



PERFIL PERINATAL DOS RECÉM-NASCIDOS DO HOSPITAL ESCOLA DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS-RS

HAMAOU, Mohamad Hassan¹; HAMAOU, Fares Hassan²; STEFFEN, Mairam Santos³; MOTA, Denise Marques⁴; GRANZOTTO, José Aparecido⁵.

1 Acadêmico de Medicina UFPel - mudi_hamaou@hotmail.com

2 Acadêmico de Medicina UFPel – fareshamaoui@gmail.com

3 Acadêmica de Medicina UFPel - maisteffen@hotmail.com

4 Doutora – Professora Adjunta de Pediatria/UFPel - denisemota@gmail.com

5 Doutor - Professor Titular de Pediatria/UFPel - npc@fau.com.br

HOSPITAL ESCOLA DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS

1. INTRODUÇÃO

O coeficiente de mortalidade infantil é um dos mais importantes indicadores de saúde, universalmente utilizados para medir o nível de saúde de uma população e indiretamente sua qualidade de vida. Os dois componentes da mortalidade infantil são: a mortalidade neonatal (MNN), que inclui as mortes ocorridas nos primeiros 28 dias de vida e a mortalidade infantil tardia (MIT) ou pós-neonatal (MPN) referente ao período 29 dias até final do primeiro ano de vida. As mortes ocorridas no primeiro mês de vida estão relacionadas basicamente à atenção pré-natal, o que resulta em nascimentos de crianças prematuras e de baixo peso. As mortes ocorridas após o primeiro mês referem-se às causas infecciosas, principalmente às diarreias e infecção respiratória aguda refletindo a influência dos fatores ambientais (www.saude.rs.gov.br). O componente neonatal é mais significativo nas regiões onde os índices de mortalidade infantil são menores como na região sul do Brasil onde mortalidade neonatal (MNN) representa 67% da mortalidade infantil (Granzotto et al, Saraiva et al).

Conseqüentemente, quando se pensa em reduzir a mortalidade infantil à atenção deverá estar concentrada principalmente no controle da mortalidade neonatal.

A redução mais significativa na mortalidade neonatal tem sido observada em recém-nascidos (RN) prematuros e de muito baixo peso ao nascer (MBPN), ou seja, em recém-nascidos menores de 1.500g. Esta mudança se deve principalmente a introdução de novas tecnologias como a ventilação assistida, o uso de surfactante exógeno no controle da doença de membrana hialina, ao controle de infecções perinatais, e no manejo adequado da alimentação parenteral, entre outras (Diaz-Rossello et al).

Apesar destes avanços, a mortalidade neonatal precoce (primeira semana de vida) continua alta entre esses RN em nosso meio (Lindemann et al).

Uma das preocupações na saúde pública atualmente é o aumento dos nascimentos de RN prematuros e sua crescente importância como causa de mortalidade neonatal e infantil.

Algumas pesquisas mostram um aumento expressivo de nascimentos de prematuros, paralelamente ao aumento de partos operatórios em nosso país. Este fenômeno parece concentrar-se entre recém-nascidos prematuros com idades gestacionais entre 35 e 36

semanas de gestação, tanto em partos operatórios como em partos vaginais. Com estes dados devemos considerar como possíveis causas desta nova “epidemia” de prematuros, todas as formas de interrupção precoce da gravidez, incluindo não somente as cesarianas, mas também induções de parto (Barros et al). Portanto, conhecer os fatores envolvidos no nascimento de prematuro e baixo peso pode ser uma estratégia útil para implantação de condutas visando a redução da mortalidade neonatal.

Avaliar as condições perinatais relacionadas a todos os nascimentos com ênfase na idade gestacional, peso ao nascer, tipo de parto, condições de nascimento e atenção ao parto e ao recém-nascido. Identificar as variáveis maternas relacionadas à gestação como patologias mais freqüentes, tempo de ruptura de membranas antes do parto e tipo de parto.

2. METODOLOGIA

Trata-se de um estudo de coorte prospectivo, incluindo-se todos os recém-nascidos vivos com mais de 500g ou 20 semanas de gestação na maternidade do Hospital Escola (HE) da Universidade Federal de Pelotas (UFPel) no período de 1º de janeiro a 31 de dezembro de 2008.

O Hospital Escola da UFPel é um hospital universitário, com atendimento em nível terciário e serve como cenário de treinamento para os alunos da área da saúde, tanto da graduação como da pós-graduação.

O atendimento prestado ao paciente é totalmente financiado pelo Sistema Único de Saúde.

A coleta de dados foi realizada por acadêmicos do quinto e do sexto ano do curso médico, através do preenchimento de questionário pré-codificado, contendo as variáveis envolvidas com a binômia mãe-filho.

O estudo foi aprovado no Comitê de Ética e Pesquisa e os dados obtidos foram com consentimento dos familiares.

O RN teve seu peso aferido através de balança eletrônica Soehnie 8300 com precisão de 10g e o comprimento pelo estadiômetro portátil com precisão de 1 mm e o perímetro cefálico e torácico por fita métrica inelástica com precisão de 1mm.

Para o cálculo da idade gestacional pelo exame clínico foi utilizado o método proposto por Capurro e cols.

