



UNIVERSIDADE FEDERAL DA FRONTEIRA SUL

CAMPUS DE PASSO FUNDO

CURSO DE MEDICINA

DANIELI PAOLA FERREIRA

PREVALÊNCIA DE INTERNAÇÕES EM PREMATUROS

PASSO FUNDO, RS

2019

DANIELI PAOLA FERREIRA

PREVALÊNCIA DE INTERNAÇÕES EM PREMATUROS

Trabalho de Conclusão de Curso de graduação
apresentado como requisito para obtenção do Título de
Médica pela Universidade Federal da Fronteira Sul.

Orientador: Prof. Dr. Gustavo Olszanski Acrani

Coo-Orientadora: Prof^ª. Giani Cioccarri

PASSO FUNDO, RS

2019

Ferreira, Danieli Paola

Prevalência de Doenças Respiratórias em Prematuros./ Danieli Paola Ferreira –2018.
f.

Orientador: Gustavo Olszanski Acrani.

Co-orientadora: Giani Ciocari.

Trabalho de conclusão de curso (graduação) -

Universidade Federal da Fronteira Sul, Curso de Medicina, Passo Fundo, RS, 2018.

1 Prevalência de Doenças Respiratórias em Prematuros. I. Acrani, Gustavo Olszanski, orient II.
Ciocari, Giani, co-orient. III.

Universidade Federal da Fronteira Sul. IV. Título.

Fonte: Elaborado pela autora

DANIELI PAOLA FERREIRA

**INTERNAÇÕES POR CAUSAS RESPIRATÓRIAS DE PACIENTES COM ATÉ 1 ANO DE
IDADE EM UM HOSPITAL TERCIÁRIO**

Trabalho de Conclusão de Curso de Graduação apresentado como requisito para obtenção do Título de Médica pela Universidade Federal da Fronteira Sul.

Orientador: Prof. Dr. Gustavo Olszanski Acrani

Esse Trabalho de Conclusão de Curso foi defendido e aprovado pela banca em: ____/____/____.

BANCA EXAMINADORA

Prof. Dr. Gustavo Olszanski Acrani

Prof. Md. Antônio Marcos de Almeida

Md. Alessandra Cristina Pereira dos Santos

RESUMO

Trata-se de um Trabalho de Conclusão de Curso (TCC) de Graduação, requisito parcial para obtenção do Grau de Bacharel em Medicina pela Universidade Federal da Fronteira Sul (UFFS), Campus Passo Fundo/RS, desenvolvido pela acadêmica Danieli Paola Ferreira, sob orientação do Professor Dr. Gustavo Olszanski Acrani e co-orientação da Me. Giani Cioccarri, cujo título do trabalho é “Internações por causas respiratórias de pacientes com até 1 ano de idade em um hospital terciário”. Este volume foi elaborado de acordo com as normas do Manual de Trabalhos Acadêmicos da UFFS, sendo composto por 3 capítulos. O primeiro é o projeto desenvolvido na disciplina de Pesquisa em Saúde, no quinto semestre do curso (2018/1). O segundo capítulo refere-se ao relatório de pesquisa sobre o andamento e coleta de dados, desenvolvido na disciplina de Trabalho de Conclusão de Curso I, no sexto semestre (2018/2). O terceiro capítulo engloba o artigo científico obtido com os resultados, discussões e conclusão do projeto em questão, desenvolvidos na disciplina de Trabalho de Conclusão de Curso II, no sétimo semestre (2019/1). O objetivo do presente estudo foi determinar o perfil de nascimentos e a causa de internações de crianças com até um ano de idade, que internaram no Hospital São Vicente de Paulo (HSVP), em Passo Fundo/RS.

Palavras-chave: Doenças respiratórias. Hospitalização. Neonatologia.

ABSTRACT

This is a Graduation Course Completion, partial to obtain a Bachelor's Degree in Medicine from the Federal University of the Southern Frontier (UFFS), at the Passo Fundo / RS campus, developed by the Danieli Paola Ferreira Academy, under the guidance of Professor Dr. Gustavo Olszanski Acrani and co-guidance of Me. Giani Ciocari, whose title of the work is "Hospitalizations for respiratory catheters of patients up to one year of age in a tertiary hospital." This volume was elaborated according to the norms of Manual of Academic Works of the UFFS, being composed by 3 chapters. The first is the project developed in the discipline of Health Research, in the fifth semester of the course (2018/1). The second refers to the research report on progress and data collection, based on the work of Completion of Course I in the sixth semester (2018/2). The third chapter encompasses the science article with the results, discussions and conclusion of the project in question, an elaborated paper, and a third semester of 2016. The present study was to determine the profile of births and a cause of hospitalization of children with age of hospitalization at Hospital São Vicente de Paulo (HSVP), in Passo Fundo / RS.

Keywords: Respiratory diseases. Hospitalization. Neonatology.

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	8
2 DESENVOLVIMENTO.....	10
2.1 PROJETO DE PESQUISA	10
2.1.1 RESUMO INFORMATIVO.....	10
2.1.2 TEMA	10
2.1.3 PROBLEMA	11
2.1.4 HIPÓTESE.....	11
2.1.5 OBJETIVO.....	11
2.1.6 JUSTIFICATIVA.....	12
2.1.7. REFERENCIAL TEÓRICO	13
2.1.8 METODOLOGIA.....	15
2.1.9 RECURSOS	18
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	18
APÊNDICE A – FICHA DE DADOS.....	21
APÊNDICE B - TERMO DE COMPROMISSO PARA USO DE DADOS EM ARQUIVO (TCUD)	22
APÊNDICE C - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)	23
APÊNDICE D – PARECER DE APROVAÇÃO DO PROJETO	25
3. RELATÓRIO DE PESQUISA	26
4. ARTIGO.....	27
INTRODUÇÃO	29
METODOLOGIA	30
RESULTADOS.....	31
DISCUSSÃO	32
CONCLUSÃO	34
AGRADECIMENTOS.....	35
REFERÊNCIAS.....	35
NORMAS DOS CADERNOS DE SAÚDE PÚBLICA – FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ – FIO CRUZ.....	38

1. INTRODUÇÃO

O número de nascimentos prematuros tem aumentando ao longo do tempo constituindo-se em um grave problema na área da Saúde da Criança, sendo classificado como a maior causa de mortalidade infantil no Brasil. De acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS), anualmente, nascem cerca de 15 milhões de prematuros em todo mundo. Entretanto, mais de um milhão desses bebês morrem logo após o nascimento, sendo que inúmeros outros sofrem de algum tipo de deficiência física, neurológica ou educacional ao longo da vida, gerando grande custo para as famílias e a sociedade. A prematuridade é responsável por quase metade das mortes de recém-nascidos em todo o mundo, sendo a segunda principal causa de morte em crianças menores de 5 anos, depois de pneumonia (GOLDBAUM, 1996).

Considerando-se que até as 36 semanas de gestação apenas a fase sacular do desenvolvimento pulmonar intrauterino está completa, o nascimento prematuro se associa a uma interrupção do padrão natural de desenvolvimento pulmonar, podendo resultar em alterações nas propriedades mecânicas dos pulmões e das vias aéreas. Uma alteração de função pulmonar já em idade precoce explicaria a alta morbimortalidade por doenças respiratórias nesta população durante o primeiro ano de vida e poderia, eventualmente, estar associada a alterações obstrutivas crônicas na vida adulta (GASPAR *et al* (2004).

O avanço da neonatologia nas últimas décadas trouxe grandes mudanças na assistência ao recém-nascido, promovendo aumento da sua sobrevivência. A instalação das Unidades de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN), o uso de corticoide antenatal e a terapia com surfactante no recém-nascido prematuro são avanços que muito contribuíram nesse sentido (FERRAZ *et al.*, 2010; RUGOLO, 2005). No entanto, alto risco para o surgimento de sequelas no desenvolvimento permanece presente naqueles bebês que nascem sob condições extremamente adversas (MELLO *et al.*, 2004; LAWN *et al.*, 2010).

A prematuridade tem sido associada à morbidade neonatal elevada, inclusive entre os pré-termos tardios, podendo chegar a ser até cinco vezes maior do que as morbidades de crianças nascidas a termo (KHASHU *et al.*, 2009). De fato, além de os prematuros apresentarem mais complicações ao nascimento, como a Síndrome do Desconforto Respiratório, Enterocolite Necrotizante, entre outras, a longo prazo estão mais propensos a sofrer de paralisia cerebral, retardo mental, esquizofrenia ou distúrbios psicológicos

(CLOHERTY *et al.*, 2010; ZANIN *et al.*, 2009; KLEINE *et al.*, 2007) e demandam mais reinternações hospitalares, especialmente por infecção do trato respiratório inferior. Estudos indicam que a infecção pelo vírus sincicial, por exemplo, é maior em recém-nascidos pré-termos em relação aos recém-nascidos (RNPT) a termos (RNT) (TEUNE *et al.*, 2011; MCGOWAN *et al.*, 2011).

Os bebês prematuros podem, especialmente no primeiro ano de vida, apresentar risco de maior demanda por reinternações hospitalares. Há evidências, inclusive, de maior incidência de sequelas neurológicas graves, como paralisia cerebral e de distúrbios e atrasos leves de desenvolvimento entre os sobreviventes impulsionando a realização de pesquisa e gerando necessidade de maiores informações sobre o desenvolvimento e a qualidade de vida destas crianças (CLOHERTY *et al.*, 2010; POTES *et al.*, 2010; DRYSDALE *et al.*, 2010).

