidade maior, entre 76 e 100%, mas especificidade menor, de aproximadamente 50%. Sendo assim, o ultrassom pode ser usado como método auxiliar para ajudar no diagnóstico de pacientes com trabalho de parto prematuro (MARTINS-COSTA, 2017).

Considerando que apenas 10% das mulheres que apresentam clínica para trabalho de parto prematuro evoluem para o parto na semana subsequente ao diagnóstico e que 30% dos casos têm resolução espontânea, para reconhecer e diferenciar o trabalho de parto prematuro verdadeiro do falso, pode-se fazer uso do teste de fibronectina e/ou medida do colo uterino. A fibronectina fetal é uma glicoproteína encontrada na interface coriódécidual, membrana amniótica, decídua e citotrofoblasto. Está presente nas gestações até 18 semanas e desaparece após as 22 semanas devido à fusão do âmnio e do cório. Estudos encontraram níveis aumentados de fibronectina fetal na secreção cervicovaginal de gestantes que evoluíram com PPT em 7 a 14 dias (DÍAZ *et al.*, 2009). O teste apresenta bom desempenho quando negativo, uma vez que em 95 a 99% das pacientes o parto não ocorre antes de sete dias (AZAD & MATHEWS, 2016).

1.1.6 Manejo farmacológico

Os agentes tocolíticos incluem uma ampla variedade de medicamentos que podem retardar ou suprimir as contrações uterinas, sendo considerados vantajosos no trabalho de parto prematuro espontâneo para dar tempo para o feto amadurecer, evitando potencialmente os efeitos deletérios da prematuridade, dar tempo para que os corticosteróides antenatais sejam administrados e tenham um efeito clínico, assim como dar tempo para a transferência intra-

uterina para um centro de cuidados superiores, onde as instalações de cuidados intensivos neonatais estão disponíveis (ANOTAYANONTH *et al.*, 2004).

Os agentes utilizados incluem betamiméticos, inibidores de prostaglandina, bloqueadores dos canais de cálcio, etanol, antagonistas dos receptores da ocitocina e sulfato de magnésio. O tocolítico ideal deve ser fácil de administrar, barato, sem efeitos colaterais maternos, fetais ou neonatos significativos e eficaz em retardar o nascimento prematuro, por tempo suficiente para permitir o uso de corticoesteroides antenatais (MARTINS-COSTA, 2017).

No trabalho de parto prematuro com dilatação cervical, a eficácia das drogas tocolíticas tem sido comprovada por prolongar a gravidez (NIJMAN *et al.*, 2018). Uma droga tocolítica comumente usada é a nifedipina, que parece ser mais eficaz que antagonistas dos receptores β 2-adrenérgicos e sulfato de magnésio (VERSPYCK *et al.*, 2017). A nifedipina é considerada o agente tocolítico de primeira linha para o manejo do trabalho de parto prematuro (SENTILHES *et al.*, 2016).

Um estudo randomizado, duplo-cego, controlado por placebo foi realizado com 206 pacientes com ameaça de parto prematuro. As pacientes foram alocadas aleatoriamente em grupos nifedipina ou placebo e, após 90 minutos de tratamento, 88,3% do grupo nifedipina e 69,9% do grupo placebo não tiveram contração uterina ($P < 0,001$). Nifedipina apresentou resultados de tratamento bem-sucedidos em 77,6% do total de participantes em comparação com 49,5% no grupo placebo ($P < 0,001$). O restante dos participantes de ambos os grupos precisou de um medicamento tocolítico de segunda linha, sendo destes, 9,7% no grupo nifedipina entregue dentro de 48 horas em comparação com 12,6% no grupo placebo ($P > 0,05$). A idade gestacional média no parto e as complicações neonatais nos dois grupos não foram significativamente diferentes. Portanto, nifedipina teve uma maior taxa de sucesso para inibir as contrações prematuras ameaçadas (SONGTHAMWAT, NA NAN & SONGHTHAMWAT, 2018).

Sendo bloqueador de canal de cálcio, o mecanismo de ação da nifedipina tem a função de inibir a entrada de cálcio extracelular através da membrana citoplasmática, impedindo a liberação do cálcio intracelular do retículo sarcoplasmático e aumentando a saída do cálcio da célula miométrial, bloqueando o potencial de ação e evitando as contrações uterinas (BRASIL, 2012). A nifedipina é o medicamento de primeira escolha para tratamento de TPP pois possui baixo custo e baixa ocorrência de efeitos colaterais (MARTINS-COSTA, 2017).

Outra alternativa é o salbutamol e terbutalina, β -adrenérgicos utilizados como tocólise, cujo mecanismo de ação baseia-se na conversão do ATP em AMP cíclico, diminuindo o cálcio

livre intracelular. Em um estudo comparando 200 mulheres em trabalho de parto prematuro que foram designadas aleatoriamente a receber terbutalina subcutânea (250 µg) ou salbutamol intravenoso (0,1 mg), seguido por terbutalina oral (20 mg/d) ou salbutamol oral (24 mg/d) como manutenção. A eficácia, efeitos colaterais e complicações após 48 horas e até 37 semanas de gestação foram analisados e comparados e como resultado, a terbutalina proporcionou tocolise mais eficaz, com menos efeitos adversos e um melhor resultado neonatal. No entanto, a terbutalina e o salbutamol são igualmente eficazes nas primeiras 48 horas (MOTAZEDIAN *et al.*, 2010).