A entrada dos dados foi realizada com o software Epi-info 6.04 e o processo de consistência e criação de variáveis foi conduzido pelo SPSS 8.0. A análise estatística para os valores de p foi realizada através do teste qui quadrado (X^2) para heterogeneidade através do programa Epi-info 6.04 com significância em nível de 95%.

3. RESULTADOS

Nasceram 866 crianças entre 1º de janeiro a 31 de dezembro de 2008 na maternidade do Hospital Escola da UFPel.

Dos nascidos vivos que ingressaram na coorte, 49,8% eram do sexo masculino, 18,1% prematuros (menos de 37 semanas) e 15,8% de baixo peso ao nascer (menos de 2.500g), 15,8% apresentaram algum tipo de asfixia neonatal traduzida pelo índice de Apgar no 1º minuto menor de 7. O índice de parto operatório foi de 53,1%.

Observa-se na tabela 1 que a idade gestacional dos RN pela Data da Última Menstruação (DUM), demonstraram um predomínio de nascimentos entre 37 e 40 semanas de gestação com índices de 81,5%.

Em relação a prematuridade houve um aumento quando comparado aos dados referentes ao ano de 2006, atingindo valores de 18,1%. A análise do peso de nascimento das crianças estudadas mostra que a maioria dos RN, 63% pesou 3000g ou mais. Entretanto, 15,8% dos RN

apresentavam um peso inferior à 2500g no momento do nascimento, sendo, portanto, considerado Baixo Peso ao Nascer (BPN) e 3,1% pesaram menos de 1.500g considerados, portanto, prematuros de muito baixo peso ao nascer (MBPN). Em pesquisas anteriores onde se relacionou a população total de RN da cidade o índice de baixo peso ao nascer se mostrou maior bem como o índice de prematuridade.

Quanto às condições de nascimento, pelo escore de Apgar, mostra que tanto no primeiro como no quinto minuto de vida, a grande maioria dos RN (84,2-98,5%) obteve um escore entre 7 e 10.

Tabela 1 – Características perinatais , HE/UFPEI, 2008 (n=866)

VARIÁVEIS	%	
Peso de Nascimento (gramas)		
<1000	0,9#	
1000 –1499	2,3#	
1500 – 1999	3,8#	
2000 – 2499	8,8#	
2500 – 2999	21,2	
3000-3499	34,7	
3500-3999	22,9	
> = 4000	5,4	
Idade Gestacional (semanas) DUM		
< 37	18,1 *	
37-42	81,5	
> 42	0,4%	
0 --- 3	5,5-----04	
4 --- 6	10,3-----1,1	
7 --- 10	84,2-----98,5	
Condições de nascimento (Apgar)		
	1º min	2º min
0 --- 3	5,5	0,4
4 --- 6	10,3	1,1
7 --- 10	84,2	98,2
Idade materna (anos)		
< = 19	23,0	
20-29	49,0	
30-39	24,0	
= >40	4,0	

* Prematuros (18,1%)

Baixo Peso ao Nascer (15,8%)

4. DISCUSSÃO

Como sabemos a mortalidade infantil é infinitamente maior no grupo de recém-nascidos prematuros e de baixo peso o nascer. Em nosso estudo notamos que os índices de prematuridade e baixo peso ao nascer aumentaram em relação ao ano anterior, onde em 2007 foram respectivamente de 11,6 e 12%. Quando pensamos na redução da mortalidade infantil devemos nos preocupar principalmente na parte neonatal visto que a grande parcela da mortalidade infantil é decorrente da mortalidade neonatal. Como se trata de uma instituição que atende pacientes de risco, a porcentagem de mães consideradas adolescentes é compatível com a maioria dos estudos apresentados na literatura. Em relação às condições de nascimento

notamos que no 1º minuto de vida 15.8% dos RN necessitam de alguma intervenção médica porque apresentam algum tipo de asfixia.

5. CONCLUSÃO

Em se tratando de um serviço que presta atendimento a população de risco, nossos esforços devem ser direcionados em disponibilizar tecnologias de ponta para obter resultados compatíveis com a necessidade de nossa população.

6. REFERENCIAS

- 1) Saraiva JR et al. A queda da mortalidade infantil no Rio Grande do Sul. Boletim Epidemiológico/RS 2006; v 8, 1-2.
- 2) Diaz-Rossello JD, Harward PE, Martell M, Barco MD, Granzotto J et al. Hyaline membrana disease (HMD) therapy in Latin America: impact of exogenous surfactante administration on newborn survival, morbidity an use of resources. J.Perinat Med 1997; 25:280-7
- 3) Barros FC, Diaz-Rossello. Redes multicêntricas e a qualidade da atenção neonatal. J Pediatr (Rio J) 2004; 80 (4): 254-5
- 4) Redução da mortalidade infantil neonatal no Rio Grande do Sul 2003 a 2006: Análise da queda dos coeficientes. www.saude.rs.gov.br
- 5) Lindemann FL. Análise das variáveis perinatais relacionadas aos recém-nascidos da unidade de Terapia Intensiva Neonatal do Hospital Escola da Universidade Federal de Pelotas- 2006. Pelotas,2006. 83p. Monografia-Universidade Federal de Pelotas.
- 6) Granzotto JÁ, Fonseca SS, Bento AV, Ferrelli RS. Perfil perinatal dos recém-nascidos de um hospital universitário da região Sul do Brasil. Revista da AMRIGS 2008;52(3):192-6