Uma coorte conduzida por enfermeiras no Hospital Universitário do Norte do Paraná investigou a incidência e os fatores associados à reinternação em recém-nascidos de muito baixo peso ao nascer (RNMBP). As autoras obtiveram os dados em fichas de atendimento de um ambulatório e mantiveram contato telefônico com as mães até que as crianças completassem seis meses de vida. Observaram que grande parte dos bebês (30,2%) apresentaram reinternações pouco tempo após a alta hospitalar. O principal motivo para as reinternações foram por afecções respiratórias (56,3%). Notaram, também, que muitas crianças evoluíram para óbito (7,5%), a despeito dos esforços da equipe assistencial em preparar as famílias para a alta e para cuidados com o bebê (HAYAKAWA *et al.*, 2010).

A mortalidade infantil é um importante indicador social, sendo fator determinante de qualidade de vida em uma Nação. Nos últimos anos, o número de crianças que morre antes de completar 1 ano de vida está em constante declínio; isso se deve, entre outros fatores, às melhores condições de vida da população, à Estratégia de Saúde da Família, assim como aos avanços da Medicina.

Dentro da mortalidade infantil, a maior proporção de óbitos é verificada no primeiro ano de vida e, variáveis como a prematuridade, são determinantes nesse contexto. As afecções perinatais respondem, atualmente, por cerca de 60% das mortes infantis e 80% das mortes neonatais, além de ser a primeira causa de morte em menores de cinco anos. Nesse grupo de causas, destacam-se a prematuridade e suas complicações (como o desconforto respiratório do recém-nascido ou doença da membrana hialina) e a enterocolite necrotizante, as infecções inespecíficas do período perinatal e a asfixia como causas preveníveis de óbitos (SHIRMER, 2000).

2 DESENVOLVIMENTO

2.1 PROJETO DE PESQUISA

2.1.1 RESUMO INFORMATIVO

O objetivo desse estudo visa analisar a prevalência de internações em crianças de 0 a 1 ano de vida, prematuras, e compará-las a crianças a termo, no Hospital São Vicente de Paulo (HSVP), no município de Passo Fundo/RS.

Para a execução do estudo, as informações sobre internações hospitalares serão extraídas do banco de dados do HSVP, referentes ao período de primeiro de janeiro de 2016 a 31 de dezembro de 2017. Os dados serão obtidos mediante autorização do Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital/Município de Passo Fundo.

Com os resultados desse estudo, espera-se uma avaliação das causas de internação, bem como reconhecer as principais enfermidades que acometem as crianças de até 1 ano de vida. Dessa maneira, os profissionais da saúde poderão ampliar os seus conhecimentos para tratar as doenças mais prevalentes em crianças e atuarem de forma mais efetiva na prevenção das mesmas.

Os dados serão extraídos dos prontuários dos pacientes que buscaram o atendimento nesse período. Essas informações serão utilizadas para análise estatística de distribuição absoluta e relativa de frequências, bem como para análise da associação entre as variáveis. Espera-se no resultado desse estudo identificar a prevalência de internações no primeiro ano de vida de crianças, bem como, comparar a frequência de internações e complicações respiratórias em crianças prematuras e a termos, determinando os fatores associados aos agravos dessas doenças.

Palavras-chave: Doenças do prematuro. Doenças respiratórias.

2.1.2 TEMA

Prevalência de internações em prematuros no primeiro ano de vida.

2.1.3 PROBLEMA

Qual é a frequência de internação em crianças prematuras no primeiro ano de vida?

Quais são as doenças mais prevalentes que acarretam estas internações?

Qual a relação de prematuridade com o agravamento de doenças no primeiro ano de vida?

2.1.4 HIPÓTESE

Os bebês prematuros terão maior incidência de internações do que os nascidos a termo.

Será encontrada uma média de 400 internações para crianças nascidas a termo e 800 internações para crianças prematuras no primeiro ano de vida.

A frequência de reinternações em prematuros é maior do que em nascidos a termo.

As principais comorbidades respiratórias encontradas serão asma, pneumonia e bronquite aguda, ao passo que crise convulsiva, meningite e persistência do canal arterial também são frequentes.

Os fatores associados ao agravamento das doenças em prematuros serão baixo peso ao nascer, idade gestacional ao nascimento, tempo de internação neonatal, ventilação mecânica, APGAR, uso de surfactante pela mãe antes do parto.

2.1.5 OBJETIVO

2.1.5.1 OBJETIVO GERAL

Descrever as internações no primeiro ano de vida de crianças prematuras e de nascidos a termo.

2.1.5.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Determinar a prevalência de internações no primeiro ano de vida de crianças prematuras.

Comparar a frequência de internações e as complicações mais comuns no primeiro ano de vida, de crianças prematuras e de a termos.

Determinar os fatores associados ao agravo das doenças nos prematuros.

2.1.6 JUSTIFICATIVA

A prematuridade, especialmente no primeiro ano de vida, apresenta um risco aumentado na demanda por reinternações hospitalares. Sendo a mortalidade infantil um importante indicador social, é imprescindível que esse número esteja cada vez mais em declínio. Nos últimos anos é essa a realidade com que nos deparamos, no entanto, dentro da mortalidade infantil, a maior proporção de óbitos é verificada no primeiro ano de vida, com importante papel para a prematuridade.

As afecções perinatais respondem, atualmente, a 60% das mortes infantis e 80% das mortes neonatais, além de ser a causa número 1 de morte em menores de cinco anos de idade. Nesse grupo de causas, destacam-se a prematuridade e suas complicações (desconforto respiratório do recém-nascido ou doença da membrana hialina) e a enterocolite necrotizante, as infecções inespecíficas do período perinatal e a asfixia como causas preveníveis de óbitos.

Crianças nascidas prematuras têm risco aumentado de complicações decorrentes da assistência neonatal, incluindo doença pulmonar crônica, lesão cerebral severa, enterocolite necrotizante (ECN), e sepse neonatal (GRAY et al, 2007). As complicações associadas a crianças com muito baixo peso ao nascer (MBPN) incluem síndrome do desconforto respiratório (SDR), anóxia perinatal, distúrbio metabólico e infecção neonatal, sendo esta última a complicação mais frequente nas Unidades de Terapia Intensiva Neonatais (UTIN) (MALVEIRA et al, 2006). Outras condições incluem paralisia cerebral, deterioração intelectual, convulsões, cegueira e surdez (RODRIGUES, MELLO e FONSECA, 2006). Em uma fase mais avançada de sua vida, a criança nascida prematura tem risco aumentado de apresentar dificuldades sensório-motoras, dificuldades de aprendizagem e problemas comportamentais (GRAY et al, 2007).

Diante de tal realidade, é imprescindível que se tenha o conhecimento a cerca das doenças que mais causam reinternações hospitalares em crianças, especialmente em prematuros, visto o arsenal de complicações que a prematuridade pode causar à vida de uma criança.

2.1.7. REFERENCIAL TEÓRICO

Anualmente, são estimados que nasçam cerca de 15 milhões de recém-nascidos prematuros (RNPT) no mundo, o que representa mais de um em cada 10 nascimentos. O Brasil ocupa a décima posição entre os países onde mais nascem prematuros (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2015)

A partir da década de 60, houve considerável incremento de recursos tecnológicos somados à aplicação de novas técnicas nos cuidados neonatais, aumento do número de profissionais capacitados para o atendimento ao recém-nascido (RN) grave e criação de novas Unidades de Tratamento Intensivo Neonatal (UTIN). Os avanços no campo da medicina fetal, que trouxeram maiores conhecimentos da fisiologia da gravidez, do desenvolvimento fetal e de distúrbios relacionados ao concepto e à gestante, propiciaram um aumento da possibilidade de sobrevivência dos recém-nascidos de alto risco (PINHEIRO; VAZ, 2003).

Um recém-nascido de risco é definido a despeito de sua idade gestacional ou de seu peso ao nascer, sendo que esse bebê corre um risco maior que a média da população de morbidade e mortalidade. A Organização Mundial da Saúde (OMS, 1995) classifica como peso de nascimento adequado entre 3000 a 3999g, peso inadequado ou insuficiente entre 2500 e 2999g, baixo peso se inferior a 2500g, muito baixo peso (MBP) se inferior a 1500g, e muitíssimo baixo peso se inferior a 1000g (SILVA; VIEIRA, 2008).

A partir dos avanços tecnológicos nas Unidades de Terapia Intensiva Neonatais (UTINs), os recém-nascidos, em especial os prematuros, desenvolveram um aumento da sobrevivência e, conseqüentemente, um tempo prolongado dentro das Unidades, o que pode acarretar conseqüências no desenvolvimento e na qualidade de vida dos prematuros (CARDOSO; CHAVES; BEZERRA, 2010).

Dessa maneira, a humanização em uma UTI neonatal é ponto chave e deve conciliar tecnologia de ponta ao cuidado apurado, delicadeza, visando as melhores condições para a recuperação do recém nascido; o que irá minimizar os efeitos nocivos de uma hospitalização (NETO *et al.*; 2008). O SUS, pensando nisso, disponibiliza uma atenção humanizada ao recém-nascido (caso ele precise de internação) e a toda sua família para que possam participar dos cuidados com a criança e passar por esse período de forma mais tranquila (BRASIL, 2011)

Mesmo com a implementação do Método Canguru, a prematuridade é um grave problema de saúde pública, principalmente em países em desenvolvimento, por seu elevado índice de mortalidade infantil (KAKEHASHI; PINHEIRO; PIZZARRO, 2007). Então, além da atenção ao recém-nascido prematuro durante sua internação hospitalar, deve-se assegurar-lhes o cuidado pós alta (COSTA; MONTICELLI, 2006).