Em relação à ritodrina, outro medicamento β-adrenérgico, não há evidência significativa que garanta sua eficácia isoladamente em relação à evolução do parto prematuro. Quando associada ao sulfato de magnésio, os estudos relataram efeitos colaterais adversos bastante significativos. Quando comparada ritodrina de forma isolada e associada à indometacina, não houve diferenças claras entre os grupos para problemas graves de saúde neonatal. Também não houve diferenças claras entre os grupos que receberam ritodrina mais progesterona, em comparação com a ritodrina sozinha, para a maioria dos desfechos relatados, embora o tempo entre a administração das drogas e o nascimento tenha aumentado no grupo que recebeu a combinação de tocolíticos. Sendo assim, não há evidência dos benefícios da ritodrina utilizada de forma isolada (NEILSON, WEST & DOWSWELL, 2014).

Existe uma variação considerável no tipo de agente tocolítico usado em diferentes partes do mundo. O sulfato de magnésio tem sido amplamente utilizado como tocolítico nos Estados Unidos da América, (EUA) embora tenha havido relatos de aumento da mortalidade infantil e admissão em terapia intensiva neonatal com uma sugestão de que existe uma relação dose-resposta (MARTINS-COSTA, 2017).

Em 2013, a Administração de Alimentos e Medicamentos dos EUA desaconselhou o uso de sulfato de magnésio pré-natal por mais de cinco a sete dias quando usado para tentar impedir o trabalho de parto prematuro, devido a preocupações sobre o desenvolvimento ósseo fetal e neonatal. Isso levou o Colégio Americano de Obstetras e Ginecologistas a emitir um parecer do comitê apoiando o uso de curto prazo, mas não de longo prazo (ACOG, 2012).

Quanto ao uso de sulfato magnésio para neuroproteção, ele está recomendado nos nascimentos pré-termo com idade gestacional menor que 32 semanas com o intuito de diminuir o risco de paralisia cerebral. Na iminência de parto (trabalho de parto com mais 3-4 cm dilatação, independentemente de bolsa rota) com IG menor que 32 semanas, deve ser iniciado o uso de sulfato de magnésio endovenoso em bomba de infusão. Caso o nascimento não aconteça, o sulfato pode ser mantido por período de 12 a 24 horas. Após esse período, a

medicação é suspensa e pode ser reiniciada em caso de iminência de parto em período superior a 24 horas da última administração (WHO, 2015). Quando usada somente para neuroproteção, a medicação pode ser suspensa imediatamente após o nascimento (MARTINS-COSTA, 2017).

A principal contribuição médica para a diminuição da mortalidade neonatal nos últimos tempos tem sido o uso de corticoides para estimular o amadurecimento pulmonar fetal (MARTINS-COSTA, 2017). O uso de corticoide contribui para diminuir a ocorrência e a gravidade dos casos de síndrome da angústia respiratória do recém-nascido (SARRN), de hemorragias intraventriculares, de morte neonatal, enterocolite necrosante, admissão em UTI e infecções sistêmicas nas primeiras 48 horas de vida (MURPHY, PALERMO & SHAH, 2017).

Em estudo randomizado realizado com 1420 gestantes com risco de nascimento entre 34 e 36 semanas e 6 dias comparando o uso de corticoide (betametasona – duas doses) com placebo, o grupo que utilizou corticoide apresentou redução significativa (RR 0,80; IC 95%, 0,66-0,97) das complicações respiratórias neonatais, sem aumento do risco de corioamnionite ou sepse neonatal (GYAMFI-BANNERMAN *et al.*, 2016).

Concluiu-se que um curso único de corticoide reduz a morbidade respiratória (RR 0,74; IC 95%, 0,61-0,91) em metanálise em que se analisou 5698 nascimentos após a 34ª semana, sendo 3200 entre a 34ª e 37ª semana e as demais cesarianas programadas entre 37 e 39 semanas (SACCONE & BERGHELLA, 2016).

O uso dessas substâncias é contraindicado na presença de infecção ovular, de infecções maternas e de úlcera péptica sangrante (MARTINS-COSTA, 2017).

2 DIAGNÓSTICO E CLASSIFICAÇÃO ESTATÍSTICA INTERNACIONAL DE DOENÇAS (CID-10)

- O 60 – Trabalho de parto pré-termo;
- O 60.0 – Trabalho de parto pré-termo sem parto;
- O 60.1 – Trabalho de parto pré-termo com parto pré-termo;
- O 60.2 – Trabalho de parto pré-termo com parto a termo.

3 DIAGNÓSTICO

O diagnóstico de trabalho de parto prematuro é basicamente clínico, sendo necessárias contrações regulares e modificações do colo uterino em gestante com menos de 37 semanas de gestação, visto que ausência de uma delas não é definidor de parto prematuro. A sensibilidade

do exame vaginal para o diagnóstico de trabalho de parto prematuro, com dilatação igual ou maior a 2 cm, varia de 50 a 57% enquanto a especificidade varia de 91 a 94%. A ultrassonografia apresenta índice de sensibilidade maior, entre 76 e 100%, mas especificidade menor, de aproximadamente 50%. Sendo assim, o ultrassom pode ser usado como método auxiliar para ajudar no diagnóstico de pacientes com trabalho de parto prematuro (MARTINS-COSTA, 2017).

