

VIABILIDADE DOS RECÉM-NASCIDOS PRÉ-TERMO EXTREMO EM UM HOSPITAL PÚBLICO NO ANO DE 2015

FEASIBILITY OF PRE-EXTREME PRE-EXTREME NEWBORN IN A PUBLIC HOSPITAL IN THE YEAR 2015

MARIA BÁRBARA FRANCO GOMES¹, SILVIA BORGES FARIA², REJANE BORGES DE ALBUQUERQUE³, PATRÍCIA GONÇALVES EVANGELISTA⁴, MARGARETH ROCHA P GIGLIO⁵, WALDEMAR NAVES DO AMARAL⁶

RESUMO

Introdução: Os avanços da perinatologia nas últimas décadas tornou possível a sobrevivência de recém-nascidos (RN) cada vez mais prematuros. A prematuridade extrema é definida como idade gestacional menor que 28 semanas conforme a Organização Mundial da Saúde (OMS) e a idade gestacional de sobrevivência média dos neonatos modificou de 30 a 31 semanas, na década de 60, para 23 a 24 semanas nos últimos 20 anos. Objetivo: Avaliar a viabilidade dos recém-nascidos prematuros extremos em uma unidade hospitalar. Metodologia: Estudo observacional longitudinal retrospectivo e quantitativo, feito com análise dos prontuários de recém-nascidos com IG menor que 32 semanas, nascidos entre janeiro a dezembro de 2015, pois se trata do primeiro ano da residência realizada pelas discentes em neonatologia. Resultados/ discussão: Foram analisados prontuários de 65 recém-nascidos com idade gestacional menor que 32 semanas e 61 gestantes, sendo 4 com gestação gemelar. Com idade materna média de 26,4 anos, 35 mães eram residentes na cidade de Goiânia (57,37%), com média de 3,5 consultas por mãe que realizou pré-natal e o corticoide antenatal foi realizado em 46 pacientes (75,40%). Foi observada bolsa amniótica rota maior que 18 horas em 23 pacientes (37,70%). A via de parto preferencial foi vaginal em 37 gestantes (60,65%) contra 24 cesarianas (39,34%). A respeito dos dados de nascimento observamos que a idade gestacional média foi de 28 sem e 4 dias, com peso médio de 1070 gramas, 8 desses bebês foram classificados com pequenos para idade gestacional (12,30%) e nenhum apresentou peso superior ao percentil 90 quando analisado pelo gráfico de Lubchenco. O APGAR de quinto minuto foi superior a 7 em 46 pacientes (70,76%), entre 5 e 7 em 10 neonatos (15,38%) e menor que 5 em 9 RN (13,8%). A média geral de dias de hospitalização foi de 39,13 dias. Conclusão: O limite de viabilidade neonatal encontrado no ano de 2015 no Hospital e Maternidade Dona Íris foi de 28 semanas, ainda acima do esperado quando se compara grandes centros e as taxas de países desenvolvidos, porém é comparável aos países subdesenvolvidos e em desenvolvimento.

DESCRITORES: NEONATO; VIABILIDADE FETAL; PREMATURIDADE.

ABSTRACT

Introduction: Advances in perinatology in recent decades have made possible the survival of increasingly preterm newborns (NB). Extreme prematurity is defined as gestational age less than 28 weeks according to the World Health Organization (WHO) and gestational age of neonatal average survival has changed from 30 to 31 weeks in the 60s to 23 to 24 weeks in the last 20 years. Objective: To evaluate the feasibility of extreme preterm infants in a hospital unit. Methods: Retrospective and quantitative longitudinal observational study, done with the analysis of records of newborns with GI less than 32 weeks, born between January and December 2015, since this is the first year of the residency performed by the students in neonatology. Results / Discussion: We analyzed charts of 65 newborns with gestational age less than 32 weeks and 61 pregnant women, 4 of whom had twin pregnancies. With a mean maternal age of 26.4 years, 35 mothers were resident in the city of Goiânia (57.37%), with an average of 3.5 consultations per mother who underwent prenatal care and the antenatal corticosteroid was performed in 46 patients (75, 40%). A ruptured amniotic sac greater than 18 hours was observed in 23 patients (37.70%).

1 - Médica neonatologista, doutoranda em ciências da Saúde da UFG

2 - Médica neonatologista

3 - Médica neonatologista

4 - Analista de Sistemas, doutoranda em Ciências da Saúde pela Universidade Federal de Goiás.

5 - Médica, doutora em Ciências da Saúde pela Universidade Federal de Goiás.

6 - Médico, Docente da Universidade Federal de Goiás (UFG), Programa de Pós-graduação em Ciências da Saúde.