Segundo Rugolo (2005), o uso de ventilação mecânica, medicamentos e o aumento no tempo da hospitalização também são preditores de alterações no desenvolvimento a curto e longo prazo e podem acarretar ainda mais complicações de saúde, que podem resultar em pior prognóstico para esses bebês.

Caetano *et al.* (2002) consideraram que no Brasil, não obstante a diarreia ser ainda considerada problema de saúde pública importante e, em algumas regiões do país, permanecer como causa comum de internação e mortes infantis, reconheceram que os avanços alcançados em seu tratamento e a melhoria das condições sanitárias contribuíram na redução desta doença, cedendo lugar entretanto a outros tipos de infecção como as respiratórias, que contribuem atualmente como causa principal de consultas, hospitalização e óbitos de crianças com idade inferior a cinco anos.

Outros estudos demonstram que o nível socioeconômico baixo, condições ambientais inadequadas, interrupção precoce do aleitamento materno e exposição passiva ao fumo contribuem como fatores de risco principais envolvidos na ocorrência das doenças respiratórias agudas na infância (GOYA E FERRARI, 2005; MACEDO *et al.*, 2007).

Conforme descrito por Prietsch *et al.* (2006), o fogão à lenha ou o fogareiro, ao liberar fumaça no interior das residências, podem aumentar a morbidade respiratória das crianças e suas famílias, particularmente as de BPN. Em seu estudo, as crianças menores de cinco anos cujas mães utilizavam fogão à lenha para cozinhar apresentaram um risco de 2,7 vezes maior de apresentar sibilância recorrente.

As afecções respiratórias na criança em geral constituem um grupo heterogêneo de doenças associadas, onde nos primeiros anos de vida destacam-se as infecções virais. As infecções de vias aéreas superiores constituem causa frequente de atendimento em pronto-socorro pediátrico, sendo que em geral uma criança tem em média oito a dez quadros de infecções de vias aéreas superiores (IVAS) por ano (SIMON Jr *et al.*, 2009).

No estudo de Pinto (2010), as patologias mais frequentes nas consultas no PSF das crianças com BPN foram afecções respiratórias (65,91%), sendo que 14,69% tinham o diagnóstico de pneumonia e 51,22% eram outras afecções respiratórias como IVAS.

Mello *et al.* (2004) realizaram um estudo com o objetivo de verificar a incidência de morbidade respiratória no primeiro ano de vida de prematuros de muito baixo peso e observaram que mais de 50% das crianças acompanhadas apresentaram intercorrências respiratórias no curso do primeiro ano de vida, sendo elevada a incidência de pneumonia e de internação. Os autores ainda observaram que as crianças que usaram oxigênio por tempo prolongado (além de 28 dias de vida) apresentaram morbidade respiratória significativamente maior do que aquelas que não usaram oxigênio por um tempo prolongado.

Dentro da prematuridade, a principal preocupação dos profissionais da saúde é com os agravos de doenças respiratórias, por serem a causa mais frequente de internação em crianças pré-termo. Devido à imaturidade do pulmão e a produção insuficiente de surfactante pelo recém-nascido, há um comprometimento na respiração e na oxigenação dessas crianças, acarretando em mais internações ao longo da vida.

Outras comorbidades também afetam as crianças com muito baixo peso ao nascer, como a persistência do canal arterial que se fecha ao nascimento, mas no pré-termo não tem tempo para a finalização do desenvolvimento, podendo gerar uma descompensação cardíaca. Anemia e icterícia também são bastante comuns e esperadas como complicações num bebê prematuro. Além disso, o desenvolvimento neuropsicomotor também pode estar abalado com o nascimento apressado da criança. A antecipação do parto é um fator de risco para hemorragia intracraniana, por exemplo, que pode levar a isquemia cerebral e acarretar em atraso motor e mental da criança. (MONTEIRO, 2015).

Diante de tantas complicações que um bebê prematuro está sujeito, é imprescindível que se entenda quais são as doenças que mais acarretam complicações em crianças e estar atento para que as comorbidades não evoluam à óbito e, dessa forma, ser dado uma melhor qualidade de vida as crianças pré-termo.

2.1.8 METODOLOGIA

2.1.8.1 TIPO DE ESTUDO

Trata-se de um estudo quantitativo, do tipo observacional, transversal, descritivo e analítico.

2.1.8.2 LOCAL E PERÍODO DE REALIZAÇÃO

Essa pesquisa será realizada no município de Passo Fundo, RS, no período de 01 de agosto de 2018 até 30 de julho de 2019.

2.1.8.3 POPULAÇÃO E AMOSTRAGEM

A população de estudo consiste em crianças nascidas no Hospital São Vicente de Paulo (HSVP) e residentes no município de Passo Fundo/RS, que foram submetidos a internações no período de 1 ano após o nascimento. Estima-se um “n” de 1200 internações no período estudado.

A amostra não probabilística definida por conveniência será composta por todos os nascidos vivos no ano de 2016 no HSVP, e que foram submetidos a internações pelas seguintes comorbidades: displasia broncopulmonar, bronquiolite, dispneia, hemorragia pulmonar, IVAS (infecção das vias aéreas superiores), meningite. E deste modo, serão definidos dois grupos: pré-termos e a termos. Sendo classificados segundo a idade gestacional:

- Nascimento entre 37 e 38 semanas de gestação: prematuro limítrofe.
- Entre 31 e 36 semanas: prematuro moderado.
- Entre 24 e 30 semanas: prematuro extremo.

Critérios de exclusão: natimortos (quando o feto morre dentro do útero materno ou durante o trabalho de parto) e bebês residentes de outro município, que não seja Passo Fundo/RS.

2.1.8.4 VARIÁVEIS E INSTRUMENTOS DE COLETA DE DADOS

Será obtido uma relação através da base de dados do Hospital São Vicente de Paulo (HSVP) das crianças que atenderem o critério de inclusão. Após análise de prontuários, os dados serão coletados para uma ficha de transferência de dados. Em seguida, o sistema de prontuários eletrônicos do hospital será consultado para buscar estes pacientes e determinar a frequência de internações de prematuros nos anos de 2016 e 2017.

Variáveis a serem coletadas nos prontuários: número de atendimento, sexo, idade gestacional (semanas), peso ao nascer, idade ao procurar atendimento, motivo do atendimento, dias de permanência hospitalar, motivo da alta hospitalar, uso de corticoide pela mãe na gestação, uso de antibioticoterapia, medicamentos em uso e o motivo da prematuridade da criança.

2.1.8.5 LOGÍSTICA

Os dados serão coletados pela acadêmica, indo ao Departamento de Registro Médico do HSVP, uma vez por semana. Através do Programa TASY, os prontuários de 01 de janeiro de 2016 até 31 de dezembro de 2017 serão acessados e será feita a busca por meio do CID (Código Internacional de Doenças) para saber quais os motivos que trouxeram a criança a retornar ao HSVP, no período de até 1 ano após o nascimento. Os dados disponíveis no sistema serão transcritos para ficha de dados disponíveis no apêndice desse trabalho (apêndice A).

2.1.8.6 PROCESSAMENTO, CONTROLE DE QUALIDADE E ANÁLISE ESTATÍSTICA DOS DADOS

Os dados serão coletados em uma ficha de transcrição de dados (Apêndice A); após serão digitados duplamente em planilha eletrônica e exportados para o programa EPIDATA. A análise estatística descritiva consistirá de frequências absolutas e relativas avaliadas por meio de Qui-quadrado.

2.1.8.7 ASPECTOS ÉTICOS

Primeiramente, o projeto será submetido à aprovação pelo Hospital São Vicente de Paulo, no município de Passo Fundo/RS e, posteriormente, submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal da Fronteira Sul, através da Plataforma Brasil, conforme resolução nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde. A coleta iniciará após aprovação em ambos os órgãos.

A participação na pesquisa poderá causar o risco de quebra de sigilo de informações e identificação do paciente. Esse risco será minimizado, uma vez que o nome do paciente será convertido em um número, conforme a sequência da coleta de dados, sendo permitido apenas acesso a este número. Caso esse risco ocorra, o estudo será interrompido

Pela natureza do estudo, não haverá benefícios diretos ao considerar-se que não haverá um acompanhamento dos pacientes das quais os dados serão coletados. Porém, trará a comunidade o conhecimento de quais são as doenças mais prevalentes em bebês que nascem prematuros e, dessa forma, poderá ter-se um maior e melhor acompanhamento/tratamento em crianças que nascem fora da idade gestacional considerada ideal.

Os autores do presente estudo comprometem-se a manter sigilo dos dados coletados no banco de dados bem como a privacidade de seus conteúdos a partir do Termo de Compromisso para Uso de Dados em arquivo (TCUD) (Apêndice B).

2.1.9 RECURSOS

ESPECIFICAÇÃO	QUANTIDADE	VALOR UNITÁRIO (R\$)	VALOR TOTAL
Impressão/Encadernação	3	10,00	30,00
Canetas	Caixa com 10	20,00	20,00
Computador	1	1.900,00	1.900,00
Total			1950,00

*Os gastos orçamentários serão custeados pelo pesquisador.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Atenção humanizada ao recém-nascido de baixo peso: Método Canguru**. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – 2. ed. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2011.

CLOHERTY, JP; Eichenwald, EC; STARK, AR. **Manual de Neonatologia**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan;2010.

DRYSDALE, S.B. *et al.* **Lungfunction prior to viral lowerrespiratorytractinfections in prematurelyborninfants**. Cochrane DatabaseSyst Ver. 2010; 20(1).