4 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E DE EXCLUSÃO

1.2.4.1 Critérios de inclusão

Gestantes atendidas no Hospital Casa de Saúde com diagnóstico de trabalho de parto prematuro (idade gestacional de 22 a 36 semanas e 6 dias na presença de contrações uterinas regulares (3 contrações em 10 minutos), dilatação cervical igual ou superior a 2 cm e apagamento do colo uterino de pelo menos 80% (MARTINS-COSTA, 2017).

1.3.4.2 Critérios de exclusão

Os critérios de exclusão são as contraindicações absolutas a tocólise, como doença cardiovascular ou renal grave, hipertensão arterial não controlada, pré-eclâmpsia grave, diabetes não controlado, descolamento prematuro de placenta, infecção ovular, anormalidades fetais incompatíveis com a vida, morte fetal, gestação > 36 semanas e condição fetal não tranquilizadora (ACOG, 2012).

5 CASOS ESPECIAIS

Não há casos especiais aplicáveis.

6 TRATAMENTO

Tendo em vista que as causas de PPT são múltiplas, as estratégias de prevenção devem ser abrangentes, incluindo-se a realização adequada de cuidados pré-natais, tratamento de infecções, rastreamento contínuo de fatores de risco e uso adequado de progesterona quando indicado, atentando-se para a possibilidade de uso da cerclagem ou do pessário cervical em casos selecionados (VETTORAZZI *et al.*, 2001).

6.1 Tratamento não medicamentoso

Deve ser realizado exame especular, pesquisando presença de vulvovaginites ou perda de líquido amniótico e solicitado hemograma e exame qualitativo de urina, urocultura, pesquisa de *Streptococcus* do grupo B e realizar curva térmica para todas as pacientes que chegarem ao Hospital Casa de Saúde com diagnóstico de trabalho de parto prematuro. Além disso, deve-se proceder com internação hospitalar para adequada monitorização materno-fetal.

6.2 Tratamento medicamentoso

O tratamento farmacológico para tocólise é indicado para pacientes com diagnóstico de parto prematuro com idade gestacional de até 33 semanas e 6 dias, na ausência de contraindicações (BRASIL, 2012). As contraindicações para tocólise estão apresentadas no Quadro 2.

Contraindicações para tocólise	
Absolutas	Relativas
Doença cardiovascular ou renal grave; Hipertensão arterial não controlada; Pré-eclâmpsia grave; Diabetes não controlado; Descolamento prematuro de placenta; Infecção ovular; Anormalidades fetais incompatíveis com a vida; Morte fetal; Gestação > 36 semanas; Condição fetal não tranquilizadora.	Doença cardiovascular ou renal controlada; Hipertensão arterial controlada; Diabetes controlado; Ruptura prematura de membranas*; Restrição de crescimento fetal; Aloimunização Rh; Gestação com 34 semanas ou mais; Infecção respiratória grave; Corioamnionite; Sangramento materno com instabilidade hemodinâmica; Contraindicação específica ao agente tocolítico.

Quadro 2 – Contraindicações ao uso de tocólise

*Considerar tocólise para transporte e/ou uso de corticoides (ACOG, 2012).

O Quadro 3 apresenta os fármacos utilizados para tocólise com suas características e efeitos colaterais.

Fármaco	Administração	Cuidados/contraindicação	Efeitos colaterais mais frequentes	Observação
Nifedipina (1ª escolha)	Via Oral (VO) Dose de ataque: 30 mg Dose de manutenção: 20 mg 6/6h	Cardiopatia materna grave.	Cefaleia e rubor.	Baixo custo

Salbutamol (2ª escolha)	Intravenoso (IV) 30 mg/ minuto em bomba de infusão ou gotejo lento	Evitar em pacientes com diabetes e cardiopatas.	Náusea, vômitos, taquicardia materno/ fetal, arritmia e hiperglicemia materno/ fetal.	Atenção a taquicardias graves; sem benefício para uso oral em longo prazo.
Terbutalina	IV ou Subcutâneo (SC) SC: (1 ampola = 0,5 mg/mL); individualizar a dose.	Evitar em pacientes com diabetes e cardiopatas.	Náusea, vômitos, taquicardia materno/fetal, arritmia e hiperglicemia materno/ fetal.	Boa opção antes do transporte de pacientes para centros terciários.
Ritodrina	IV em bomba de infusão: 0,05 mg/min e máximo 0,35 mg/ minuto	Evitar em pacientes com diabetes e cardiopatas.	Náusea, vômitos, taquicardia materno/fetal, arritmia e hiperglicemia materno/ fetal.	
Indometacina	Retal; Dose de ataque: 100 mg; Dose de manutenção: 25 a 50 mg 6/6h.	Contraindicado em mulheres com púrpura ou em uso de anticoagulantes.	Oligodrâmnio, gastrite e fechamento precoce do ducto arterioso.	Risco de fechamento precoce do ducto arterioso. Não utilizar após as 32 semanas. Usar por até 72h.
Sulfato de magnésio	IV; Dose de ataque: 4 a 6g; Dose de manutenção: 1 a 2 g/ hora em bomba de infusão.	Contraindicado na miastenia grave.	Náusea, vômitos, cefaleia, mal- estar e rash cutâneo.	Uso preferencial para neuroproteção e não para tocólise.
Atosibano	IV; 6,75 mg em bolus, 300 µg/min por 3 horas e, então, 100 µg/min por 45 horas.	Boa tolerabilidade e poucos efeitos colaterais.	Efeitos raros: náusea, vômitos, cefaleia, dor torácica, artralgias e a umento de risco de morte neonatal.	Alto custo; eficácia semelhante à nifedipina; sem estudos avaliando uso concomitante com outros tocolíticos.

