

# Prematuridade: quando é possível evitar?

*Prematurity: when can it be prevented?*

## Editorial

A ideia de prevenção da prematuridade data do final do século XIX, quando, na Europa, já se observava que operárias submetidas a longas jornadas de trabalho apresentavam maior risco de parto pré-termo, fato que sugeria a participação de fatores de risco sociais.

Apesar da evolução tecnológica e científica das últimas décadas, a prematuridade ainda constitui um grande desafio — é a principal causa de morbidade e mortalidade neonatal, além de ser uma das principais causas de morte em crianças com menos de um ano<sup>1</sup>. Dados recentes de uma pesquisa global da Organização Mundial de Saúde (OMS) revelam que, nas duas últimas décadas, a maioria dos países apresentou aumento das taxas de prematuridade<sup>1,2</sup>. Há pelo menos três razões que explicam esse aumento. A primeira é a maior frequência de gestações múltiplas secundárias a tratamentos de esterilidade, associadas à crescente demanda de mulheres que desejam engravidar em idade avançada. A segunda diz respeito à interrupção eletiva da gestação. Nas últimas décadas, o uso do corticoide antenatal, o surfactante e os avanços nos cuidados neonatais melhoraram o prognóstico do prematuro e modificaram a percepção do risco da prematuridade diante de intercorrências maternas. Finalmente, as possíveis medidas preventivas não têm contribuído para diminuir a prematuridade.

Várias abordagens preventivas já foram sugeridas. A ausência de resultados favoráveis sobre as incidências de prematuridade decorre da multiplicidade de fatores de risco envolvidos, muitos dos quais são não modificáveis e/ou desconhecidos. Além disso, as intervenções com melhores resultados limitam-se a situações pouco frequentes na população geral de gestantes.

A busca de indicadores clínicos que possam permitir o controle dos riscos e contribuir para uma evolução favorável da gestação constitui a prevenção primária da prematuridade. Embora apresente limitações em virtude da etiologia multifatorial e, muitas vezes, desconhecida, deve ser sempre implementada em todas as mulheres, tanto na concepção como no primeiro trimestre da gestação. O atendimento médico adequado pode detectar algumas situações de risco que devem ser evitadas ou controladas (por exemplo, hipertensão arterial, diabetes, infecções urinárias e genitais, obesidade, desnutrição, distúrbios emocionais, tabagismo, consumo de drogas e transferência de mais de um embrião em fertilizações *in vitro*).

### Correspondência

Roberto Eduardo Bittar  
Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da USP  
Avenida Doutor Enéas Carvalho de Aguiar, 255  
CEP: 05403-000  
São Paulo (SP), Brasil

### Recebido

21/10/2013

### Aceito com modificações

31/10/2013

<sup>1</sup>Departamento de Obstetrícia e Ginecologia, Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo – USP – São Paulo (SP), Brasil.

Nos últimos anos, tem sido enfatizada a prevenção secundária da prematuridade baseada na identificação de gestantes de maior risco para o parto pré-termo espontâneo (ou seja, com antecedente de prematuridade espontânea, colo curto, incompetência cervical e gestação gemelar).

Cerca de 10 a 15% das gestantes na população apresentam antecedente de prematuridade espontânea, o que leva ao aumento de risco de 1,5 a 2 vezes em gravidez subsequente. Sua recorrência depende do número de partos pré-termo anteriores e da idade gestacional por ocasião do nascimento. Quanto maior o número de prematuros anteriores e menor a idade gestacional no parto, maior o risco<sup>3</sup>. Para a gestante com feto único e antecedente de prematuridade espontânea, o uso da progesterona deve ser iniciado na 16ª semana e mantido até a 36ª semana. Recomendamos a progesterona natural pela via vaginal, na dosagem de 200 mg/dia. Com isso, reduz-se a recorrência da prematuridade em cerca de 50% dos casos (nível de evidência I A)<sup>3-5</sup>.

O colo uterino curto está presente em apenas 2 a 3% das gestantes. O comprimento do colo deve ser medido pela ultrassonografia transvaginal durante o segundo trimestre em todas as gestantes. Alguns autores consideram o colo curto quando este mede menos de 20 mm, e outros consideram a medida menor que 25 mm. Quanto menor o comprimento, maior o risco de parto pré-termo. Após a constatação da presença de colo curto em gestantes assintomáticas com feto único, deve-se utilizar a progesterona natural pela via vaginal (200 mg/dia) até a 36ª semana. Com tal medida, é possível reduzir a prematuridade em aproximadamente 40% dos casos (nível de evidência I A)<sup>3,6,7</sup>. Apesar do sucesso da progesterona na prevenção da prematuridade diante no antecedente de prematuridade espontânea e do colo curto, os estudos até o momento não incluíram casos suficientes para demonstrar redução da maioria das complicações neonatais.

No caso de antecedente de perda fetal por repetição de segundo trimestre ou partos pré-termo extremos devidos à incompetência cervical, o tratamento de escolha é a circlagem cervical (nível de evidência I B). No entanto, a presença de colo uterino curto em gestante sem antecedente obstétrico sugestivo de incompetência não leva à indicação de circlagem cervical. Em recente revisão sistemática, na qual se comparou indiretamente o uso da progesterona vaginal com a circlagem do colo uterino em gestação única, com antecedente de parto pré-termo, observou-se que ambas as intervenções reduziram a incidência de prematuridade, mas sem diferença significativa entre os dois grupos<sup>8</sup>. Dessa maneira, parece óbvio optar pela progesterona nesses casos, porque está isenta dos riscos que normalmente acompanham o procedimento cirúrgico da circlagem.