The preferred route of delivery was vaginal in 37 pregnant women (60.65%) versus 24 caesarean sections (39.34%). Regarding the birth data, we observed that the mean gestational age was 28 wk and 4 days, with an average weight of 1070 grams, 8 of which were classified as small for gestational age (12.30%) and none presented weight above the percentile 90 when analyzed by the Lubchenco chart. The fifth minute APGAR was superior to 7 in 46 patients (70.76%), 5 to 7 in 10 neonates (15.38%) and less than 5 in 9 newborns (13.8%). The mean overall number of days of hospitalization was 39.13 days. Conclusion: The limit of neonatal viability found in the year 2015 in the Hospital and Maternity Dona Iris was 28 weeks, still higher than expected when comparing large centers and rates of developed countries, but is comparable to underdeveloped and developing countries.

KEYWORDS: NEONATE; FETAL VIABILITY; PREMATURITY.

INTRODUÇÃO

A prematuridade extrema é definida como idade gestacional menor que 32 semanas¹, segundo o Ministério da Saúde (MS), ou idade gestacional (IG) menor que 28 semanas, conforme a Organização Mundial da Saúde (OMS)². Os avanços da perinatologia nas últimas décadas tornou possível a sobrevivência de recém-nascidos (RN) cada vez mais prematuros³. A idade gestacional de sobrevivência média dos neonatos modificou de 30 a 31 semanas, na década de 60, para 23 a 24 semanas nos últimos 20 anos⁴.

Conforme os cuidados neonatais avançaram observou-se um aumento significativo da sobrevida dos recém-nascidos e isso se deve, principalmente as mudanças na assistência obstétrica e neonatal⁴. Técnicas como o uso de corticosteroides antenatal, do surfactante pulmonar, acrescidas a uma assistência pré-natal mais ampla, a qualificação dos profissionais ao cuidado perinatal, ao uso racional de antimicrobianos⁵ e a abordagem multidisciplinar dos recém-nascidos são os principais elementos que alteraram a mortalidade nessa faixa etária⁶.

Estudos recentes buscam definir não apenas a idade gestacional e o peso de nascimento limite em que ocorre a sobrevivência dos recém-nascidos, mas qual o grau de desenvolvimento neurocognitivo é aceitável nesses prematuros extremos⁷. Assim sendo, RN com IG entre 23 e 25 semanas incompletas estão inclusos em uma “zona cinzenta”, em que a sobrevida e os resultados são ainda muito incertos e as recomendações de reanimação sugerem avaliação individual e segundo o desejo dos pais. Do ponto de vista internacional, há o consenso de que até 22 semanas não há esperança de sobrevivência⁸.

O Programa de Reanimação Neonatal da Sociedade Brasileira de Pediatria (PRN-SBP) recomenda agir com cautela e, diante das informações adicionais advindas com o nascimento, a decisão de não reanimar pode ser tomada pela equipe na sala de parto ou a equipe deve reanimar o paciente, levá-lo à unidade de terapia intensiva (UTI) neonatal e aí reunir as informações necessárias, o que inclui os desejos expressos pela família, para eventualmente limitar as medidas de suporte a vida⁹.

Neste contexto, o estudo sobre a viabilidade neonatal se torna crucial para garantir uma assistência obstétrica e perinatal

adequada, tanto a gestante quanto ao RN, ajudando na decisão da via de parto, do local de nascimento, de iniciar ou não medidas de reanimação cardiopulmonar, ou quais neonatos serão submetidos a cuidados paliativos³. É certo que, quanto mais RN prematuros sobrevivem, mais crianças com incapacidades necessitarão de serviços especiais para cuidados à saúde⁷.

Assim sendo, a assistência aos RNPT extremos traz consigo incertezas éticas¹⁰ e um dos grandes desafios da perinatologia, atualmente é definir o nível de maturidade limítrofe abaixo do qual a sobrevida é muito pouco provável⁴.

Diante disso, o objetivo deste estudo é avaliar a viabilidade dos recém-nascidos prematuros extremos em uma unidade hospitalar.

MÉTODOS

Estudo observacional longitudinal retrospectivo e quantitativo, feito com análise dos prontuários de recém-nascidos com IG menor que 32 semanas, nascidos entre janeiro a dezembro de 2015, pois se trata do primeiro ano da residência realizada pelas discentes em neonatologia.

O hospital é de serviço público, com nível de atenção secundária, referência municipal e regional para atendimento a gestantes de baixo e alto risco, tendo realizado 4549 partos no ano de 2015 (sendo 2947 normais e 1602 cesáreos). A maternidade conta com uma Unidade de Terapia Intensiva Neonatal com 10 leitos, Unidade Intermediária de Cuidados Neonatais Convencional (UCIN) com 10 leitos e 5 leitos de Unidade Intermediária de Cuidados Neonatais Canguru (UCIN-Canguru) para cuidados intensivos de RN gravemente enfermos, com patologias clínicas e cirúrgicas. Para a amostra foram utilizados os dados do Data Sus de 2014 para a cidade de Goiânia, sendo 35.060 nascidos vivos no período, destes 737 menores de 32 semanas de idade gestacional, estima-se a amostra de 100 recém-nascidos vivos menores de 32 semanas neste serviço, sendo essa uma amostra significativa já que o esperado para prematuros menores que 32 semanas para estado de Goiás é de 1,24%.