Quadro 3 – Fármacos utilizados para tocólise com suas características e seus efeitos colaterais

Bloqueadores do canal de cálcio

- Mecanismo de ação – Bloqueia o canal lento de entrada do Ca^{2+} .
- Agente – Nifedipina: administrar 30 mg por via oral como dose de ataque. Para manutenção, administrar 20 mg a cada 4 a 6 horas. Se em três horas não cessarem as contrações, podem ser administrados mais 10 mg por via oral.
- Efeitos adversos – Hipotensão, síncope, taquicardia, cefaleia, náusea, edema periférico e rubor.
- A nifedipina deve ser o medicamento de primeira escolha para tratamento de TPP no Hospital Casa de Saúde de Santa Maria, por possuir baixo custo e baixa ocorrência de efeitos colaterais.

Antiprostaglandinas

- Mecanismo de ação – Inibição da prostaglandina-sintetase.
- Agente – Indometacina: administrar 100 mg por via retal. Para manutenção, 25 a 50 mg por via oral a cada seis horas por, no máximo, três dias. Em casos de uso por mais de dois dias, deve-se realizar ecocardiografia com Doppler colorido fetal, com visualização do ducto arterioso fetal, devido ao risco de seu fechamento precoce.
- Efeitos adversos – Oligodrâmnio, fechamento precoce do ducto arterioso, disfunção plaquetária e irritação gástrica.
- Cuidados – Contraindicada em pacientes com púrpura trombocitopênica, agranulocitose, úlcera péptica e em uso de anticoagulantes.

β -adrenérgicos

- Mecanismo de ação – conversão do ATP em AMP cíclico, diminuindo o Ca^{2+} livre intracelular.
- Agentes – *Salbutamol*: Intravenoso na diluição de cinco ampolas em 500 mL de soro glicosado a 5%. Iniciar com 10 gotas por minuto e aumentar 10 gotas a cada 20 minutos até cessarem as contrações ou a paciente ou o feto apresentarem taquicardia (120 e 160

bpm, respectivamente). *Terbutalina*: Administração intravenosa (cinco ampolas em 500 mL de soro glicosado), gotejo semelhante ao do sabutamol. Uso subcutâneo (dose máxima de ataque de 0,5 mg e, após, 0,5 mg de 8/8h por 24 horas. Individualização da dose conforme ocorrência de efeitos colaterais; *Ritodrina*: Administrar 0,05 mg/min (150 mg em 500 mL de soro glicosado 5%), aumentando 0,05 mg a cada 10 minutos, chegando ao máximo de 0,35 mg/min.

- Efeitos adversos – Taquicardia materna e fetal, arritmias, isquemia miocárdica, insuficiência cardíaca, edema agudo de pulmão, vasodilatação, hipotensão materna, hiperglicemia materna e fetal e hipoglicemia neonatal. São contraindicados em pacientes com cardiopatias, miotomia distrófica, glaucoma de ângulo agudo, hipertensão arterial, anemia falciforme e história prévia de edema agudo de pulmão. Deve-se ter cautela ao usar em pacientes com hipertireoidismo, asma compensada, diabetes, sangramento ativo, gestação gemelar e polidrâmnio.

Sulfato de magnésio

- Mecanismo de ação – Competição direta com o Ca^{2+} .
- Agente – Sulfato de magnésio: administrar 4 a 6 g pela via endovenosa durante uma hora (5 mL de sulfato em 100 mL de soro em bomba de infusão por uma hora) como dose de ataque, e a dose de manutenção pode variar entre 1 e 2 g/hora. Solução proposta: diluição de duas ampolas de sulfato de magnésio (10 mL a 50% = 5 g) em 500 mL de soro fisiológico, nesta solução 50 mL/hora = 1 g/hora, devendo ser administrado em bomba de infusão. A cada 4 horas devem ser avaliadas a diurese (>25 mL/hora), a frequência respiratória (>12 movimentos respiratórios por minuto) e a presença de reflexos (patelares, triceptal ou biceptal). Em caso de intoxicação, administrar, de forma lenta, por via endovenosa, gluconato de cálcio 10%, uma ampola diluída em 10 mL de água destilada.
- Efeitos adversos – Sensação de rubor e calor e hipotonicidade neonatal. O uso de múltiplas doses pode se relacionar a osteoporose e fraturas no neonato. Conforme aumenta a concentração de magnésio sérico, podem ocorrer depressão respiratória (10 mg/dL), parada respiratória (12 mg/dL) e parada cardíaca (15 mg/dL) na gestante. É contraindicado em pacientes com miastenia grave, defeitos de condução cardíaca e insuficiência cardíaca.

- É um medicamento pouco utilizado como tocolítico pela baixa eficácia, mas é indicado em trabalho de parto pré-termo com menos de 32 semanas para neuroproteção fetal.