FERRAZ, S.T. *et al.* **Relato de experiencia Programa de Follow-up de Recém nascidos de Alto Risco: Relato da Experiência de uma Equipe Interdisciplinar**. Ver. APS. 2010; 13(1):133 – 139.

GASPAR VLV, Lamounier JÁ, Cunha FM, Gaspar JC. **Fatores relacionados à hospitalização por injúrias em crianças e adolescentes**. J Pediatr (Rio K) 2004; 80:447-52.

GOLDBAUM, M. **Epidemiologia e serviços de saúde**. Cad. Saúde pública, Rio de Janeiro 1996; 12 (sipl.2):95-8).

GRAY, R. *et al.* **Self-Reported Health Status and Health-Related Quality of Life of Teenagers Who Were Born Before 29 Weeks' Gestational Age**. Pediatrics, [S.l.], v. 120, 2007.

HAYAKAWA, L.M. *et al.* **Reinternação de prematuros com muito baixo peso nascido** Esc Anna Nery Ver Enferm. 2010; 14(2): 324-329.

KHASHU, M. *et al.* **Perinatal outcomesassociatedwithpretermbirthat 33 to 36 weeksgestation: a population- Basedcohortstudy**. Pediatrics. 2009; 123(1): 109-113.

KLEINE, M.J. *et al.* **Outcomeof perinatal care for verypreterminfantsat 5 yearsof age: a comparisonbetweenand 1993**. PaediatrPerinatEpidemiol. 2007;21(1): 26-33.

LAWN, J.E.*et al.* GAPPS Review Group. **Global report on pretermbirthandstillbirth (1 of 7): definitions, description of the burden and opportunities to improve data**. BMC PregnancyChildbirth.

MALVEIRA, S. S. *et al.* **Recém-nascidos de muito baixo peso em um hospital de referência**. Rev. Para. Med. Belém, v. 20, n. 1, mar. 2006.

MCGOWAN, J.E. *et al.* **Early childhood development of late-preterm infants: a systematic review**. School of Nursing and Midwifery Medical Biology Centre. Pediatrics. 2011; 127(6): 1111-1124.

MELLO, R.R.; Dutra, M.V.P.; Lopes, J.M.A **Respiratory morbidity in the first year of life of preterm infants discharged from a neonatal intensive care unit**. J Pediatr. 2004; 8(6):503-510.

MONTEIRO, L. **Os problemas de saúde mais comuns em bebês pramturos**. Revista Bebê. [ONLINE], 2015.

POTES, T.B.; Inagaki, A.D.M. **Evolução do peso no primeiro ano de vida do recém-nascido pré-termo de baixo peso.** Nursing. 2010, 12(143): 180-184.

RODRIGUES, M. C. C. de; MELLO, R. R.; FONSECA, S. C.. **Dificuldade de aprendizagem em escolares de muito baixo peso ao nascer.** J. Pediatr. (Rio J.), Porto Alegre, v. 82, n. 1, jan./fev 2006.

RUGOLO, L.M.S,S. **Crescimento e desenvolvimento a longo prazo do prematuro externo.** J. Pediatr. 2005; 81:101-110.

SCHIRMER, J.; **Assistência ao parto: novas diretrizes governamentais.** Acta Paul Enf. São Paulo 2000; 13 (número especial, Parte I): 214-21.

TEUNE, M.J. *et al.* **A systematic review of severe morbidity in infants born late preterm.** American Journal of Obstetric Gynecology. 2011;205(4): 374e. 1-374e.9.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Preterm birth.** Factsheet N°363. Updated November 2015.

ZANINI, G.; N.F.; Peralles, S.N. **Paralisia Cerebral: causas e prevalências.** Fisioter Mov.2009; 22(3): 375-381.

APÊNDICE A – FICHA DE DADOS

Número de atendimento		
Sexo	Masculino ()	Feminino ()
Idade gestacional (semanas)		
Peso ao nascer		
Idade ao procurar atendimento		
Motivo do atendimento		
Dias de permanência hospitalar		
Motivo da alta hospitalar		
Uso de corticoide pela mãe na gestação		
Uso de antibioticoterapia	Sim () Qual? _____	Não ()
Medicamentos em uso contínuo		
Motivo da prematuridade		

APÊNDICE B - TERMO DE COMPROMISSO PARA USO DE DADOS EM ARQUIVO (TCUD)

PREVALÊNCIA DE INTERNAÇÕES EM PREMATUROS

O(s) pesquisador(es) do projeto acima identificado(s) assume(m) o compromisso de:

- I. Preservar a privacidade dos pacientes cujos dados serão coletados;
- II. Assegurar que as informações serão utilizadas única e exclusivamente para a execução do projeto em questão;
- III. Assegurar que as informações somente serão divulgadas de forma anônima, não sendo usadas iniciais ou quaisquer outras indicações que possam identificar o sujeito da pesquisa.

Passo Fundo, 03 de julho de 2018

Gustavo Olszanski Acrani

Danieli Paola Ferreira

Giani Cioccarì

**APÊNDICE C - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)
SOLICITAÇÃO DE DISPENSA**

Prevalência de internações em crianças prematuras

Esta pesquisa será desenvolvida por Danieli Paola Ferreira, discente de Graduação em Medicina da Universidade Federal da Fronteira Sul (UFFS), Campus de Passo Fundo/RS, sob orientação do Professor Dr. Gustavo Olszanski Acrani e co-orientação da Professora Me. Giani Ciocari.

O objetivo central do estudo é descrever as internações no primeiro ano de vida de crianças prematuras e comparar as frequências de atendimentos com os nascidos a termo.

Serão garantidas a confidencialidade e a privacidade das informações obtidas. Se, porventura, houver identificação do sujeito, o presente estudo será interrompido. Contudo, esse risco será minimizado, uma vez que o nome do paciente será convertido em um número de registro. Qualquer dado que possa identificá-lo será omitido na divulgação dos resultados da pesquisa e o material será armazenado em local seguro.

As informações serão coletadas a partir de prontuários eletrônicos do Hospital São Vicente de Paulo do município de Passo Fundo/RS. Essas informações serão utilizadas para avaliar a prevalência de doenças em prematuros, comparando a frequência de internações de crianças nascidas a termo e pré – termo, e determinar os fatores agravantes das doenças em prematuros.

A pesquisa trará benefício indireto aos pesquisados, trazendo conhecimento à população em geral sobre doenças mais prevalentes em prematuros. Dessa forma, oportunizará os profissionais da saúde a ampliarem seus conhecimentos e a tratarem, com maior sucesso, dessas comorbidades.

Os resultados serão divulgados em eventos e/ou publicações científicas mantendo sigilo dos dados pessoais.

Devido à importância da pesquisa e com base na Resolução CNS Nº 466 de 2012 - IV.8, solicito a dispensa da obtenção do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido pelas justificativas 1) Trata-se de pesquisa retrospectiva com uso de prontuários eletrônicos disponíveis no TASY; 2) Impossibilidade de contato telefônico, pois os dados os dados

armazenados podem estar desatualizados;

Sobre divulgação dos resultados da pesquisa (Conforme Resolução CNS Nº 466 de 2012 item XI.2 .h)

Os resultados serão divulgados em eventos e/ou publicações científicas mantendo sigilo dos dados pessoais.

Passo Fundo, 03 de julho de 2018.

Gustavo Olszanski Acrani

APÊNDICE D – PARECER DE APROVAÇÃO DO PROJETO

3. RELATÓRIO DE PESQUISA

Esse relatório de pesquisa foi pensado e desenvolvido para relatar detalhadamente as atividades referentes ao Trabalho de Conclusão de Curso, requerido pela Universidade Federal da Fronteira Sul (UFFS) como requisito parcial para obtenção do Grau de Bacharel em Medicina, cujo tema é Internações por causas respiratórias de pacientes com até 1 ano de idade em um hospital terciário.

Esse projeto começou a ser elaborado no primeiro semestre de 2018, quando foi definido, juntamente com o orientador Gustavo e a co-orientadora Giani, quais variáveis seriam pesquisadas e quais objetivos e justificativas para realização do mesmo. Diversas alterações no projeto foram necessárias afim de tornar a amostra mais significativa, como a redução do período para realização da pesquisa para 1 ano (01 de janeiro a 31 de dezembro de 2017). A população estudada foi ampliada para todos os pacientes internados no HSVP no ano de 2017 por complicações respiratórias, desde que tivessem até um ano de idade, independente da naturalidade ou local de nascimento. As variáveis uso de corticoide pela criança, idade da mãe, perímetro cefálico foram excluídos da coleta por não estarem presentes em todos os prontuários analisados, dificultando a correlação dos dados.

O tema inicialmente era “Prevalência de internações em prematuros”, o que foi mudado ao longo da coleta e análise de dados para “Internações por causas respiratórias de crianças com até 1 ano em um hospital terciário”, em função dos dados coletados não serem significativos para a elaboração de um artigo.

A primeira versão desse projeto foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal da Fronteira Sul, respeitando a resolução CNS Nº 466 de 12/12/2012, sob parecer 2.752.284, de 03 de Julho 2018.

No mês de janeiro de 2019 foi dado início a coleta de dados dos prontuários eletrônicos (sistema TASY) no HSVP. Ao todo foram analisados 265 prontuários de internações de crianças com até um ano de idade por complicações respiratórias, levando-se em consideração o Código Internacional de Doenças (CID-10) referentes ao momento da internação.