Outro recurso que vem sendo gradativamente introduzido na prática clínica é o uso do pessário cervical no colo uterino curto e em gestações únicas. Entretanto, há apenas dois estudos randomizados e controlados que verificaram sua utilidade para evitar a prematuridade. O primeiro deles demonstrou que, no grupo pessário (n=192), houve diminuição significativa da prematuridade quando comparado ao grupo que não o utilizou (n=193)<sup>9</sup>. O segundo estudo, embora com casuística menor, não demonstrou diferenças quanto à prematuridade entre o grupo pessário (n=55) e o grupo controle (n=53)<sup>10</sup>. Com apenas dois estudos que revelaram resultados contrários, nada pode ser concluído sobre o papel do pessário na prevenção da prematuridade.

Até o presente momento, não existe intervenção que reduza a chance de prematuridade na gestação gemelar. O uso da progesterona, a circlagem ou o pessário não se mostraram úteis para a prevenção<sup>3,11</sup>. Recentemente, avaliou-se o uso da progesterona natural em gestações gemelares diamnióticas e dicoriônicas, com o dobro da dose habitualmente utilizada na gestação única (400 mg/dia). Os resultados não foram melhores do que com o uso do placebo<sup>12</sup>.

O uso de uterolíticos para inibir as contrações uterinas faz parte da prevenção terciária, em que são realizadas intervenções que reduzem as complicações neonatais depois do início do trabalho de parto prematuro. Tais complicações podem ser minimizadas por meio da corticoterapia antenatal, da antibioticoterapia profilática para o estreptococo do grupo B e da neuroproteção com o sulfato de magnésio. No entanto, a tocolise apenas adia o nascimento por alguns dias, o que é útil para a realização das intervenções citadas anteriormente, mas não evita o nascimento prematuro.

Em suma, pode-se afirmar que é necessário adquirir novos conhecimentos sobre a etiologia e a fisiopatologia do parto pré-termo. Devem-se considerar todas as gestações como sendo potencialmente de risco para a prematuridade. É preciso identificar e afastar os possíveis fatores de risco antes da gestação e oferecer um pré-natal o mais adequado possível, a fim de que se possa minimizar, ao máximo, as possibilidades do nascimento prematuro.

## Referências

1. Blencowe H, Cousens S, Oestergaard MZ, Chou D, Moller AB, Narwal R, et al. National, regional, and worldwide estimates of preterm birth rates in the year 2010 with time trends since 1990 for selected countries: a systematic analysis and implications. *Lancet*. 2012;379(9832):2162-72.

2. Zeitlin J, Szamotulska K, Drewniak N, Mohangoo AD, Chalmers J, Sakkeus L, et al. Preterm birth time trends in Europe: a study of 19 countries. *BJOG*. 2013;120(11):1356-65.
3. The American College of Obstetricians and Gynecologists. Practice bulletin no. 130: prediction and prevention of preterm birth. *Obstet Gynecol*. 2012;120(4):964-73.
4. da Fonseca EB, Bittar RE, Carvalho MH, Zugaib M. Prophylactic administration of progesterone by vaginal suppository to reduce the incidence of spontaneous preterm birth in women at increased risk: a randomized placebo-controlled double-blind study. *Am J Obstet Gynecol*. 2003;188(2):419-24.
5. Meis PJ, Klebanoff M, Thorn E, Drombrowski MP, Sibai B, Moawad AH, et al. Prevention of recurrent preterm delivery by 17 alpha-hydroxyprogesterone caproate. *N Engl J Med*. 2003;348(24):2379-85.
6. da Fonseca EB, Celik E, Parra M, Singh M, Nicolaides KH; Fetal Medicine Foundation Second Trimester Screening Group. Progesterone and the risk of preterm birth among women with a short cervix. *N Engl J Med*. 2007;357(5):462-9.
7. Romero R, Yeo L, Miranda J, Hassan SS, Conde-Agudelo A, Chaiworapongsa T. A blueprint for the prevention of preterm birth: vaginal progesterone in women with a short cervix. *J Perinat Med*. 2013;41(1):27-44.
8. Conde-Agudelo A, Romero R, Nicolaides K, Chaiworapongsa T, O'Brien JM, Cetingoz E, et al. Vaginal progesterone vs. cervical cerclage for the prevention of preterm birth in women with a sonographic short cervix, previous preterm birth, and singleton gestation: a systematic review and indirect comparison metaanalysis. *Am J Obstet Gynecol*. 2013;208(1):42.e1-42.e18.
9. Goya M, Pratcorona L, Merced C, Rodó C, Valle L, Romero A, et al. Cervical pessary in pregnant women with a short cervix (PECEP): an open-label randomised controlled trial. *Lancet*. 2012;379(9828):1800-6.
10. Hui SY, Chor CM, Lau TK, Lao TT, Leung TY. Cerclage pessary for preventing preterm birth in women with a singleton pregnancy and a short cervix at 20 to 24 weeks: a randomized controlled trial. *Am J Perinatol*. 2013;30(4):283-8.
11. Romero R. Progesterone to prevent preterm birth in twin gestations: what is the next step forward? *BJOG*. 2013;120(1):1-4.
12. Serra V, Perales A, Meseguer J, Parrilla JJ, Lara C, Bellver J, et al. Increased doses of vaginal progesterone for the prevention of preterm birth in twin pregnancies: a randomised controlled double-blind multicentre trial. *BJOG*. 2012;120(1):50-7.