Atosibano

- Mecanismo de ação – antagonista por competição com o receptor da ocitocina. O atosibano atua sobre os receptores de ocitocina das membranas das células miométriais e, possivelmente, da decídua e membranas fetais por meio de mecanismo de inibição competitiva com a ocitocina.
- Agente – Atosibano: 6,75 mg via endovenosa em bolus, 300 ug/min por três horas e, então, 100 ug/min por via endovenosa por mais 45 horas.
- Efeitos adversos – São raros: náuseas, vômitos, cefaleia, dor torácica e artralgias.
- Opção para tocolise em gestante com cardiopatia grave. O atosibano apresenta efetividade semelhante à da ritodrina e da nifedipina e maior do que a do placebo, sem apresentar efeitos adversos significativos tanto para a mãe quanto para o feto. A vantagem seria a ocorrência de poucos efeitos adversos significativos para a mãe. A maior limitação para seu uso é o alto custo e não há justificativa para ser utilizado como primeira linha de tratamento de TPP em virtude disso.

O uso de corticosteroides é a principal estratégia para a redução da morbidade e mortalidade perinatal associadas à prematuridade, como ocorrência de síndrome de membrana hialina, hemorragia intraventricular e enterocolite necrosante. Pacientes com idade gestacional entre 24 e 33 semanas e 6 dias tem indicação para o uso. A principal função da tocolise é retardar o momento do parto para que haja tempo viável para a corticoterapia (TALATI, HACKNEY & MESIANO, 2017). O Quadro 4 apresenta os corticosteroides para aceleração da maturidade pulmonar fetal e prevenção de complicações de prematuridade.

FÁRMACO	ESQUEMA
Betametasona (1ª escolha)	12 mg IM 02 doses com intervalo de 24 horas
Dexametasona (2ª escolha)	6 mg IM 04 doses com intervalos de 12 horas

Quadro 4 – Corticosteroides para aceleração da maturidade pulmonar fetal e prevenção de complicações da prematuridade; IM, Intramuscular;

A profilaxia com antibióticos da sepse neonatal por EGB está indicada em algumas situações, conforme Quadro 5 (YOUNGER, REITMAN & GALLOS, 2017).

ESQUEMA 1	Penicilina G cristalina (potássica) 5 milhões de UI IV (ataque) + 2,5 milhões de UI IV 4/4 horas.	INDICAÇÕES: Pacientes em trabalho de parto com cultura positiva para EGB nas últimas 5 semanas. Pacientes com menos de 37 semanas de gestação sem cultura para EGB com risco iminente de parto. Pacientes com membranas rotas há mais de 18 horas. Pacientes com bacteriúria assintomática por EGB. Pacientes com história prévia de RN infectado por EGB. Pacientes com febre intraparto (Tax > 38°C).
ESQUEMA 2	Ampicilina 2 g IV (ataque) + 1 g IV 6/6 horas.	
ESQUEMA 3 (Pacientes alérgicas à penicilina)	Clindamicina 900 mg IV 8/8 horas.	

Quadro 5 – Profilaxia com antibióticos para EGB; IV, Intravenoso; EGB, *streptococcus* do grupo B; RN, recém-nascido; Tax, temperatura axilar.

Em pacientes com idade gestacional entre 24 e 31 semanas e 6 dias de gestação, na iminência de parto, está indicado o uso de sulfato de magnésio para neuroproteção. O Quadro 6 mostra o esquema de administração e características do fármaco (WOLF, 2017).

FÁRMACO	DOSE	ESQUEMA DE ADMINISTRAÇÃO	OBSERVAÇÕES
SULFATO DE MAGNÉSIO A: ampolas de 10 mL a 50% B: ampolas de 10 mL a 10%	Ataque: 4 g IV em 20 minutos Manutenção: 1 g/h IV até o parto.	A (MgSO ₄ 50%): Ataque: Diluir 8 mL em 12 mL de água destilada e aplicar IV em bomba de infusão contínua em 20 minutos (60 mL/h) Manutenção: Diluir 10 mL em 490 mL de soro fisiológico e aplicar IV em bomba de infusão contínua a 100 mL/h.	Monitorização materna durante o uso. FR 4/4 horas (desejáveis > 14 irpm) Diurese 4/4 horas (desejável > 25 mL/h) Reflexo patelar 4/4 horas (desejável que esteja presente) Se algum parâmetro estiver alterado, deve-se parar a infusão de sulfato de magnésio e retornar assim que reestabelecidos. No caso de depressão ou parada respiratória, administrar uma ampola de Gluconato de Cálcio 10% imediatamente.

Quadro 6 – Dose e esquema de administração do sulfato de magnésio para neuroproteção fetal; IV, Intravenoso; FR, frequência respiratória; IRPM, Incursões respiratórias por minuto.

6.3 Tempo de tratamento e critérios de interrupção

Expõem-se o tempo de administração conforme Quadro 3. Em relação ao fármaco de primeira escolha, Nifedipina, se não houver parada nas contrações após a dose máxima de ataque, considerar como falha terapêutica e considerar uso de outro tocolítico. Em relação ao Salbutamol, segundo fármaco de escolha, se não houver parada nas contrações até uma dose com efeitos colaterais toleráveis para a paciente, considerar como falha terapêutica e considerar o uso de outro tocolítico (YOUNGER, REITMAN & GALLOS 2017).

6.4 Benefícios esperados

Redução na morbimortalidade perinatal, redução na morbimortalidade materna, redução do tempo de internação em UTI neonatal e melhora na qualidade da assistência nos serviços de obstetrícia de Santa Maria, RS.