4. ARTIGO

INTERNAÇÕES POR CAUSAS RESPIRATÓRIAS DE PACIENTES COM ATÉ 1 ANO DE IDADE EM UM HOSPITAL TERCIÁRIO

Danieli Paola Ferreira¹, Giani Cioccarì², Gustavo Olszanski Acrani³

¹ Discente do curso de Medicina da Universidade Federal da Fronteira Sul – *Campus* Passo Fundo

² Médica intensivista pediátrica e docente do curso de Medicina da Universidade Federal da Fronteira Sul – *Campus* Passo Fundo

³ Biólogo pós-graduado em biologia celular, molecular e microbiologia. Docente do curso de Medicina da Universidade Federal da Fronteira Sul – *Campus* Passo Fundo

RESUMO

Objetivos: As infecções respiratórias agudas (IRA) são as principais comorbidades de saúde pública, sendo uma das principais causas de morbimortalidade na infância. Dessa forma, o presente estudo teve como objetivo determinar a causa de internações por complicações respiratórias de crianças com até 1 ano de idade. **Metodologia:** Estudo transversal com 265 pacientes internados em um hospital terciário, no período de 01 de janeiro a 31 de dezembro de 2017. Análise descritiva e distribuição de mortalidade e dias de internação conforme fatores de risco. **Resultados:** O perfil das 265 internações por complicações respiratórias, mostrou um predomínio do sexo masculino (66%), sendo 28,3% dos partos cesáreos, com 76,3% dos pacientes provenientes de Passo Fundo. A grande maioria permaneceu no Hospital por, no máximo, 10 dias (61,5%) e o Apgar mais comum variou de 8 a 10 em até 27,7% dos pacientes.

24,5% dos nascimentos foi de prematuros, com predominância de 13,5% com idade gestacional entre 33 e 37 semanas. A afecção respiratória mais observada foi de Pneumonia Bacteriana (24,9%). **Conclusões:** Quando comparado a outros estudos, o perfil de nascimentos apresenta-se bastante semelhante, mostrando a necessidade de identificar os sinais de risco na gestação afim de evitar nascimentos prematuros e de baixo peso, para minimizar as complicações respiratórias nessa população.

Palavras-chave: Doenças respiratórias. Hospitalização. Neonatologia.

ABSTRACT:

Objectives: Acute respiratory infections (ARI) are the main comorbidities of public health, being one of the main causes of morbidity and mortality in childhood. Thus, the present study aimed to determine the cause of hospitalizations for respiratory complications of children up to 1 year of age at the Hospital São Vicente de Paul (HSVP) in Passo Fundo, from January 1 to December 31 2017. **Methodology:** A cross-sectional study with 265 patients admitted to a tertiary hospital from January 1 to December 31, 2017. Descriptive analysis and distribution of mortality and days of hospitalization according to risk factors. **Results:** The profile of the 265 hospitalizations due to respiratory complications showed a predominance of males (66%), with 28.3% of cesarean deliveries, with 76.3% of patients coming from Passo Fundo. The vast majority stayed in the hospital for a maximum of 10 days (61.5%) and the most common Apgar ranged from 8 to 10 in 27.7% of the patients. 24.5% of the births were premature, with predominance of 13.5% with gestational age between 33 and 37 weeks. The most common respiratory condition was Bacterial Pneumonia (24.9%). **Conclusions:** When compared to other studies, the profile of births is very similar, showing the need to identify the signs of risk in pregnancy in order to avoid premature and low birth weight, to minimize respiratory complications in this population.

Key words: Respiratory Tract Diseases. Hospitalization. Neonatology.

INTRODUÇÃO

As infecções respiratórias agudas (IRA), são consideradas dentre as três principais comorbidades de saúde pública na infância, juntamente com doenças diarreicas e desnutrição⁽¹⁾. As IRA são uma das causas mais comuns de morbimortalidade na infância, afetando, majoritariamente, crianças menores de 5 anos de idade⁽²⁾. No Rio Grande do Sul, cerca de 30% dos atendimentos pediátricos no inverno são motivados por IRA. A análise dos fatores que colaboram para a mortalidade na infância mostra que as afecções originárias do período neonatal e as pneumonias são as principais causas de mortalidade na infância⁽³⁾. As infecções respiratórias em crianças são causadas por diversos fatores, dentre eles, desmame precoce, desnutrição, deficiência de micronutrientes, viroses respiratórias progressivas e doenças de base^(4,5). O baixo peso ao nascer também influencia a saúde da criança nos primeiros anos de vida. Crianças nascidas com menos de 2.500 g têm risco aumentado de adoecer e morrer, comparadas com as nascidas de peso adequado⁽⁶⁾. O baixo peso ao nascer é relacionado a maior risco de adquirir pneumonia e necessidade de hospitalização^(7,8).

A maior parte das crianças tem de quatro a seis episódios de infecções respiratórias aguda por ano⁽⁹⁾, sendo que 2-3% evoluem para pneumonia⁽¹⁰⁾, que predomina em crianças com até 1 ano de idade. Esse risco é aumentado em crianças menores de 6 meses de vida^(4,11,12), porque nessa faixa etária, o risco de morrer por pneumonia é 6,4 vezes maior e, entre os 6 e 12 meses, é 2,9 vezes mais alto⁽¹³⁾. 5 milhões de crianças com menos de 5 anos de idade morrem por ano devido a infecções respiratórias, sendo a grande maioria por pneumonias (70%), em países em desenvolvimento⁽¹⁴⁾.

Pneumonia é definida como doença inflamatória de causa infecciosa que acomete o trato respiratório inferior, tendo diversos agentes etiológicos, como vírus, bactérias, fungos e até mesmo agentes químicos e físicos⁽¹⁵⁾. Os sintomas mais comuns da pneumonia na infância são: febre, tosse, taquipneia, sudorese, calafrios, perda de apetite e vômitos. Crianças menos de um ano podem ter sinais e sintomas menos específicos, dificultando o diagnóstico, que pode facilitar a progressão da doença⁽¹⁶⁾.

Já a bronquiolite é a causa mais comum de hospitalização em lactentes nos primeiros 12 meses de vida⁽¹⁷⁾. Esse distúrbio é frequentemente causado por infecção viral do trato respiratório inferior em lactentes, sendo caracterizada por inflamação aguda, edema e necrose de células epiteliais que revestem pequenas vias aéreas, assim aumentando a produção de muco. Os sinais e sintomas iniciam com rinite e tosse, que podem progredir para taquipneia, sibilos, crepitações, uso de músculos acessórios e/ou batimento de asa nasal⁽¹⁸⁾.

Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), a mortalidade neonatal, que compreende os primeiros 28 dias de vida, vem aumentando em todas as regiões nos últimos 20 anos. Em 2012, 6 milhões de crianças morreram antes mesmo de completar 12 meses de vida, e a maioria das causas de morte eram por causas evitáveis ⁽¹⁹⁾.

Entre as causas de morte, destaca-se a prematuridade em crianças com menos de 5 anos de idade ⁽²⁰⁾. Em estudos brasileiros, são diversas as causas de internações em Unidades de Tratamento Intensivo Neonatal (UTIN), no entanto, doenças respiratórias e prematuridade são as que mais afetam os recém-nascidos, em detrimento da imaturidade do sistema respiratório e grande suscetibilidade à infecção ⁽²¹⁾.

O objetivo do presente estudo foi determinar o perfil de nascimentos e a causa de internações de crianças com até 1 ano de idade, que internaram no Hospital São Vicente de Paulo (HSVP) de Passo Fundo, na região norte do Rio Grande do Sul, no período de 01 de janeiro a 31 de dezembro de 2017.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo transversal com coleta de dados de prontuários de pacientes com até 1 ano de idade, internados por condições respiratórias no Hospital São Vicente de Paulo (HSVP), em Passo Fundo/RS, no período de 01 de janeiro a 31 de dezembro de 2017. A amostra, não probabilística, selecionada por conveniência foi composta por todos os pacientes, de ambos os sexos.

Foram coletados dados dos prontuários referentes a idade do paciente ao internar, naturalidade, sexo, dias de internação, desfecho do paciente (óbito ou alta médica), diagnóstico de internação através do Código Internacional de Doenças (CID-10), tipo de parto, Apgar no 1º e no 5º minutos de vida, se nascido prematuro ou atermo, idade gestacional, peso ao nascer, comprimento ao nascer e número de consultas pré-natal realizadas pela mãe.

Após a dupla digitação dos dados em planilha eletrônica, a análise estatística foi realizada no programa PSPP (distribuição livre), compreendendo frequências das variáveis categóricas. De modo a verificar a diferença entre a distribuição das frequências das variáveis dependentes (óbito e dias de internação) e as independentes foi utilizado o Teste do Qui-quadrado de Pearson com significância estatística de 5%.

O protocolo do estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal da Fronteira Sul, respeitando a resolução CNS Nº 466 de 12/12/2012, sob parecer 2.752.284, de 03 de Julho 2018.

RESULTADOS

No presente estudo foram analisados 265 prontuários de pacientes internados por complicações respiratórias, sendo que 34,7% dos pacientes tinham idade superior a 30 dias de vida e 28,3% eram recém-nascidos (Tabela 1). Um total de 76,2% dos pacientes eram naturais do município de Passo Fundo. Houve um predomínio de internações do sexo masculino, contabilizando 66% dos casos. Do total de prontuários analisados, 95% tiveram alta após a resolução do caso e 4,1% evoluíram à óbito. A grande maioria (61,5%) esteve internada de 0 a 10 dias, seguida de 21,5% permanecendo de 11 a 20 dias no Hospital (Tabela 1).

