



Artigo Original

PERFIL DOS NEONATOS COM DESCONFORTO RESPIRATÓRIO INTERNADOS EM UM HOSPITAL PÚBLICO DO INTERIOR DA BAHIA

PROFILE OF NEONATES WITH RESPIRATORY DISTRESS HOSPITALIZED IN A PUBLIC HOSPITAL OF THE INTERIOR OF BAHIA

Resumo

Venício Almeida Barbosa¹
Rodrigo Santos de Queiroz²

¹ Pontifícia Universidade Católica de
Campinas – PUCC
Campinas – São Paulo – Brasil

² Universidade Estadual do Sudoeste
da Bahia - UESB
Jequié – Bahia – Brasil

E-mail:
venicioalmeidasa@gmail.com

O presente estudo teve como objetivo traçar o perfil dos neonatos com desconforto respiratório, avaliando procedência geográfica, sexo, perfil materno gestacional e obstétrico. Métodos: Trata-se de um estudo descritivo com delineamento transversal e abordagem quantitativa. A coleta de dados foi realizada através da investigação em prontuários médicos e por meio de uma entrevista com as genitoras. Resultados: A população foi composta 72 indivíduos com 37 do sexo feminino, e 45 provenientes de outras cidades. Quanto ao perfil materno gestacional: 58,3% situavam-se entre 20 a 34 anos; 52,8% eram multiparas, 44,4% possuíam renda familiar menor que um salário mínimo, mesmo valor encontrado para os que estudaram entre a 5ª e 8ª série do ensino fundamental, 90,3% teve gravidez única, 20,9% tinham fatores de risco associados e 76,6% realizaram menos que sete consultas pré-natais. Quanto ao perfil obstétrico: 55,6% tiveram parto cesário, 58,3% eram pré-termo, 43,1% de baixo peso, 35% tiveram alguma intercorrência durante o parto e 36,1% alguma alteração em outro sistema. Conclusão: Conclui-se que a maioria da população em estudo possui algumas características que compõem uma gravidez de risco e neonatos do sexo feminino, nascidos de cesariana, prematuros e de baixo peso nascer.

Palavras-chave: perfil epidemiológico; pacientes internados; neonato.

Abstract

This study aimed to draw the profile of newborns with respiratory distress, assessing geographical origin, sex, maternal gestational and obstetric profile. Methods: This was a descriptive cross-sectional study with a quantitative approach. Data collection was performed by medical research and through an interview with the mothers. Results: The study population was composed by 72 individuals with 37 females and 45 from other cities. The maternal gestational profile: 58.3% were between 20 and 34 years, 52.8% were multiparous, 44.4% had incomes below the minimum wage, the same value was also found for those who studied between the 5th and 8th grade of elementary school, 90.3% had just one pregnancy, 20.9% had risk factors and 76.6% had less than seven prenatal consultations. The obstetric profile: 55.6% had cesarean delivery, 58.3% were preterm, 43.1% underweight, 35% had some complications during delivery and 36.1% some change in another system. Conclusion: We concluded that most of the study

population has some characteristics that make a high-risk pregnancy and newborn female, born by cesarean section, premature and with low birth weight.

Key words: epidemiological profile; inpatients; neonate.

Introdução

O baixo Índice de Desenvolvimento Humano (IDH)¹ e a desinformação sobre condições de saúde se mostram presentes no Nordeste, região esta responsável por 32,43% dos óbitos infantis menores de um ano de todo o Brasil. Segundo o ministério da saúde o índice de mortalidade neonatal precoce e tardia atinge 16,1 e 3,9 respectivamente, a cada 1000 nascidos vivos nesta região, valores esses acima da média nacional no ano de 2008².

Um estudo realizado em um hospital de referência na região Nordeste sobre mortalidade neonatal revelou que praticamente metade dos óbitos infantis acontecia nesse período, desses, 31% eram passíveis de redução caso houvesse um diagnóstico ou tratamento precoce. Segundo o autor estes dados mostram que nessa região os problemas estão presentes no acesso aos serviços de saúde, cobertura e/ou na qualidade da assistência prestada, tal situação presente devido o baixo investimento em recursos para a saúde³.