7 MONITORIZAÇÃO E ACOMPANHAMENTO PÓS-TRATAMENTO

As gestantes submetidas à tocolise, após suspensão de fármaco tocolítico, deverão ter avaliação diária da dinâmica uterina, da movimentação fetal e da frequência cardíaca fetal, dos sinais vitais e avaliação de exames solicitados. Ao completarem 24 horas sem contrações e corticoterapia completa, as gestantes deverão ter alta hospitalar com retorno imediato no caso de contrações rítmicas, perda de líquidos ou sangue ou diminuição da movimentação fetal. Se houver contra-indicação à tocolise ou falha terapêutica, proceder o acompanhamento do trabalho de parto (YONEDA *et al.*, 2017).

O acompanhamento pós tratamento deve ser feito conforme pré-natal de risco habitual.

8 FLUXOGRAMA

A Figura 1 apresenta o fluxograma referente à abordagem ideal do parto prematuro a ser realizada no Hospital Casa de Saúde, em Santa Maria, Rio Grande do Sul, conforme as bibliografias atuais.

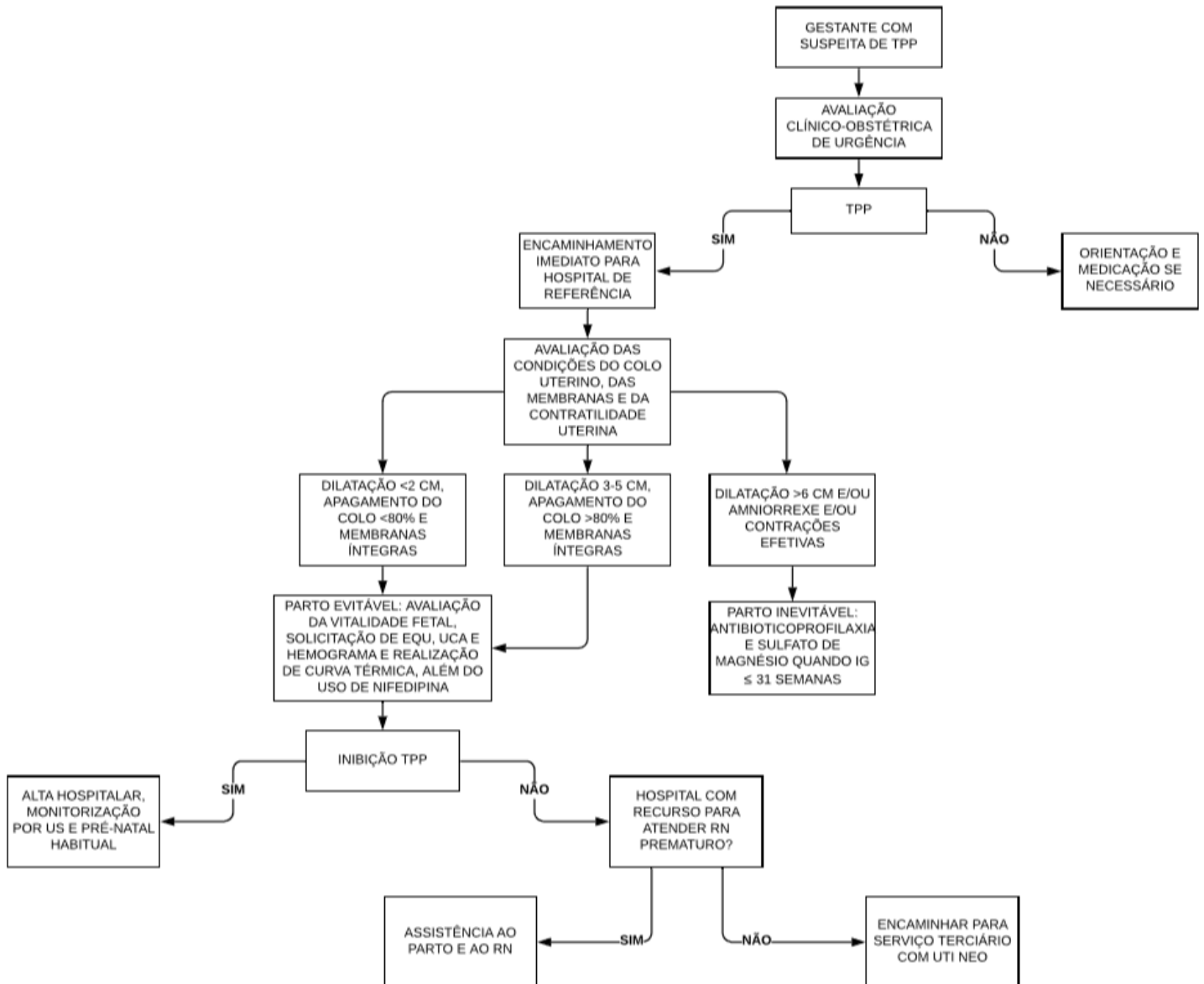


Figura 1 – Fluxograma referente à abordagem do parto prematuro conforme literatura atual