Dos 265 pacientes analisados, 28,3% nasceram por parto cesáreo, 8,6% por parto vaginal, enquanto que em 63% dos casos esta informação não havia sido descrita nos prontuários. Os scores de Apgar, em sua maior parte (66,4%) não foram informados; no entanto, o Apgar no 1º minuto mais frequente variou de 8 a 10 em 18,4% dos pacientes, e o Apgar no 5º minuto, também mais frequente de 8 a 10, teve uma presença de 27,7%.

Um total de 15% dos pacientes nasceu com idade gestacional superior a 38 semanas, seguida de 13,5% dos nascimentos entre 33 e 37 semanas e 13% entre 27 e 32 semanas; 58,1% dos prontuários não fornecia esse dado. A frequência de prematuros observada foi de 24,5%, enquanto que 18,4% nasceram atermos e 56,9% dos casos a informação não constava nos registros. Um total de 7,9% dos pacientes apresentou peso ao nascimento, variando de 2501g a 3000g, 6,4% nasceu entre 3001g e 3500g e os menores pesos registrados (500 a 1000g) tiveram uma frequência de 4,15%. Por outro lado, 65,1% dos prontuários analisados não apresentavam dados relativos ao peso ao nascer.

Foi observado que 15,8% das mães dos pacientes haviam realizado entre 6 e 10 consultas pré-natal, 8,3% realizaram de 1 a 5 consultas; enquanto em 73,9% dos prontuários esse dado estava ausente. Do total de pacientes internados, 20% apresentaram comprimento de 41 a 50 cm ao nascer, 6,4% nasceram com 29 a 40 cm, 3,7% com mais de 50 cm e em 69,8% dos casos o dado não fora informado (Tabela 1).

Os diagnósticos mais frequentes no momento da internação, de acordo com o Código Internacional de Doenças (CID-10) foram: Pneumonia Bacteriana (24,9%), Pneumonia não especificada (13,5%) e Bronquiolite aguda devido a outros microrganismos (12,8%) (Tabela 2).

Observou-se uma diferença estatisticamente significativa na distribuição de frequência de dias de internação em relação a idade do paciente ao internar ($p=0,001$) (Tabela 3).

DISCUSSÃO

As infecções respiratórias agudas (IRA) são uma das principais causas de morbidade e mortalidade infantil no mundo. No presente estudo, foi constatado um total de 265 internações por complicações respiratórias no período de 1 ano.

Dessas internações, houve predominância do sexo masculino (66%). O amadurecimento pulmonar é mais rápido no sexo feminino, sendo apontado como fator protetor, se comparado ao processo de maturação pulmonar masculino, que é mais lento durante o crescimento fetal, ocasionando maior fragilidade, conforme já mostraram estudos semelhantes ⁽²²⁾. Outros trabalhos apontam que o sexo feminino tem velocidade de maturação pulmonar mais rápido que o masculino, fator devido à presença do cromossomo Y ⁽²³⁾.

A grande maioria dos pacientes avaliados (61,5%) esteve internada por no máximo 10 dias, seguida de 21,5% permanecendo de 11 a 20 dias no Hospital. Estudos semelhantes realizados no Rio Grande do Sul, mostraram médias de 17 ⁽²⁴⁾ e 21 ⁽²¹⁾ dias de internação em Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN). Períodos prolongados de internação predis põem maior risco de desenvolver infecções hospitalares, risco que é ainda maior em prematuros devido a imaturação e fragilidade pulmonar.

A prematuridade afeta diretamente no tipo de parto. No presente estudo, a cesariana ocorreu em 28,3% dos casos, contrariando as recomendações da Organização Mundial da Saúde (OMS), a qual recomenda que apenas 15% do total de nascimentos em um País deva ocorrer cirurgicamente ^(21, 25). Mesmo assim, os índices cirúrgicos são elevados em grande parte das regiões brasileiras, girando em torno de 32%. A cesariana foi desenvolvida para salvar a vida

da mãe/ou criança mediante complicações durante a gravidez ou o parto, não estando livre de riscos e sendo associada, no Brasil e em outros países, à maior morbimortalidade materna e infantil, quando comparada ao parto vaginal ⁽²¹⁾. O aumento dos procedimentos cirúrgicos programados está relacionado à interrupção indevida da gravidez, sem justificativa médica, tendo como consequências a prematuridade e o aumento da morte infantil e perinatal, mesmo entre os prematuros tardios com peso adequado ao nascer ⁽²¹⁾.

O índice de Apgar é um método eficaz de avaliação imediata do recém-nascido, que avalia a capacidade de resposta e condições fisiológicas, e identifica a necessidade de algum cuidado especial. É realizado no 1º e 5º minutos de vida, avaliando cinco aspectos que recebem notas de 0 a 10: frequência cardíaca, respiração, cor, tônus muscular e irritabilidade reflexa. O valor de 0-3 é considerado grave, de 4 a 7 moderado e de 8 a 10 é normal ^(26, 27). No presente estudo, o Apgar no 1º e 5º minutos mais frequente variou de 8 a 10.

De acordo com o Código Internacional de Doenças (CID-10), representado pela Tabela 2, os diagnósticos mais frequentes no momento da internação foram: Pneumonia Bacteriana, Pneumonia não especificada e Bronquiolite aguda devido a outros microrganismos. A OMS estima 156 milhões de episódios de pneumonias por ano em crianças menores de 5 anos. Nos países em desenvolvimento, a incidência anual estimada é de 33 a cada 10.000 crianças menores de 5 anos. Em 2012, 6,6 milhões de crianças menores de cinco anos faleceram no mundo, 15% tiveram pneumonia como causa ⁽²⁸⁾. Estudos mostram maior chance de contrair pneumonia as crianças que tiveram episódios anteriores de doença respiratória. A internação prévia por pneumonia aumenta em até 3 vezes a chance de um novo episódio ⁽²⁹⁾.

A bronquiolite aguda é causada por diversos vírus respiratórios, dentre eles o vírus sincicial respiratório (VSR), o adenovírus (ADV) e o vírus influenza tipo A e B. Um estudo prospectivo, patrocinado pelos Centros de Controle e Prevenção de Doenças mostrou que a taxa média de hospitalização pelo VSR foi superior a 5 por mil em lactentes menores de 2 anos de idade durante os anos de 2000 a 2005 ⁽³⁰⁾. A idade de hospitalização por VSR acometeu crianças entre 30 e 60 dias de idade. Para prematuros com menos de 37 semanas de gestação, a frequência de hospitalização foi de 4,6 a cada 1000 crianças, número semelhante as hospitalizações de bebês termos. Os recém-nascidos com menos de 30 semanas de gestação tiveram taxa de hospitalização de 18,7 para cada 1000 crianças. Outros estudos ainda mostram que prematuros extremos têm taxa de hospitalização semelhante a recém-nascidos a termo ^(31, 32).

Os fatores de risco para mortalidade neonatal se associam ao baixo peso ao nascer, prematuridade, intercorrências no parto e durante a gestação ⁽³³⁾. O estudo de Barros et al. (2011), concluiu que a prematuridade e o baixo peso ao nascer são fatores determinantes para o aumento das taxas de hospitalização. A mortalidade relacionada às internações nesse estudo foi de 4,1%.

O Ministério da Saúde (MS) considera que crianças com menos de 2500g são consideradas de baixo peso ^(21, 25), contribuindo para aumento do risco de morbimortalidade. Outro estudo ⁽²⁴⁾ realizado na região nordeste do RS, mostra dados semelhantes, reforçando a importância de se determinar o perfil de crianças que internam nos hospitais e prevenir as futuras complicações. 42 pacientes nasceram entre 500 e 2500 g.

De acordo com o Índice de adequação do cuidado pré-natal (APNCU), em São Luís-MA, pode-se afirmar que 13% das mulheres realizaram um pré-natal adequado, enquanto o proposto seria de 49%. No Rio Grande do Sul, dados de prontuários de serviços públicos mostram que 37% receberam assistência adequada, realizando seis ou mais consultas pré-natal e iniciando o acompanhamento antes da vigésima semana de gestação ⁽³⁴⁾. No presente estudo, 15,8% das mulheres realizou entre 6 e 10 consultas e 8,5% foi assistida entre 1 a 5 consultas.

A análise da prematuridade em 184 países no ano de 2010 mostrou que 14,9 milhões de bebês nasceram prematuros, representando 11,1% dos nascidos vivos do mundo, variando cerca de 5% em países europeus e chegando a 18% em alguns países africanos ⁽³⁵⁾. No presente estudo, 18,4% das internações eram de crianças nascidas a termo e 24,5% eram de prematuros (no restante dos prontuários não constava essa informação), ficando claro que a prematuridade é um importante fator associado a complicações respiratórias nos neonatos.

CONCLUSÃO

O estudo possibilitou determinar um perfil de internações de pacientes com até 1 ano de idade, de um hospital terciário da região norte do Rio Grande do Sul, mostrando a prevalência de sexo masculino, prematuros, parto cesáreo, baixo peso ao nascer, idade gestacional de mais de 38 semanas, Apgar normal no 1º e 5º minutos, tendo a pneumonia como principal afecção respiratória nos internados. No entanto, o não preenchimento de informações básicas sobre o nascimento de diversas crianças acabou limitando o estudo.

Tendo em vista a prematuridade como perfil bastante frequente e de diversas complicações ao recém-nascido, deve-se buscar compreender e prevenir essas implicações, identificando precocemente sinais de alerta para alterações na gestação, afim de evitar possíveis afecções respiratórias nos lactentes, em detrimento da imaturação pulmonar.