Conforme dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE)⁴ na Bahia, o maior estado da região Nordeste, o gasto público anual per capita é menor do que a média regional (313,31 reais), chegando a somente 304,36 reais.

Com recursos tão escassos a investigação diagnóstica se torna prejudicada, principalmente quando não se dispõe de recursos tecnológicos para exames complementares, sendo necessária uma análise consistente e de baixo custo, valorizando assim o que o tempo, a própria tecnologia e a prática clínica celeres banalizou e deixou na penúria, à clínica do paciente⁵.

A condição clínica pode fornecer dados imprescindíveis para uma boa avaliação, principalmente quando se diz a respeito do sistema respiratório que pode demonstrar através do desconforto manifestações inespecíficas e variáveis, que podem ser desencadeadas independentemente da sua causa, culminando muitas vezes em insuficiência respiratória aguda (IRpA)⁶.

Peculiaridades dos neonatos podem facilitar o desenvolvimento do desconforto respiratório, um parênquima pulmonar imaturo, função da musculatura respiratória menos desenvolvida, caixa torácica mais complacente, descoordenação toracoabdominal durante o sono e um sistema imunológico em formação, favorecem a fadiga precoce e o risco de infecções⁷⁻⁹.

Estudos que lidam com a realidade nordestina são escassos, o que valoriza bastante o levantamento do perfil desta população. As características dos indivíduos com desconforto respiratório podem auxiliar os profissionais de saúde a suspeitar quais indivíduos estão mais propensos a tal condição, além de gerar dados que podem subsidiar alternativas aos órgãos gestores e comunidade.

Desse modo, o presente estudo teve como objetivo traçar um perfil dos neonatos com desconforto respiratório internados em um hospital público no interior da Bahia, avaliando procedência geográfica, sexo, perfil materno gestacional e obstétrico.

Métodos

Trata-se de um estudo descritivo com delineamento transversal e abordagem quantitativa, realizado em um hospital público do interior da Bahia, Hospital Geral Prado Valadares (HGPV), referência para nascimento de neonatos no município de Jequié e microrregiões.

A coleta dos dados foi constituída de um censo no período de 20 de abril à 20 de setembro de 2009. Eram inclusos na pesquisa indivíduos menores que 28 dias de idade internados no berçário do HGPV e que apresentaram registrados no prontuário médico o quadro clínico de desconforto respiratório.

Foram excluídos todos aqueles com idade superior ou igual a 28 dias, ou os que tiveram menos de 28 dias mas não apresentaram o registro médico de desconforto respiratório ou não continham todos os dados avaliados pela pesquisa e ainda aqueles em que a genitora não concordasse em participar da pesquisa ou não fosse encontrada no recinto.

O instrumento de coleta foi elaborado com base no prontuário do referido Hospital. Sendo a coleta realizada todos os dias dentro do período de tempo pré-estabelecido das 7 às 19 horas.

No instrumento de coleta constava como variáveis categóricas a procedência geográfica e o sexo (*masculino ou feminino*); perfil materno-gestacional: idade (*<15; 15-19, 20-34; ≥35*); número de filhos (*primípara ou múltipara*); renda familiar (*menos de 1 salário mínimo, de 1 a 2 salários mínimos e de 2 a 5 salários mínimos*) com salário mínimo de valor vigente no ano de 2009; nível educacional (*não estudou, da 1ª a 4ª série do ensino fundamental, da 5ª a 8ª série do ensino fundamental, ensino médio (2º grau incompleto), ensino médio (2º grau completo)*); tipo de gravidez (*única ou múltipla*); fatores associados (*infecções maternas, pré-eclâmpsia, doenças crônicas, traumatismos*); consultas pré-natais (*< 7 ou ≥ 7*); perfil obstétrico dos neonatos: tipo de parto (*cesário ou normal*); idade gestacional (*≤ 37 semanas ou > 37 semanas*); (*<1.500 gramas, 1.500-2.500 gramas, 2.500-4.000 gramas, >4.000 gramas*); intercorrências no parto (*sim ou não*) e alterações em outros sistemas (*neuromuscular, parênquima pulmonar, problemas hematológicos e/ou SNC*).