9 REFERÊNCIAS

- ABDEL-ALEEM, H, SHAABAN, O.M., ABDEL-ALEEM, M.A. Cervical pessary for preventing preterm birth. **Cochrane Database of Systematic Reviews**, Issue 5, 2013. Art. No.: CD007873; doi: 10.1002/14651858. CD007873.pub3.
- ALFIREVIC, Z., STAMPALIJA, T., MEDLEY, N. Cervical stitch (cerclage) for preventing preterm birth in singleton pregnancy. **Cochrane Database of Systematic Reviews**, Issue 6, 2017. Art. No.: CD008991; doi: 10.1002/14651858. CD008991.pub3.
- American College of Obstetricians and Gynecologists. ACOG practice bulletin no.127: Management of preterm labor. **Obstet Gynecol**, v. 119, n.6, p. 1308-17, Jun. 2012; doi: 10.1097/AOG.0b013e31825af2f0.
- ANOTAYANONTH, S. *et al.*. Betamimetics for inhibiting preterm labour. **Cochrane Database of Systematic Reviews**, Issue 4; 2004; doi: 10.1002/14651858. CD004352.pub2.
- AZAD, K., MATHEWS, J. Preventing newborn deaths due to prematurity. **Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol.**;36:131-44, 2016.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Trabalho de parto prematuro. In: *Gestação de alto risco: manual técnico / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas.* – 6. ed. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2012.
- BARINOV, S. V. *et al.* Comparative assessment of arabin pessary, cervical cerclage and medical management for preterm birth prevention in high-risk pregnancies. **J Matern Fetal Neonatal Med**; v.1, n.6, 2016.
- BIANCHI, F. *et al.* Preterm Birth associated with group B streptococcus maternal colonization worldwide: Systematic Review and meta-analyses. **Clin Infect Dis**; 2017 Nov 15; 65(Suppl 2): S133–S142. doi: 10.1093/cid/cix661.
- BITTAR, R. E.; ZUGAIB, M. Tratamento do trabalho de parto prematuro. **Rev. Bras. Ginecol. Obstet.** Rio de Janeiro, v. 31, n. 8, p. 415-422, ago. 2009. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-72032009000800008&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 04 dez. 2018. <http://dx.doi.org/10.1590/S0100-72032009000800008>.
- DÍAZ, J. *et al.*, The clinical utility of fetal fibronectin in the prediction of preterm birth in a low socioeconomic setting hospital in Ecuador. **J Matern Fetal Neonatal Med.**;22(2):89–93; 2009.
- DODD, J.M, *et al.*, Prenatal administration of progesterone for preventing preterm birth in women considered to be at risk of preterm birth. **Cochrane Database of Systematic Reviews**, Issue 7, 2013. Art. No.: CD004947. doi:10.1002/14651858. CD004947. Pub3.
- FLENADY, V. *et al.* Oxytocin receptor antagonists for inhibiting preterm labour. **Cochrane Database of Systematic Reviews** 2014, Issue 6. Art. No.: CD004452. DOI: 10.1002/14651858.CD004452.pub3.

FONSECA, E.B. *et al.*, Fetal Medicine Foundation Second Trimester Screening Group. Progesterone and the risk of preterm birth among women with a short cervix. **N Engl J Med**; 357(5):462–9, 2007.

GOYA, M, et al. Cervical pessary in pregnant women with a short cervix (PECEP): **Lancet** 379(9828):1800-6; 2012.

GYAMFI-BANNERMAN, C. *et al.*, Antenatal betamethasone for women at risk for late preterm delivery. **N Engl J Med**;374(14):1311–20; 2016.

MARTINS-COSTA, Sérgio H. (Org.). **Rotinas em obstetrícia**. 7. ed. Porto Alegre: Artmed, 2017. 894 p.

MEIS, P.J, KLEBANOFF, M., THOM, E. Prevention of recurrent preterm delivery by 17 alpha-hydroxyprogesterone caproate. **N Engl J Med**; 348:2379-2385, 2003.

MERCER, B.M., GOLDENBERG, R.L., MOAWAD, A.H. The preterm prediction study: effect of gestational age and cause of preterm birth on subsequent obstetric outcome. **Am J Obstet Gynecol**; 181:1216-1221, 1999.

MOTAZEDIAN S *et al.*, Terbutaline versus salbutamol for suppression of preterm labor: a randomized clinical trial; **Ann Saudi Med.**; 30(5):370-5. 2010 Sep-Oct; doi: 10.4103/0256-4947.67079. PMID: 20697169.

MURPHY, K., PALERMO, M., SHAH P. Prematuridade. In: MARTINS-COSTA, Sérgio H. (Org.). **Rotinas em obstetrícia**. 7. ed. Porto Alegre: Artmed, 2017. 894 p.

NEILSON, J.P., WEST, H.M., DOWSWELL, T. Betamimetics for inhibition preterm labour. **Cochrane Database of Systematic Reviews**, Issue 2. 2014; Art. No.: CD004352. Doi: 10.1002/14651858. CD004352.pub3.

NIJMAN, T.A.J. *et al.*, A comparison of tocolysis with nifedipine and atosiban in preterm labor; **Ultrasound Obstet Gynecol.**;51(6):806-812. doi: 10.1002/uog.17512. PMID:28452086; 2018.

American College of Obstetricians and Gynecologists. ACOG practice bulletin no.127: Management of preterm labor. **Obstet Gynecol**, v. 119, n.6, p. 1308-17, Jun. 2012; doi: 10.1097/AOG.0b013e31825af2f0.

POSNER, G. D. *et al.* **Trabalho de parto e parto de Oxorn e Foote**. 6. ed. Porto Alegre: AMGH; 2014.

RAMOS, H. Â. de C.; CUMAN, R. K. N. Fatores de risco para prematuridade: pesquisa documental. **Esc. Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 2, p. 297-304, junho de 2009. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452009000200009&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 06 dez. 2018. <http://dx.doi.org/10.1590/S1414-81452009000200009>.