AGRADECIMENTOS

Acima de tudo, agradeço a Deus pela minha vida e pela oportunidade de cursar Medicina. “Agora, nosso Deus, damos-te graças e louvamos o teu glorioso nome” (1 Crônicas 29:13, Bíblia).

Agradeço aos meus pais pelo imenso esforço para que eu estivesse aqui, vocês são a minha inspiração diária. Meu marido e companheiro, obrigada por ter sempre acreditado em mim e que esse sonho se tornaria realidade. Obrigada a toda minha família pelo apoio, estamos quase lá! Um agradecimento especial ao meu orientador, professor Gustavo, pelo empenho e comprometimento com esse trabalho. Giani, minha co-orientadora e todo o pessoal do Hospital São Vicente de Paulo, meu muito obrigada!

REFERÊNCIAS

1. Jelliffe D. Pediatrics. In: King M, editor. **Medical care in developing countries**. Cap. 13. Nairobi, Oxford: University Press; 1966.
2. Fonseca CB, Grisi S. Bronchiolitis. **Respiratory syncytial virus, and recurrent wheezing: what is the relationship?** *Rev Hosp Clin Fac Med Sao Paulo*. 2003;58(1):39-48.
3. Fiterman J, Chatkin JM, Chatkin M. **Epidemiologia das Infecções Respiratórias Agudas (IRAs)**. In: Silva LCC, Menezes AMB, editores. Epidemiologia das doenças respiratórias. Rio de Janeiro: REVINTER; 2001. p. 90-103.
4. Paiva MAS, Reis FJC, Fisher GB, Rozov T. **Pneumonias na criança. I Consenso Brasileiro sobre pneumonias**. *J Pneumol* 1998;24:101-8.
5. Grisi, SJE. **Pneumonias bacterianas agudas**. In: Rozov T, editor. Doenças pulmonares em pediatria. São Paulo: Atheneu; 1999. p. 205-14.
6. Ministério da Saúde. **Tratamento de pneumonias em hospitais de pequeno e médio portes**. Brasília; 1997.

7. Dharmage SC, Rajapaksa LC, Fernando DN. **Risk factors of acute lower respiratory tract infections in children under five years of age.** Southeast Asian J Trop Med Public Health 1996;27:107-10.
8. Fonseca W, Kirkwood BR, Victora CG, Fuchs SR, Flores JA, Misago C. **Risk factors for childhood pneumonia among the urban poor in Fortaleza, Brazil: a case-control study.** Bull World Health Organ 1996;74:199-208.
9. OPS. **Tratamiento del niño con infección respiratoria aguda.** Serie PALTEX para técnicos medios y auxiliares. N.15, P.3. 1987.
10. Benguigui, Y. Editor. **Infecciones respiratorias agudas: fundamentos técnicos de las estrategias de control.** Serie HCT/AIEPI-8. Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud, 1997.
11. Nascimento-Carvalho CM, Rocha H, Santos-Jesus R, Benguigui Y. **Childhood pneumonia: clinical aspects associated with hospitalization or death.** Braz J Infect Dis 2002;6:22-8.
12. Shah N, Ramankutty V, Phil M, Premila PG, Sathy N. **Risk factors for severe pneumonia in children in South Kerala: a hospital-based case-control study.** J Trop Pediatr 1994;40:201-6.
13. Kirkwood BR, Gove S, Rogers S, Lob-Levyt J, Arthur P, Campbell H. **Potential interventions for the prevention of childhood pneumonia in developing countries: a systematic review.** Bull World Health Organ 1995;73:793-8.
14. Ricetto AGL, Zambom MP, Pereira ICMR, Morcillo AM. **Complicações em crianças internadas com pneumonia: fatores socioeconômicos e nutricionais.** Rev Assoc Med Bras 2003;49:191-5.
15. Souza JM, Lins LS, Meireles JMS, Dantas MSA, Torquato, IMB. **Incidência de pneumonia em crianças no município de João Pessoa/PB no período de 2000 a 2008.** Revista do unipê. 2010, 14(2): 147 – 50.
16. Amorim PG. **Fatores associados às complicações em crianças com pneumonia adquirida na comunidade** [tese]. Campinas: Universidade Estadual de Campinas; 2013.
17. Hasegawa K, Tsugawa Y, Brown DF, Mansbach JM, Camargo CA Jr. **Trends in bronchiolitis hospitalizations in the United States, 2000-2009.** Pediatrics. 2013;132(1):28–36pmid:23733801.

18. Agency for Healthcare Research and Quality. **Management of Bronchiolitis in Infants and Children**. Evidence Report/Technology Assessment No. 69. Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality; 2003. AHRQ Publication No. 03-E014.
19. Blencowe H, Cousens S. **Addressing the challenge of neonatal mortality**. Trop Med Int Health [periódico na Internet]. 2013.
20. Save the Children. **Ending newborn deaths: ensuring every baby survives** (monografia na Internet). London: Save the Children Found, 2014.
21. Ministério da Saúde. **Atenção à saúde do recém-nascido: guia para os profissionais de saúde** [monografia na Internet]. 2. ed. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2012.
22. Souza KCL, Campos NG, Júnior FFUS, **Perfil dos recém-nascidos submetidos à estimulação precoce de uma Unidade de Terapia Intensiva Neonatal**. Ver Bras Promoc Saude [periódico na Internet]. 2013.
23. Duarte JLMB, Mendonça GAS. **Fatores associados à morte neonatal em recém-nascidos de muito baixo peso em quatro maternidades no Município do Rio de Janeiro, Brasil**. Cad Saúde Pública. 2005;21(1):181-91.
24. Granzotto JA, Fonseca SS, Lindemann FL. **Fatores relacionados com a mortalidade neonatal em uma Unidade de Terapia Intensiva na região Sul do Brasil**. Revista AMRIGS [periódico na Internet]. 2012.
25. Höfelmann DA. **Tendência temporal de partos cesáreos no Brasil e suas regiões: 1994 a 2009**. Epidemiol Serv Saúde [periódico na Internet]. 2012.
26. Oliveira TG, Freire PV, Moreira FT, Moraes JSB, Arrelaro RC, Rossi S, et al. **Escore de Apgar e mortalidade neonatal em um hospital localizado na zona sul do município de São Paulo**. Einstein [periódico na Internet] 2012.
27. Tamez RN. **Enfermagem na UTI Neonatal: assistência ao recém-nascido de alto risco**. 5ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2013.
28. UNICEF (United Nations Children's Fund). **The state of the world's children 2014 in numbers. Every child counts. Revealing disparities, advancing children's rights**. New York: UNICEF 2014.
29. Fonseca W, Kirkwood BR, Victora CG, Fuchs SR, Flores JA, Misago C. **Risk factors for childhood pneumonia among the urban poor in Fortaleza, Brazil: a case-control study**. Bull World Health Organ 1996;74:199-208.
30. Salão CB, Weinberg GA, Blumkin AK, et al. **Internações por vírus sincicial respiratório em crianças com menos de 24 meses de idade**. Pediatría. 2013 ; 132 (2). Disponível em: www.pediatrics.org/cgi/content/full/132/2/e341 PMID: 23878043

31. Hall CB. **Infecções por vírus sincicial respiratório nosocomial: a “Guerra Fria” não terminou.** Clin Infect Dis . 2000 ; 31 (2): 590 - 596 pmid: 10987726
32. Stevens TP ,Sinkin RA ,Salão CB ,Maniscalco WM ,McConnochie KM. **Vírus sincicial respiratório e prematuros nascidos com 32 semanas de gestação ou mais cedo: hospitalização e implicações econômicas da profilaxia.** Arch Pediatr Adolesc Med . 2000 ; 154 (1): 55 - 61 pmid: 10632251
33. Tadielo BZ, Neves ET, Arrué AM, Silveira A, Ribeiro AC, Tronco CS, et al. **Morbidade e mortalidade de recém-nascidos em tratamento intensivo neonatal no sul do Brasil.** Rev Soc Bras Enferm Ped. [periódico na Internet].
34. Silveira DS, Santos IS, Costa JDS. **Atenção pré-natal na rede básica: uma avaliação de estrutura e processo.** Cad Saúde Pública 2001;17:131-9.
35. 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 Jun;379(9832):2162-72.

NORMAS DOS CADERNOS DE SAÚDE PÚBLICA – FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ – FIO CRUZ

PASSO A PASSO

Artigo: resultado de pesquisa de natureza empírica com abordagens e enfoques diversos (máximo de 6.000 palavras e 5 ilustrações). Dentro dos diversos tipos de estudos empíricos, apresentamos dois exemplos: artigo de [pesquisa etiológica](#) na epidemiologia e artigo utilizando [metodologia qualitativa](#). Para informações adicionais sobre diagramas causais.

1. PREPARAÇÃO DO MANUSCRITO

Para a preparação do manuscrito, os autores deverão atentar para as seguintes orientações:

1.1 – O título completo (no idioma original do artigo) deve ser conciso e informativo, e conter, no máximo, 150 caracteres com espaços.

1.2 – O título corrido poderá ter o máximo de 70 caracteres com espaços.

1.3 – As palavras-chave (mínimo de 3 e máximo de 5 no idioma original do artigo) devem constar na base do DeCS (Descritores em Ciências da Saúde) da [Biblioteca Virtual em Saúde BVS](#).

1.4 – Resumo. Com exceção das contribuições enviadas às seções Resenhas, Cartas, Comentários ou Perspectivas, todos os artigos submetidos deverão ter resumo no idioma original do artigo, podendo ter no máximo 1.700 caracteres com espaços. Visando a ampliar o alcance dos artigos publicados, CSP publica os resumos nos idiomas português, inglês e espanhol. No intuito de garantir um padrão de qualidade do trabalho oferecemos gratuitamente a tradução do Resumo para os idiomas a serem publicados. Não são aceitos equações e caracteres especiais (por exemplo: letras gregas, símbolos) no Resumo.