O instrumento de coleta de dados foi a busca ativa de todos os recém-nascidos com idade gestacional inferior a 32 semanas no “Livro de Registro de Partos”, em que se tem o

registro de todos os nascimentos da maternidade, revisão dos prontuários destes recém-nascidos e preenchimento de formulário próprio com os dados coletados referentes às gestantes e ao recém-nascido.

Inicialmente foi realizada a busca de todos os recém-nascidos menores de 32 semanas nos “Livro de Registro de Partos” do centro de parto vaginal, centro cirúrgico e emergência e após foi feito a revisão dos prontuários destes recém-nascidos, a fim de preencher o formulário próprio.

O estudo foi realizado após liberação da diretoria do hospital e do Comitê de Ética para a pesquisa nos livros de registro de parto e autorização do acesso aos prontuários. E também após a anuência quanto à dispensa do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, conforme protocolo Nº 18/13. E foi respeitado de acordo com a Resolução 466/2012 onde diz que: ao utilizar o material e os dados obtidos na pesquisa só será utilizado com esta finalidade, sendo atendidos os princípios da bioética como a autonomia, não maleficência, beneficência, justiça e equidade e ainda assegurar os direitos e deveres que dizem respeito aos participantes da pesquisa, à comunidade científica e ao Estado.

RESULTADOS

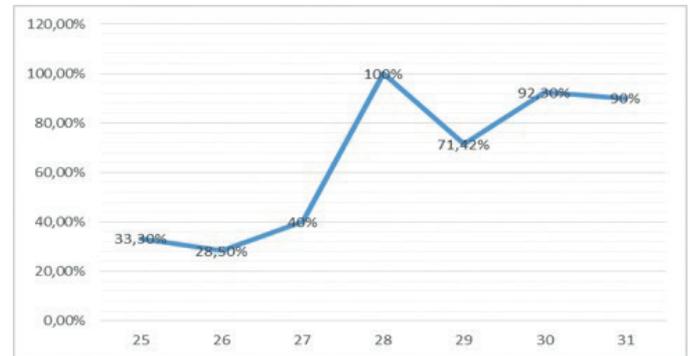
Na neonatologia, em se tratando de prematuros extremos, o momento do parto torna-se extremamente controverso do ponto de vista de se iniciar ou não a reanimação neonatal, devido à extrema imaturidade desses recém-nascidos. Vários fatores influenciam a tomada de decisão de iniciar ou não a reanimação neonatal destacando-se o medo de processo judicial que leva o médico a praticar intervenções desnecessárias; o aumento do número de RNs frutos de inseminação artificial, que leva os médicos a manterem tratamentos talvez inapropriados, já que os pais investiram muito para concebê-lo; o fato de o médico ser treinado para salvar vidas, existindo, portanto, um conflito interno por “não fazer nada” e a inadequada resposta à solicitação dos pais para se “fazer tudo”¹⁰.

De acordo com os resultados analisados evidenciamos que o limite de viabilidade no ano de 2015 foi de 28 semanas com peso médio de 1080 gramas, notamos ainda que houve sobrevivência dos recém-nascidos a partir de 25 semanas e que em idades inferiores a mortalidade foi de 100%. O peso mínimo em que houve sobrevivência foi 775 gramas com idade gestacional de 25 semanas e 4 dias. Dos 66 prematuros extremos avaliados 41 sobreviveram até o momento de alta médica (62,1%) e 25 foram a óbito (39,3%), esse dado não reflete a sobrevida pós alta hospitalar uma vez que o estudo avaliou os dados desde o nascimento até o momento de alta médica da internação.

Ainda no que concerne à população de estudo, optou-se por excluir os prematuros tardios por se tratar de grupo com

padrão de morbidade e mortalidade específico, bastante distinto dos nascidos até 32 semanas. Os pacientes portadores de anomalias congênitas maiores também não foram incluídos, uma vez que a presença de malformações, por si só, leva a um aumento da chance de óbito. Estudaram-se apenas os nascidos na própria maternidade, não sendo analisados os pacientes externos, transportados para outra unidade, pois se sabe que a mortalidade dos últimos é significativamente mais elevada¹¹.

Gráfico 1: Viabilidade neonatal em 2015



Outro aspecto importante é a divisão por faixas de IG, que permite uma comparação mais apropriada entre os grupos e análise do impacto de cada faixa de IG na sobrevida perinatal. Vale ressaltar que, enquanto a definição da Organização Mundial de Saúde para determinação do período perinatal, ou seja, a partir de 22 semanas, é adotada na maioria das regiões participantes, no Reino Unido o registro de nascidos mortos é feito a partir de 24 semanas, na Dinamarca com 28 semanas, na Itália o ponto de corte é 180 dias de gestação e na Alemanha, considera-se o peso ao nascer maior ou igual a 500g. Esses diferentes conceitos podem afetar diretamente os resultados, de tal forma que as políticas de cada serviço, as decisões baseadas em critérios éticos, o respeito à decisão dos pais e as atitudes individuais do médico devem ser considerados⁴.