Primeiramente o questionário foi aplicado a 10 indivíduos que não fizeram parte do estudo, para fins de ajuste e adequação. Após a adaptação do instrumento, foi realizada uma triagem dos neonatos nos prontuários médicos para seleção daqueles que se enquadravam aos critérios de inclusão. Esses tiveram suas genitoras submetidas a uma entrevista estruturada para coleta de informações referentes ao perfil materno-gestacional, e logo em seguida todas as outras variáveis como: procedência geográfica, sexo, perfil obstétrico, foram coletadas a partir da análise do prontuário médico.

Após a coleta os dados foram transcritos no programa Epi Info[®] versão 3.5.1, sendo realizada a tabulação e análise mediante estatística descritiva, com frequência absoluta e relativa.

A pesquisa foi iniciada somente após aprovação no Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia (UESB), protocolo 032/2009. Todos os voluntários responsáveis pelos pacientes foram esclarecidos sobre a mesma e assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE), respeitando os preceitos éticos constantes na resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde.

Resultados

Nesse período foram encontrados 77 neonatos com o registro de desconforto respiratório no prontuário médico, dos quais 5 indivíduos não tiveram a sua genitora encontrada no recinto e/ou continham dados insuficientes no prontuário, compondo a população apenas 72 indivíduos. Destes constituintes pouco mais da metade era do sexo feminino (n = 37) e maioria (n = 45) era proveniente de outras cidades da região.

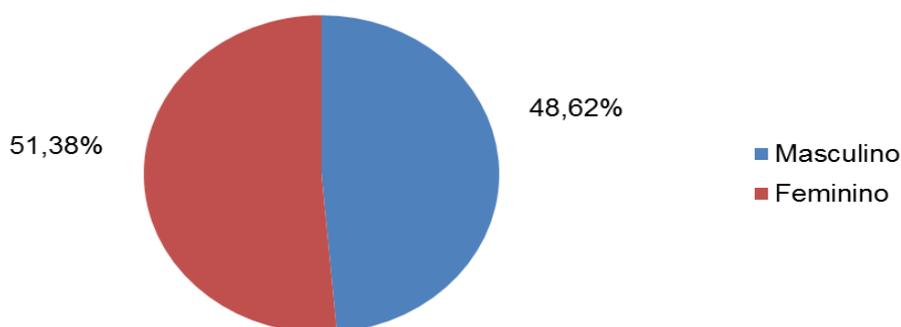


Gráfico 1 - Número de neonatos com desconforto respiratório de acordo com o sexo. Jequié/BA.2009.

Tabela 1 - Distribuição por município de origem dos neonatos com desconforto respiratório. Jequié/BA. 2009.

Variável	N	%
Cidade de origem		
Apuarema	3	4,2
Barra do Rocha	2	2,8
Cravolândia	5	6,9
Ipiaú	15	20,8
Jaguaquara	3	4,2
Jequié	27	37,5
Manoel Vitorino	3	4,2
Santa Inês	2	2,8
Outros	12	16,6

Na tabela 2 está descrito o perfil materno-gestacional. Em relação à idade 58,3% situavam-se na faixa de 20 a 34 anos, seguido por indivíduos com 15 a 19 anos (32%). A maioria das genitoras eram multíparas, com um total de 52,8%. Totalizaram 44,4% os indivíduos que possuíam uma renda familiar menor que um salário mínimo, a mesma porcentagem verificada para os que estudaram entre a 5ª e 8ª série do ensino fundamental. O tipo de gravidez predominante foi única chegando a 90,3%. Os fatores de risco durante a gestação se manifestaram em 20,9%, sendo que desses uma pequena maioria possuía pré-eclâmpsia. Quanto ao número de consultas pré-natal 76,6% realizaram menos do que sete consultas.