ROMAN, A. R.; FRIEDLANDER, M. R. Revisão integrativa de pesquisa aplicada à enfermagem. **Cogitare Enferm.**; Curitiba, v.3, n.2, p.109-112, jul./dez. 1998. Disponível em <

<https://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/44358>>. Acesso em 04 Dez. 2018. DOI: <http://dx.doi.org/10.5380/ce.v3i2.44358>.

SACCONE, G.; BERGHELLA, V. Antenatal corticosteroids for maturity of term or near term fetuses: **systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials**. *BMJ* ;355:i5044; 2016.

SENTILHES, L. *et al.*, Prevention of spontaneous preterm birth: Guidelines for clinical practice from the French College of Gynaecologists and Obstetricians (CNGOF). **Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol**. 2017 Mar;210:217-224. doi: 10.1016/j.ejogrb.2016.12.035. Epub 2016 Dec 30. Review. PMID: 28068594.

SONGTHAMWAT, S., NA NAN, C., SONGTHAMWAT, M. Effectiveness of nifedipine in threatened preterm labor: a randomized trial. **Int J Womens Health**. 2018 Jun 15;10:317-323. doi: 10.2147/IJWH.S159062. eCollection 2018.

STAN, CM., BOULVAIN M., PFISTER R., HIRSHBRUNNER-ALMAGBALY P. Hydration for treatment of preterm labor. **Cochrane Database of Systematic Reviews**, Issue 11. 2013; Art. No.: CD003096. DOI: 10.1002/14651858. CD003096.pub2.

TALATI, A., HACKNEY, D., MESIANO, S. Pathophysiology of preterm labor with intact membranes. **Seminars in Perinatology**, v. 41, n.7, p. 420-426, Nov, 2017; doi: <https://doi.org/10.1053/j.semperi.2017.07.013>.

VERSPYCK, E. *et al*, Maintenance nifedipine therapy for preterm symptomatic placenta previa: A randomized, multicenter, double-blind, placebo-controlled trial. **PLoS One**; 12(3) e0173717; Mar 23, 2017; doi: 10.1371/journal.pone.0173717. eCollection PMID: 28333939.

VETTORAZZI, Janete *et al*. Prematuridade. In: MARTINS-COSTA, Sérgio H. (Org.). **Rotinas em obstetrícia**. 7. ed. Porto Alegre: Artmed, 2017. 894 p.

WOLF, HT., *et al*. Use of manesium sulfate before 32 weeks of gestation: a European population-based cohort study. **BMJ Open**; 7(1): e013952; Jan 27, 2017; doi: 10.1136/bmjopen-2016-013952.

World Health Organization. **WHO Recommendations on interventions to improve preterm birth outcomes**. Geneva: WHO; 2015.

YONEDA S., *et al*. In which preterm labor-patients is intravenous maintenance tocolysis effective? **J Obstet Gynaecol Res**, 2018 Mar;44(3):397-407. doi: 10.1111/jog.13547.

YOUNGER, JD., REITMAN, E., GALLOS, G. Tocolysis: Present and future treatment options. **Seminars in Perinatology**, v. 41, n.8, p.493-504, Dez, 2017; doi: 10.1053/j.semperi.2017.08.008.

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA CONDUTA EM CASOS DE TRABALHO DE PARTO PREMATURO COM IDADE GESTACIONAL ATÉ 33 SEMANAS E 6 DIAS

Eu, _____, portadora de documento de identidade _____, de maneira livre e consciente, confirmo que fui orientada pela equipe de saúde de que tive o diagnóstico de TRABALHO DE PARTO PREMATURO, que significa que entrei em trabalho de parto antes que se completasse o tempo necessário para que o feto amadurecesse. Confirmo também que fui orientada de que a conduta mais indicada na idade gestacional em que me encontro (IG: ____ semanas e ____ dias) é de: () IG entre 22 e 23 semanas e 6 dias: como o feto ainda é muito prematuro, com poucas condições de sobrevivência no caso de nascimento, a melhor conduta é a tentativa de inibição das contrações com medicamentos por 48 horas, com possibilidade ou não de sucesso. Se não houver sucesso, fui orientada de que as chances de sobrevivência do feto são muito pequenas. () IG entre 24 e 31 semanas e 6 dias: uso de medicamentos para inibir as contrações e uso de medicamentos para acelerar o amadurecimento do pulmão do feto. No caso de falha na inibição das contrações, o uso de medicações para proteger o cérebro do feto e antibióticos para prevenir infecções. () IG entre 32 e 33 semanas e 6 dias: uso de medicamentos para inibir as contrações e uso de medicamentos para acelerar o amadurecimento do pulmão do feto. No caso de falha na inibição das contrações, uso de antibióticos para prevenir infecções. Também fui orientada de que todas essas medicações podem causar efeitos colaterais, porém que os benefícios que elas causam no momento compensam tais riscos. Fui orientada também que estas medicações podem falhar, e mesmo com seu uso, há risco de nascimento do feto e de todas as complicações da prematuridade. Fui orientada também de que se o tratamento não for instituído, há um risco aumentado do nascimento do feto com as complicações que a prematuridade pode trazer. Assim, ciente dessas orientações,

() **CONSINTO** que se façam os procedimentos indicados para o meu caso

Data: ____/____/____

Assinatura da paciente

Assinatura de familiar

Assinatura do Médico 1

Assinatura do Médico 2

() **NÃO CONSINTO** que se façam os procedimentos indicados para o meu caso

Data: ____/____/____

Assinatura da paciente

Assinatura de familiar

Assinatura do Médico 1

Assinatura do Médico 2