Tabela 1 – Associação das variáveis com óbito neonatal

Variáveis referentes aos recém-nascidos (n=65)	ÓBITOS				P
	SIM (N 23)		NÃO (N 42)		
IDADE MATERNA					0,55
<19 anos	2	3%	7	10,7%	
19-35 anos	20	30%	29	44,6%	
>35 anos	1	1,5%	6	9,2%	
PRÉ-NATAL					0,79
Sim	19	29,2%	32	49,2%	
Não	2	3%	4	6,1%	
Sem relato	2	3%	6	9,2%	
SOROLOGIAS					0,18
Normais	19	29,2%	35	53,8%	
Alteradas	0	-	6	9,2%	
Sem relato	4	6,1%	1	1,5%	

Variáveis referentes aos recém-nascidos (n=65)	ÓBITOS				P
	SIM (N 23)		NÃO (N 42)		
INTERCORRÊNCIAS GESTACIONAIS					0,20
Não apresentaram	8	12,3%	18	27,6%	
DHEG	4	6,1%	10	15,3%	
Infeção do trato urinário (ITU)	1	1,5%	9	13,8%	
Incompetência istmo cervical	1	1,5%	0	-	
Corioamnionite	0	-	2	3%	
ITU + incompetência istmo cervical	1	1,5%	0	-	
Outros	5	7,6%	2	3%	
Sem relato	3	4,6%	1	1,5%	
CORTICOIDE					0,92
Não realizou	7	10,7%	9	13,8%	
1 dose	6	9,2%	10	15,3%	
2 doses	10	15,3%	23	35,3%	
ROPREMA					0,59
Menor 18h	15	23%	22	33,8%	
Maior 18h	7	10,7%	17	26,1%	
Sem relato	1	1,5%	3	4,6%	
LÍQUIDO AMNIOTICO					0,65
Claro	17	26,1%	10	15,3%	
Meconial	1	1,5%	2	3%	
Purulento	6	9,2%	2	3%	
Sanguinolento	4	6,1%	1	1,5%	
Outros	1	1,5%	0	-	
Sem relato	12	18,4	9	13,8%	
USO DROGAS MATERNAS					0,09
Não	20	30,7%	27	41,5%	
Crack	0	-	1	1,5%	
Tabaco	1	1,5%	6	9,2%	
Álcool	1	1,5%	0	-	
Sem relato	1	1,5%	8	12,3%	
VIA DE PARTO					0,52
Vaginal	15	23%	24	36,9%	
Cesária	8	12,3%	18	27,6%	
CLASSIFICAÇÃO					0,89
PIG	3	4,6%	5	7,6%	
AIG	20	30,7%	37	56,9%	
GIG	0	-	0	-	
Apgar 5 mim					0,03 RR=6
< 5	13	20%	8	12,3%	
5-7	8	12,3%	17	26,2%	
>7	2	3,1%	17	26,2%	

Variáveis referentes aos recém-nascidos (n=65)	ÓBITOS				P
	SIM (N 23)		NÃO (N 42)		
Apgar 5 mim					0,01 RR=3
<5	8	12,3%	1	1,5%	
5-7	2	3%	8	12,3%	
>7	13	20%	33	50,7%	
REANIMAÇÃO					0,67
Não	4	6,1%	11	16,9%	
Ventilação	15	23%	30	46,1%	
Ventilação +massagem cardíaca	3	4,6%	0	-	
Ventilação+ massagem cardíaca + drogas vasoativas	2	3%	0	-	
Sem relato	1	1,5%	1	1,5%	
SURFACTANTE PULMONAR					0,34
Não	3	4,6%	10	15,3%	
1 dose	10	15,3%	28	43%	
2 doses	6	9,2%	3	4,6%	
Sem relato	4	6,1%	1	1,5%	
HEMORRAGIA INTRACRANIANA					
Sim	4	6,1%	10	15,3%	
Não	19	29,2%	32	49,2%	
Sem relato	0	-	0	-	
SEXO					
Masculino	12	32,4%	25	67,6%	
Feminino	11	39,3%	17	60,7%	
PESO					
Média	836,52		1204,52		

DISCUSSÃO

A frequência de gêmeos tem crescido muito nos últimos anos, principalmente pelas técnicas de tratamento da infertilidade. A simples presença de mais um feto aumenta a chance de fetos prematuros, hipertensão arterial, ruptura das membranas e morte fetal intraútero (RAMOS, et al, 2009). A Rede Brasileira de Pesquisas Neonatais disponibilizou o dado de 2015 em que demonstrou 21 % das gestações foram gemelar nesse ano, ao analisar recém-nascidos com peso inferior a 1500 gramas. Nosso estudo, a taxa de gestação múltipla foi de 11,4%.