Tabela 2 – Distribuição das variáveis do perfil materno gestacional dos neonatos com desconforto respiratório. Jequié/BA. 2009

Variável	N	%
Idade (anos)		
< 15	1	1,4
15 – 19	23	32
20 – 34	42	58,3
≥ 35	6	8,3
Número de filhos		
Primípara	34	47,2
Multípara	38	52,8
Renda Familiar		
Menos de um salário mínimo	32	44,4
1 salário mínimo	23	31,9
De 1 a 2 salários mínimos	13	18,1
De 2 a 5 salários mínimos	4	5,6
Nível educacional		
Não estudou	8	11,1
Da 1ª a 4ª série do ensino fundamental	14	19,4
Da 5ª a 8ª série do ensino fundamental	32	44,4
Ensino médio (2º grau) incompleto	7	9,7
Ensino médio (2º grau) completo	11	15,3

A tabela 3 apresenta variáveis referentes ao perfil obstétrico dos neonatos com desconforto respiratório, onde 55,6% foram nascidos de parto cesário e 58,3% eram pré-termo. A maioria tinha peso abaixo de 2.500 gramas ao nascer, sendo 43,1% de baixo peso (1.500 – 2.500 gramas) e 15,3% com muito baixo peso (<1500 gramas). 35% tiveram alguma intercorrência durante o parto. Finalizando, 36,1% dos neonatos tiveram alguma alteração em outro sistema, destacando as de origem de parênquima pulmonar (23,6%).

Tabela 3 - Distribuição das variáveis do perfil obstétrico dos neonatos com desconforto respiratório. Jequié/BA. 2009.

Variável	N	%
Tipo de parto		
Normal	32	44,4
Cesário	40	55,6
Idade Gestacional (semanas)		
≤ 37	42	58,3
>37	30	41,7
Peso ao nascer (gramas)		
<1.500	11	15,3
1.500-2.500	31	43,1
2.500-4.000	25	34,7
>4.000	5	6,9
Intercorrência no parto		
Sim	25	35
Não	47	65
Alterações em outros sistemas		
Neuromusculares	5	6,9
Parênquima pulmonar	17	23,6
Problemas hematológicos	1	1,4
SNC	3	4,2
Total	26	36,1

Discussão

Não houve uma discrepância acentuada entre o sexo dos neonatos apesar da predominância do sexo feminino, diferentemente de outros estudos que revelam maior incidência no sexo masculino devido a imaturidade pulmonar^{7,10}. Embora este estudo não tenha realizado a correlação entre o desconforto respiratório e o sexo o estudo de Dani et al.¹¹ verificou essa correlação com o sexo masculino.

A maioria da população atendida no período de coleta proveniente de outros municípios da região mostra o HGPV como referência regional, não sendo encontrado nenhum estudo semelhante para comparação dessa variável.

Apesar da escassez de estudos com essa população observamos no perfil materno gestacional que a maioria se situa na idade gestacional ideal (20 a 34 anos) preconizada pelo Ministério da Saúde¹², todavia mães adolescentes (15 a 19 anos) se apresentavam em bom número, concordando com um estudo que avaliou as características maternas no período de um ano em uma cidade

da região nordeste³. Fator esse que pode contribuir com o baixo peso ao nascer e a prematuridade, como mostra a Organização Panamericana de Saúde (OPS) (1992)¹³ e outros estudos^{14,15}.

Nota-se que as mães possuem características contribuintes para uma gravidez de risco como o baixo nível socioeconômico, que logicamente pode refletir o perfil cultural ligado aos cuidados de saúde, principalmente o grau de instrução, que de acordo com Zambonato et al.¹⁶ está intimamente ligado ao risco de nascimentos de crianças pequenas para a idade gestacional e propensas a disfunções orgânicas, juntamente a fatores de risco gestacionais como a pré-eclâmpsia.

Apenas uma pequena proporção das gestantes realizou o número de consultas pré-natais preconizado pelo Ministério da Saúde¹² (>7), se mostrando abaixo do índice encontrado no referido estado em 2006 (35,3%), o que pode interferir tanto no acompanhamento gestacional com o diagnóstico precoce de condições mórbidas, quanto no período perinatal, complicações puerperais e até mesmo a mortalidade¹⁷. Embora não se tenha realizado a associação entre o número de consultas pré-natal realizadas e a condição econômica, Osis, et al.¹⁸ verificaram que mulheres com nível de escolaridade acima do primeiro grau realizavam as consultas em maior número.