1.4.1 – Como o Resumo do artigo alcança maior visibilidade e distribuição do que o artigo em si, indicamos a leitura atenta da recomendação específica para sua elaboração.

1.5 – Equações e Fórmulas: as equações e fórmulas matemáticas devem ser desenvolvidas diretamente nos editores (Math, Equation, Mathtype ou outros que sejam equivalentes). Não serão aceitas equações e fórmulas em forma de imagem.

1.6 – Agradecimentos. Possíveis agradecimentos às instituições e/ou pessoas poderão ter no máximo 500 caracteres com espaços.

1.7 – Quadros. Destina-se a apresentar as informações de conteúdo qualitativo, textual do artigo, dispostas em linhas e/ou colunas. Os quadros podem ter até 17cm de largura, com fonte de tamanho 9. Devem ser submetidos em arquivo text: DOC (Microsoft Word), RTF (Rich Text Format) ou ODT (Open Document TEXT). Cada dado do quadro deve ser inserido em uma célula separadamente, ou seja, não incluir mais de uma informação dentro da mesma célula.

1.8 – Tabelas. Destina-se a apresentar as informações quantitativas do artigo. As tabelas podem ter até 17cm de largura, com fonte de tamanho 9. Devem ser submetidas em

arquivo de texto: DOC (Microsoft Word), RTF (Rich Text Format) ou ODT (Open Document Text). As tabelas devem ser numeradas (algarismos arábicos) de acordo com a ordem em que aparecem no texto, e citadas no corpo do mesmo. Cada dado na tabela deve ser inserido em uma célula separadamente, e dividida em linhas e colunas. Ou seja, não incluir mais de uma informação dentro da mesma célula.

1.9 – Figuras. Os seguintes tipos de figuras serão aceitos por CSP: mapas, gráficos, imagens de satélite, fotografias, organogramas e fluxogramas. O arquivo de cada figura deve ter o tamanho máximo de 10Mb para ser submetido, devem ser desenvolvidas e salvas/exportadas em formato vetorial/editável. As figuras devem ser numeradas (algarismos arábicos) de acordo com a ordem em que aparecem no texto, e devem ser citadas no corpo do mesmo.

1.9.1 – Os mapas devem ser submetidos em formato vetorial e são aceitos nos seguintes tipos de arquivo: WMF (Windows MetaFile), EPS (Encapsuled PostScript) ou SVG (Scalable Vectorial Graphics). Nota: os mapas gerados originalmente em formato de imagem e depois exportados para o formato vetorial não serão aceitos.

1.9.2 – Os gráficos devem ser submetidos em formato vetorial e são aceitos nos seguintes tipos de arquivo: XLS (Microsoft Excel), ODS (Open Document Spreadsheet), WMF (Windows MetaFile), EPS (Encapsuled PostScript) ou SVG (Scalable Vectorial Graphics).

1.9.3 – As imagens de satélite e fotografias devem ser submetidas nos seguintes tipos de arquivo: TIFF (Tagged Image File Format) ou BMP (Bitmap). A resolução mínima deve ser de 300dpi (pontos por polegada), com tamanho mínimo de 17,5cm de largura. O tamanho limite do arquivo deve ser de 10Mb.

1.9.4 – Os organogramas e fluxogramas devem ser submetidos em arquivo de texto ou em formato vetorial e são aceitos nos seguintes tipos de arquivo: DOC (Microsoft Word), RTF (Rich Text Format), ODT (Open Document Text), WMF (Windows MetaFile), EPS (Encapsuled PostScript) ou SVG (Scalable Vectorial Graphics).

1.9.5 – Formato vetorial. O desenho vetorial é originado com base em descrições geométricas de formas e normalmente é composto por curvas, elipses, polígonos, texto, entre outros elementos, isto é, utilizam vetores matemáticos para sua descrição.

1.10 – Títulos e legendas de figuras devem ser apresentados em arquivo de texto separado dos arquivos das figuras.

1.11 – CSP permite a publicação de até cinco ilustrações (Figuras e/ou Quadros e/ou Tabelas) por artigo. Ultrapassando esse limite os autores deverão arcar com os custos extras.

2. REFERÊNCIAS

2.1 – As referências devem ser numeradas de forma consecutiva de acordo com a ordem em que forem sendo citadas no texto. Devem ser identificadas por números arábicos sobrescritos (por exemplo: Silva ¹). As referências citadas somente em tabelas, quadros e figuras devem ser numeradas a partir do número da última referência citada no texto. As referências citadas deverão ser listadas ao final do artigo, em ordem numérica, seguindo as normas gerais dos [Requisitos Uniformes para Manuscritos Apresentados a Periódicos Biomédicos](#). Não serão aceitas as referências em nota de rodapé ou fim de página.

2.2 – Todas as referências devem ser apresentadas de modo correto e completo. A veracidade das informações contidas na lista de referências é de responsabilidade do(s) autor(es).

2.3 – No caso de usar algum *software* de gerenciamento de referências bibliográficas (por exemplo: EndNote), o(s) autor(es) deverá(ão) converter as referências para texto.

Tabela 1. Caracterização dos pacientes de até 1 ano de idade internados por complicações respiratórias no Hospital São Vicente de Paulo (HSVP). Passo Fundo, RS. 01/01/2017 a 31/12/2017 (n=265).

Idade ao internar	n	%
Recém-nascidos (0 dia)	75	28,3
Até 30 dias	98	36,9
Mais 30 dias	92	34,7
Município	n	%
Passo Fundo	202	76,2
Demais cidades	63	23,7
Sexo	n	%
Masculino	175	66
Feminino	90	33,9
Dias internação	n	%
0 – 10 dias	163	61,5
11 – 20 dias	57	21,5
21 – 30 dias	25	9,4
31 ou mais	20	7,5
Desfecho	n	%
Alta	252	95
Óbito	11	4,1
Não informado	2	0,7
Tipo de parto	n	%
Cesáreo	75	28,3
Vaginal	23	8,6
Não informado	167	63
Apgar 1º minuto	n	%
0 – 3	15	5,6
4 – 7	25	9,4

8 – 10	49	18,4
Não informado	176	66,4
Apgar 5º minuto		
	n	%
0 – 3	5	1,8
4 – 7	11	4,1
8 – 10	73	27,7
Não informado	176	66,4
Prematuro		
	n	%
Sim	65	24,5
Não	49	18,4
Não informado	151	56,9
Idade gestacional		
	n	%
27 – 32 semanas	35	13,2
33 – 37 semanas	36	13,5
Mais 38 semanas	40	15
Não informado	154	58,1
Peso ao nascer (g)		
	n	%
500 – 1000	11	4,1
1001 – 1500	10	3,7
1501 – 2000	10	3,7
2001 – 2500	11	4,1
2501 – 3000	21	7,9
3001 – 3500	17	6,4
3501 – 4000	13	4,9
Mais de 4000	2	0,7
Não informado	170	64,1
Consultas pré-natal		
	n	%
1 – 5	22	8,3
6 – 10	42	15,8
Mais de 10	5	1,8
Não informado	176	73,9
Comprimento ao nascer (cm)		
	n	%
29 – 40	17	6,4
41 – 50	53	20
Mais de 50	10	3,7

Tabela 2. Caracterização do Código Internacional de Doenças (CID-10) dos pacientes de até um ano de idade internados por complicações respiratórias no Hospital São Vicente de Paulo (HSVP). Passo Fundo, RS. 01/01/2017 a 31/12/2017 (n=265).

CID-10	Geral		Prematuros		Termo		Não Informado	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Pneumonias bacterianas	66	24,9	14	21,2	13	19,6	39	59
Pneumonia não especificada	36	13,5	5	13,8	3	8,3	28	77,7
Bronquiolite aguda outros microrganismos	34	12,8	9	26,4	5	14,7	20	58,8
Broncopneumonia não especificada	31	11,7	3	9,6	14	45,1	14	45,1
Desconforto respiratório não especificado	21	7,9	17	80,9	2	9,5	2	9,5
Taquipneia transitória	17	6,4	1	5,8	0	0	16	94,1
Bronquiolite por VSR	16	6	1	6,2	4	25	11	68,7
Bronquite aguda	15	5,6	1	6,6	2	13,3	12	80
Insuficiência respiratória aguda	13	4,9	8	61,5	2	15,3	3	23
Afecção respiratória	7	2,6	2	28,5	2	28,5	3	42,8
Pneumonia congênita	3	1,1	0	0	0	0	3	100
Transtorno respiratório não especificado	3	1,1	1	33,3	0	0	2	66,6
Resfriado comum	3	1,1	0	0	0	0	3	100

Tabela 3. Relação dos dias de internação com a idade ao internar e o sexo, dos pacientes admitidos no Hospital São Vicente de Paulo (HSVP). Passo Fundo, RS. 01/01/2017 a 31/12/2017.

Variáveis	Dias de internação								p*
	1 -10		11 – 20		21 - 30		Mais de 31		
	n	%	n	%	n	%	n	%	
Idade ao internar									0,001
Até 30	33	44	20	26,6	9	12	13	17,3	
De 31 a 60	65	66,3	23	23,4	8	8,1	2	2	
61 ou mais	65	70,6	14	15,2	8	8,7	5	5,4	

Sexo									0,987
Masculino	109	62,9	37	21,1	16	9,1	13	7,4	
Feminino	54	60	20	22,2	9	10	7	7,7	