Sabe-se que na adolescência há maior concentração de agravos à saúde materna, assim como de complicações relacionadas a gestação, parto e puerpério, tais como baixo ganho de peso materno, desproporção cefalopélvica, pré-eclâmpsia, prematuridade, baixo peso ao nascer e Apgar baixo no quinto minuto, além de refletir uma faixa etária de extrema vulnerabilidade psicológica e por vezes social, que potencializa os riscos de prematuridade nesse grupo¹². Já idades maternas avançadas, maior ou iguala 35 anos, já incluem as gestantes em pré-natal

de alto risco por aumentarem o risco de comorbidades e intercorrências gestacionais, bem como a ocorrência de síndromes genéticas e malformações fetais¹³. Estudo realizado em uma maternidade pública no segundo semestre de 2010 em Imperatriz no Maranhão que avaliou fatores de riscos maternos relacionados a maternidade mostrou que 40 % das puérperas que tiveram parto prematuro apresentavam extremos de idade (<20 anos ou > ou igual a 35 anos), percentual menor foi visto no nosso serviço em que 24,6 % das gestantes se encontravam em idades extremas.

A realização do pré-natal é de suma importância para avaliação de risco gestacional que deve ser realizada em todas as consultas seguindo os critérios para sua caracterização, e a gestante deve ser encaminhada ao pré-natal adequado à sua situação. A ausência de cuidados pré-natais está associada a um aumento do risco de baixo peso ao nascer, partos prematuros e mortalidade materna e infantil¹². O ministério da Saúde preconiza a realização de 1 consulta por mês até 28 semanas, a cada 15 dias da 28 a 36 semana e semanalmente da 36-41 semanas em pré-natais de baixo risco¹⁴. Se considerarmos tal orientação, o número de consultas de pré-natal por gestante deveria ser em torno de 6 consultas até a 32 semana de idade gestacional se descoberta precoce da gestação. Na cartilha do ministério da saúde de gestação de alto risco não especifica qual o número de consultas a serem realizadas, devendo individualizar a frequência de retorno médico de acordo com a patologia evidenciada por cada mulher¹⁴.

No mesmo estudo, descrito anteriormente, de Imperatriz no Maranhão destacou que das puérperas que tiveram conceptos de forma antecipada (IG <37sem) 43% realizaram mais de 5 consultas de pré-natal, contra 57 % que não realizaram ou que realizaram menos de 5 consultas. No nosso estudo, por se tratar de prematuros extremos, não realizamos a estratificação por número de consultas, mas a taxa de não realização de pré-natal foi e 9,2 % das puérperas avaliadas, 78,5% realizaram pelo menos 1 consulta de pré natal e em 12,3% dos prontuários avaliados não houve relato de realização de pré-natal, com número médio de consultas de 3,5. Um estudo relatado por Castro e colaboradores⁴ encontraram valores semelhantes, demonstrado que a média foi de 3,7 consultas de pré-natal nesse estudo. Já, os dados da Rede Brasileira de Pesquisas Neonatais, mostrou que 94% das puérperas mães de bebês com peso inferior a 1500 gramas realizaram pré-natal, no ano de 2015.

A baixa frequência de uso de corticosteroide antenatal, no período pré-parto, associa-se a maior incidência de síndrome do desconforto respiratório e mortalidade neonatal (ALMEIDA, et al, 2008). Estudos recentes sugerem efeito benéfico significativo do uso de esteróides antenatal em neonatos no limite de viabilidade^{4,15,16,17,18}. Vários estudos mostraram que a exposição

ao esteroide entre 22-25 semanas mostraram diminuição da mortalidade, da síndrome do desconforto respiratório e da hemorragia intraventricular^{16,17,18}.

De acordo com a “The Vermont Oxford Network”, o uso de corticoide teve o mesmo efeito protetor em RN adequados para idade gestacional e pequenos para a idade gestacional de 25 a 30 Semanas de gestação, concluindo que os benefícios dos corticoides não são dependentes do crescimento^{15,19}. O corticoide antenatal foi realizado em 46 pacientes (75,4%), dessas 15 realizaram apenas 1 dose (24,5%) e 31 fizeram o esquema completo com duas doses de corticoterapia (50,8%) e 15 mães não fizeram uso (24,59%). Nos dados de 2015 da Rede Brasileira de pesquisas neonatais, ao avaliar recém-nascidos com peso inferior a 1500 gramas, mostrou que 74% das gestantes realizaram corticoide antenatal. Outro estudo avaliou fatores de sobrevida de mortalidade em prematuros extremos, mostrou que 71,2% das gestantes realizaram uso de esteroide antenatal, valor próximo ao encontrado no nosso estudo, que evidenciou que 75,3% das gestantes receberam 1 ou 2 doses de corticoide antes do parto⁴.