Entretanto, foi observado por um estudo em uma capital do Norte brasileiro, que a inadequação do uso da assistência pré-natal está intimamente associada a mulheres com baixa escolaridade e renda familiar¹⁹.

A observação de fatores característicos para uma gravidez de risco deve ser feita considerando as associações possivelmente existentes, uma vez que apenas um fator pode não ser capaz de desencadear alterações significativas, mas a associação dessas condições torna os indivíduos mais propensos a morbimortalidade^{20, 21}.

As características da população pesquisada, composta por neonatos nascidos de partos cesarianos, prematuros, com baixo ou muito baixo peso ao nascer, predispõe a imaturidade imunológica e pulmonar, esta última freqüentemente encontrada em pacientes gravemente enfermos em unidade de terapia intensiva²², dentre outras alterações orgânicas^{17,23,24}, o que possivelmente poderia explicar as alterações de origem pulmonar, apesar desse estudo não ter utilizado uma estatística inferencial para esse tipo de análise.

Contudo, deve ser mencionado ainda que a cidade de Jequié – BA é uma cidade do interior com baixo poder aquisitivo e com um índice de pobreza atingindo 48,95%, diferentemente de cidades de outras regiões, mas com mesmo porte populacional⁴. Soma-se a isso a realização da pesquisa em um hospital público, o que possivelmente pode influenciar na qualidade da assistência como mostra o número de intercorrências no parto²⁰.

Não se deve desconsiderar, apesar das situações loco – regionais, que as características maternas e obstétricas envolvem diversos fatores risco, entretanto há uma escassez de estudos com a realidade nordestina. Assim, pesquisas nesta região que utilizem um período maior de coleta e uma estatística inferencial são necessárias.

Infelizmente o pequeno número de indivíduos devido o curto período de coleta e a inviabilidade por questões éticas para a realização de um estudo

retrospectivo impediram a realização de uma pesquisa com um número populacional maior.

Conclusão

Através desse levantamento conclui-se que a população do estudo possui algumas características que compõem uma gravidez de risco com a maioria de genitoras possuindo baixo nível socioeconômico, sendo procedentes de outros municípios da região, com um número de consultas pré-natais abaixo do preconizado e neonatos do sexo feminino, nascidos de cesariana, prematuros e de baixo peso nascer.

Colaboradores

Venício Almeida: Concepção e projeto, análise e interpretação dos dados. Redação do artigo. Rodrigo Santos de Queiroz: Revisão crítica relevante do conteúdo intelectual. Aprovação final da versão a ser publicada.

Referências

1. Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento. Desenvolvimento Humano e IDH. [Citado 2009 Nov 23]. Disponível em: <http://www.pnud.org.br/idh/#>.
2. Rede Interagencial de Informação para Saúde. Indicadores e Dados Básicos para Saúde no Brasil. [Citado 2009 Nov 25] Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/idb2008/matriz.htm>.
3. Vidal SA, Frias PG, Barreto FMP, Vanderlei LCM, Felisberto E. Óbitos infantis evitáveis em hospital de referência estadual do Nordeste brasileiro. Rev. Bras. Saúde Matern. Infant. 2003; 3(3): 281-289.
4. Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e estatística. Cidades. [Citado 2009 Mar 16] Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/>.
5. Kloetzel K. Usos e abusos de exame complementar. Rev. Diagnóstico & Tratamento 2001; 6(4): 19-27.
6. Pádua AI, Alvares F, Martines JAB. Insuficiência respiratória. Med R. Preto. 2003; 36: 205-213.
7. Ferreira CEC. Mortalidade infantil e desigualdade social em São Paulo. [Tese]. [São Paulo]. Faculdade de Saúde Pública/Universidade de São Paulo; 1990. 114 p.
8. Mello RR, Dutra MVP, Ramos JR, Daltro P, Boechat M, Lopes JMA. Neonatal risk factors for respiratory morbidity during the first year of life among premature infants. Sao Paulo Med. J. 2006; 124(12): 77-84.
9. Pickerd N, Kotecha S. Pathophysiology of respiratory distress syndrome. Symposium: Neonatology. 2009; 19 (4): 153 – 157.
10. Fernandes GL, Torloni MR, Klimke D, Hisaba WJ, Stivaletti J, Sancovski M, et al . Contagem de corpos lamelares versus teste de Clements na avaliação da maturidade pulmonar fetal em gestantes diabéticas. Rev. Bras Ginecol Obstet. 2006; 28(8): 460-466.
11. Dani C. Risk factors for the development of respiratory distress syndrome and transient tachypnoea in newborn infants. Eur Respir J 1999; 14 (1): 155 - 159.