Segundo a OMS, o uso de drogas lícitas e ilícitas é um fenômeno prevalente em todo o mundo e está entre os 20 maiores fatores de risco para problemas de saúde. As complicações gestacionais provocadas pelo abuso de crack na gestação são a alta incidência de aborto, descolamento prematuro de placenta (DPP), trabalho de parto prematuro, ruptura uterina, disritmias cardíacas, ruptura hepática, isquemia cerebral, infarto e morte. A ação direta da cocaína sobre o feto raramente provoca anomalias. Os recém-nascidos expostos intraútero à cocaína/crack, podem apresentar baixo peso ao nascer, diminuição do perímetro cefálico, retardo no desenvolvimento neuropsicomotor e risco de morte súbita. Após o nascimento pode haver dificuldade para o ganho de peso, aumento da incidência de apneia do sono e síndrome da morte súbita infantil²⁰. Complicações gestacionais semelhantes são relatadas em gestantes tabagista e alcoolistas, porém estudos demonstram que o tabaco, principalmente para as gestantes que consomem mais de 25 cigarros por dia, aumenta os riscos de malformações fetais, principalmente cardíacas e que a nicotina é uma substância teratogênica do tubo neural, bem como atua no desenvolvimento inadequado do pulmão fetal²¹. Já no abuso de álcool os efeitos deletérios ao embrião e ao feto incluem alterações físicas, mentais, comportamentais e/ou de aprendizado que podem se perpetuar por toda a vida. Os indivíduos afetados muitas vezes podem apresentar problemas de memória, atenção, linguagem e audição²².

Almeida e colaboradores¹¹, ao analisar fatores de riscos gestacionais relacionados ao parto prematuro, evidenciaram que 7% das gestantes eram tabagistas e 9% etilistas, nesse estudo

não foi analisado uso de drogas ilícitas. No nosso trabalho encontramos taxas de tabagismo referido um pouco superior, de 10,7% e de elitismo (1,5%) bastante reduzida quando comparada com o estudo acima.

O Manual de Perinatologia da Federação Brasileira e Ginecologia e Obstetrícia (FEBRASGO) defende não haver via de parto preferencial ou protetora ao neonato prematuro²². A escolha da via de parto depende da idade gestacional (viabilidade), peso estimado do feto, apresentação fetal, condições do colo uterino, integridade das membranas ovulares e a possibilidade de monitoração fetal e experiência da equipe envolvida. Quando o feto é considerado inviável, deve-se preferir a via vaginal para se evitar os riscos médicos associados à cesárea.

Na literatura mundial encontramos vários fatores de risco relacionado ao recém-nascido que pioram o prognóstico e limitam a sobrevivência, dentre elas destacamos: sexo masculino, bradicardia persistente no quinto minuto de vida, hipotermia e índice prognóstico elevado à admissão, pequenos para idade gestacional, restrição de crescimento intrauterino, entre outros⁴.

Existem várias curvas relacionadas ao crescimento fetal, mas a curva de Lubchenco parece ser a mais adequada para o estudo da influência do retardo de crescimento intra-uterino, sobre a mortalidade neonatal mesmo sabendo que esta pode subestimar a proporção de neonatos pequenos para idade gestacional. Os recém-nascidos pequenos para idade gestacional, apresentaram evolução e prognósticos piores quando comparados aos adequados para idade gestacional, entre percentil 10 e 90 do gráfico que relaciona peso e idade gestacional¹¹.

Ainda, no que se refere as características dos recém-nascidos quanto menor a idade gestacional e peso de nascimento pior o prognóstico e menor a sobrevivência. Além disso, o sexo feminino se mostrou como fator de melhor prognóstico quando comparado com o masculino¹².

Apesar do progresso na qualidade dos cuidados perinatais, que representa diminuição na mortalidade, ainda existe elevado risco de injúria neurológica severa²³. Quanto à asfíxia perinatal, observou-se que o escore de Apgar entre 0 e 6 no 5º minuto se associou fortemente ao óbito neonatal precoce. O Apgar de 1º minuto não se mostrou útil para prever o risco de morte¹¹. No nosso estudo os apgar abaixo de 5 tanto no 1º, quanto 5º minutos contribuíram para o óbito.

Dos prematuros extremos avaliados no nosso estudo, 73,8% desses necessitaram de alguma manobra de reanimação neonatal no momento do nascimento. A reanimação neonatal se fez necessária em 80,1% dos neonatos⁴. A diretriz de reanimação do prematuro (IG inferior a 34 semanas) da Sociedade Brasileira de Pediatria (2016), com base em dados nacionais, demonstra que 62% prematuros com idade gestacional inferior a 34 semanas necessitaram de ventilação em sala de parto e

que 6% necessitaram de ventilação e massagem cardíaca e ou drogas vasoativas²⁴. Na nossa pesquisa a taxa de recém-nascidos que necessitaram de ventilação em sala de parto para iniciar ou manter padrão respiratório foi de 69,1%, e em 3 deles (4,6%) foi necessário realizar massagem cardíaca sincronizada com ventilação e em apenas 1 (1,5%) foi necessário o uso de drogas vasoativas somada as manobras já descritas.

A terapia com surfactante exógeno reduz a incidência de morte, síndrome de escape de ar e hemorragia intraventricular em recém-nascidos prematuros, e o uso precoce nas primeiras horas é indicado²⁵. Duas estratégias podem ser utilizadas para a sua indicação: a terapêutica e a profilática. O tratamento profilático deve ser considerado em prematuros com idade gestacional \leq 26 semanas, havendo redução da mortalidade, da frequência e da gravidade da Síndrome de desconforto respiratório, da síndrome de ar extra-pulmonar e da evolução combinada de morte ou displasia broncopulmonar quando comparado ao tratamento de resgate com surfactante, porém não tem indicação precisa. E o tratamento precoce (até 180 minutos de vida) deve ser realizado para prematuros com menos de 30 semanas de gestação e evidência de síndrome de desconforto respiratório (SDR), havendo redução da mortalidade, da frequência e da gravidade da SDR, da síndrome de ar extra-pulmonar e da evolução combinada de morte ou displasia broncopulmonar comparado ao tratamento de resgate²⁶.

Nesse estudo tivemos 13,8% de bebês que necessitaram de uma segunda dose de surfactante pulmonar. Em Brasília os índices fora de 18,7% dos neonatos necessitaram de duas doses de terapia de reposição de surfactante⁴.

A média geral de dias de hospitalização foi de 39,13 dias, com 4 bebês sobrevivendo no pós-parto por apenas alguns minutos ou poucas horas (6,25%), não sendo encaminhados a leitos de unidade de terapia intensiva neonatal (UTIN) e evoluindo para óbito no próprio local de nascimento (centro cirúrgico ou obstétrico).

Dos 42 bebês que sobreviveram para a alta médica, observamos que 10 apresentaram hemorragia intraventricular (23,80%), os demais apresentaram ultrassom transfontanela sem alterações. Nos que evoluíram a óbito a taxa de hemorragia intra craniana foi de 17,39%. Já em outro estudo evidenciou taxa bastante inferior ao encontrado no nosso, com um percentual de 10,8 de hemorragia grau 3 ou 4. Tal diferença, pode ser explicada pelo fato que no nosso estudo foi contabilizado todo e qualquer grau de hemorragia intracraniana, não incluindo apenas os casos graves⁴.

Na UTIN permaneceram internados em média 15,5 dias os 60 neonatos que chegaram a ser transferidos a essa unidade. Desses 42 pacientes sobreviveram e tiveram uma

média de permanência em unidade de cuidados intermediário neonatal convencional e canguru por 36,73 dias, recebendo alta médica ou transferidos a outras unidades para complementação terapêutica.

CONCLUSÃO

Portanto, o limite de viabilidade neonatal encontrado no ano de 2015 no Hospital e Maternidade Dona Íris foi de 28 semanas, ainda acima do esperado quando se compara grandes centros e as taxas de países desenvolvidos, porém é comparável aos países subdesenvolvidos e em desenvolvimento. O apgar menor que 5 no primeiro e quinto minutos contribuíram para óbito neonatal sugerindo que uma assistência adequada com profissionais treinados pode impactar na mortalidade de prematuros extremos.