12. Ministério da Saúde. Pré-natal e Puerpério: atenção qualificada e humanizada -manual técnico. Brasília: Ministério da Saúde; 2006.
13. Organização Panamericana de Saúde. Salud reproductiva en las Américas. Geneva: Organización Panamericana de Saúde; 1992.
14. Gama SGN, Szwarcwald CL, Leal MC, Filha MMT. Gravidez na adolescência como fator de risco para baixo peso ao nascer no Município do Rio de Janeiro, 1996 a 1998. Rev. Saúde Pública. 2001; 35(1): 74-80.
15. Oliveira MW. Gravidez na adolescência: Dimensões do problema. Cad. CEDES. 1998; 45(19): 48-70.
16. Zambonato AMK, Pinheiro RT, Horta BL, Tomasi E. Fatores de risco para nascimento de crianças pequenas para idade gestacional. Rev Saúde Pública. 2004; 38(1): 24-29.
17. Silva CF, Leite AJM, Almeida NMGS. Fatores de risco para mortalidade infantil em município do Nordeste do Brasil: linkage entre bancos de dados de nascidos vivos e óbitos infantis - 2000 a 2002. Rev. bras. epidemiol. 2006; 9(1): 69-80.
18. Osis MJD, Hardy E, Faúndes A, Alves G. Fatores associados à assistência pré-natal entre mulheres de baixa renda no Estado de São Paulo, Brasil. Rev. Saúde. 1993; 27(1): 49-53.
19. Coimbra LC, Silva AAM, Mochel EG, Alves MTSSB, Ribeiro VS, Aragão VMF, et al. Fatores associados à inadequação do uso da assistência pré-natal. Rev Saúde Pública. 2003; 37(4): 456 – 462.
20. Neto OLM, Barros MBA. Fatores de risco para mortalidade neonatal e pós-neonatal na Região Centro-Oeste do Brasil: linkage entre bancos de dados de nascidos vivos e óbitos infantis. Cad. Saúde Pública. 2000; 16(2): 477 – 485.
21. Almeida PAM, Junior CC, Siqueira AAF, Schor N, Giron SG, Tanaka ACA. Identificação e avaliação dos fatores clínicos da gestação de alto risco. Rev. Saúde. 1975; 9(1): 417-425.
22. Ribeiro AP, Barros CB, Bettin DC, Piper EM, Santos GL, Fernandes GS, et al. Atuação da fisioterapia sobre o tempo de internação dos neonatos pré-termo acometidos por distúrbios respiratórios na UTI neonatal do Hospital Universitário São Francisco de Paula. Rev. de Saúde da UCPEL. 2007; 1(1): 54-59.
23. Lui K, Mohamed E, Latif A, Algood CL, Bajuk B, Oei J, et al. Improved Outcomes of Extremely Premature Outborn Infants: Effects of strategic changes in perinatal and retrieval services. Pediatrics. 2006; 118(5): 2076 – 2083.
24. Stoll BJ, Hansen N, Fanaroff AA, Wright LL, Carlo WA, Ehrenkranz RA, et al. Late-onset sepsis in very low birth weight neonates: The experience of the NICHD neonatal research network. Pediatrics. 2002; 110(2): 285 – 291

Endereço para correspondência

Rua: Prof. Ana Maria S. Adade, 711 – Parque das
Universidades
Campinas - SP.
CEP: 13086-130

Recebido em 06/06/2011

Aprovado em 16/10/2012