REFERÊNCIAS

1. Brasil. Ministério Da Saúde. Manual de Vigilância do Óbito Infantil e Fetal e do Comitê de Prevenção do Óbito Infantil e Fetal. Brasília, 2009.
2. Lorena SHT; Brito JMS. Estudo retrospectivo de crianças pré-termo no Ambulatório de Especialidades Jardim Peri-Peri. Arq. Bras. Oftalmol., São Paulo, 72(3), 2009.
3. Fischer M, Steurer MA, Adams M, Berger TM; Swiss Neonatal Network. Survival rates of extremely preterm infants (gestational age <26 weeks) in Switzerland: impacto of the Swiss guidelines for the care of infants born at the limit of viability. Arch Dis Child Fetal Neonatal, 84(6): :F407-13, 2009.
4. Castro MP, Rugolo LMSS, MargottoPR.. Sobrevida e morbidade em prematuros com menos de 32 semanas de gestação na região central do Brasil. Rev. Bras. Ginecol. Obstet., Rio de Janeiro, 34(5):235-242, 2012 .
5. Rugolo LM. Crescimento e desenvolvimento a longo prazo do prematuro extremo. J Pediatr., 81 (Supl. 1):S101-S110, 2005.
6. Berger TM, Bernet V, El Alama S, Fauchère JC, Hösli I, Irion O, Kind C, Latal B, Nelle M, Pfister RE, Surbek D, Truttmann AC, Wissner J, Zimmermann R. Perinatal care at the limit of viability between 22 and 26 completed weeks of gestation in Switzerland. Swiss Med Wkly, 18;141:w13280, 2009.
7. Seri I, Evans J. Limite de viabilidade: definição da zona cinzenta. Journal of Perinatology, 28(1):S4-S8, 2008.
8. Doyle LW. Neonatal Intensive Care at borderline viability - is it worth it? E Human Develop., 80(80):103-13, 2004.
9. Guinsburg R, Almeida MFB. Reanimação do Prematuro <34 semanas em sala de parto: Diretrizes 2016 da Sociedade Brasileira de Pediatria 26 de janeiro de 2016. Disponível em: http://www.sbp.com.br/reanimacao/wp-content/uploads/2016/01/DiretrizesSBPReanimacao_Prematuro-Menor34semanas26jan2016.pdf. Acesso em 12.01.2017.
10. AmbrósioCR, Almeida MFB, GuinsburgR. Opinions of Brazilian resuscitation instructors regarding resuscitation in the delivery room of extremely preterm newborns. Jornal de Pediatria, 92(6), 609-615, 2016.
11. Almeida MF, Jorge MHPM. Pequenos para idade gestacional: fator de risco para mortalidade neonatal. Rev. Saúde Pública, 32 (3): 217-24, 1998
12. Ramos HAC, Cuman RKN. Fatores de risco para prematuridade: pesquisa documental." Esc Anna Nery Ver Enferm., 13(2),2009.
13. Gonçalves ZR, Monteiro DLM. Complicações maternas em gestantes com idade avançada. Femina, 40(5), 2012.
14. Brasil. Ministério da Saúde. Gestação de Alto Risco: manual técnico. Brasília, 2012.
15. Ishikawa H, Miyazaki K, Ikeda T, Murabayashi N, Hayashi K, Kai A, Ishikawa K, Miyamoto Y, Nishimura K, Kono Y, Kusuda S, Fujimura M, Neonatal Research Network of Japan The Effects of Antenatal Corticosteroids on Short- and Long-Term Outcomes in Small-for-Gestational-Age Infants. International journal of medical sciences, 12(4), 295-300, 2015.
16. Mori R, Kusuda S, Fujimura M. Antenatal corticosteroids promote survival of extremely preterm infants born at 22 to 23 weeks of gestation. The Journal of pediatrics, 159(1), 110-114, 2011.
17. Bader D, Kugelman A, Boyko V, Levitzki O, Lerner-Geva L, Riskin A, Reichman B; Israel Neonatal Network. Risk factors and estimation tool for death among extremely premature infants: a national study. Pediatrics, 125(4):696-703, 2010.
18. Tyson JE, Parikh NA, Langer J, Green C, Higgins RD; National Institute of Child Health and Human Development Neonatal Research Network. Intensive care for extreme prematurity—moving beyond gestational age." New England Journal of Medicine, 17;358(16):1672-81, 2008.
19. Bernstein IM, Horbar JD, Badger CJ, Ohlsson A, Golan A. Morbidity and mortality among very-low-birth-weight neonates with intrauterine growth restriction. The Vermont Oxford Network. Am J ObstetGynecol, 182(1 Pt 1):198-206, 2000.
20. Botelho APM, Rocha RC, Melo VH. Uso e dependência de cocaína e crack na gestação, parto e puerpério. Femina, 41(1):23-32 2013.
21. Souza ACB, Silva SSBE. As influências do tabagismo na gestação. Disponível em: http://www.grupofaef.edu.br/recursos/4/files/pdf/modelo_de_artigo_nupes.pdf. Acesso em 12.12.2017.
22. Manual de Orientação Perinatologia. Disponível em: https://www.febrasgo.org.br/images/arquivos/manuais/Manuais_Novos/Perinatologia.pdf. Acesso em 12.12.2017
23. Bezerra AL, Moreno GMM, Clementino ACCR, Chagas APC, Moura IS, Silva J. Ética na decisão terapêutica em condições de prematuridade extrema. Revbioet, 22(3): 569-74, 2014.
24. Sociedade Brasileira de Pediatria. Reanimação do Prematuro. Disponível em: http://www.sbp.com.br/fileadmin/user_upload/DiretrizesSBPReanimacaoPrematuroMenor34semanas26jan2016.pdf. Acesso em 12.12.2017.
25. Rojas-Reyes MX, Morley CJ, Soll R. Prophylactic versus selective use of surfactant in preventing morbidity and mortality in preterm infants. Cochrane Database Syst Rev, 14;(3):CD000510, 2012.
26. Rebello CM. I Consenso Brasileiro de Ventilação Mecânica em Pediatria e Neonatologia: uso do surfactante no recém-nascido. Disponível em: http://www.sbp.com.br/fileadmin/user_upload/2015/02/i_consenso_brasileiro_de_surfactante.pdf. Acesso em 12.12.2017.