



Grupo Hospitalar Conceição
Hospital Nossa Senhora da Conceição
Hospital da Criança Conceição

Núcleo Hospitalar de Epidemiologia

BEHCO - Boletim Epidemiológico do Hospital Conceição

Volume 02
Nº 01 – **2018**

ISSN 2594-3936

**Monitoramento e Tendências da Estatística Vital da Linha de Cuidado
Mãe Bebê, Hospital Nossa Senhora da Conceição, 2008 a 2017**



EXPEDIENTE

© 2017. Ministério da Saúde. Grupo Hospitalar Conceição. Hospital Nossa Senhora da Conceição e Criança Conceição. É permitida a reprodução parcial ou total desta obra, desde que citada a fonte e que não seja para venda ou qualquer fim comercial.

Publicação eletrônica com periodicidade trimestral

Diretoria do Grupo Hospitalar Conceição

Diretora-Superintendente – Adriana Denise Acker

Diretor Administrativo e Financeiro – José Ricardo Agliardi Silveira

Diretor Técnico – Mauro Fett Sparta de Souza

Gerente de Unidades de Internação

José Accioly Jobim Fossari

Corpo Editorial

Ivana Rosângela dos Santos Varella¹, Patricia Fisch¹, Maria da Glória Accioly Sirena¹, Ana Paula de Melo Saraçol¹, Paulina Rosa de Marco Crestani¹, Leilane de Freitas Moreira¹, Lisete Maria Ambrosi²

¹ Equipe do Núcleo de Epidemiologia

² Linha de Cuidado Mãe Bebê, Maternidade do Hospital Nossa Senhora da Conceição

Equipe Editorial do Núcleo Hospitalar de Epidemiologia HNSC-HCC

Editora Científica: Ivana Rosângela dos Santos Varella

Editoras Assistentes: Carina Guedes Ramos, Patricia Fisch, Maria da Glória Accioly Sirena, Angela Piccoli Ziegler, Jane Mattei da Costa Cano.

Equipe do Núcleo Hospitalar de Epidemiologia HNSC-HCC

Ivana R. S. Varella, Pediatra e Epidemiologista, PhD, Responsável Técnica; Adriana Falavigna, Ana Paula De Melo Saracol, Enfermeira; Angela Piccoli Ziegler, Médica Infectologista; Carina Guedes Ramos, Médica Infectologista e Epidemiologista, PhD; Janaína Furtado Rodrigues, Enfermeira; Jane Mattei da Costa Cano, Médica Oncologista, PhD; Maria da Glória Accioly Sirena, Médica de Família e Comunidade; Maria da Graça Pimenta Machado, Enfermeira; Patrícia Fisch, Médica Infectologista e Epidemiologista, PhD; Alexandre de Oliveira Vanderlei, Angela Cristina Amaral dos Santos, Eidryan Deniseski Vieira, Paulina Rosa de Marco Crestani (Técnicos de Enfermagem); Leilane de Freitas Moreira (Auxiliar Administrativo); Débora Marques da Silva, Andrine Moraes de Souza, Brenda Jardim Carvalho, Yasmin da Rosa Mesquita (Estagiárias acadêmicas de enfermagem).

Revisão gráfica e distribuição eletrônica

Assessoria de Comunicação Social e Gerência de Informática GHC

Colaboração

Luciane Berto Benedetti (Centro de Documentação GHC)

Endereço para correspondência: Núcleo Hospitalar de Epidemiologia, Hospital Nossa Senhora da Conceição – Av Francisco Trein, 596, Bairro Cristo Redentor, 4º andar, CEP: 91350-200. E-mail: nhepidemio@ghc.com.br



MINISTÉRIO DA
SAÚDE



Sumário

Apresentação 2

Metodologia..... 3

A Situação da Estatística Vital no Brasil, Rio Grande do Sul e Porto Alegre..... 3

Situação da capacidade instalada na maternidade do Hospital Nossa Senhora da Conceição 4

Análise de tendência temporal dos procedimentos obstétricos, Maternidade do HNSC, 2008 a 2017..... 5

Características demográficas, obstétricas e neonatais das gestantes e bebês atendidos para parto ou abortamento 8

Avaliação e resultados do Rastreamento do HIV com Teste Rápido no momento do parto 13

Conclusão..... 15

Referências 16

BEHCO – BOLETIM EPIDEMIOLÓGICO DO HOSPITAL CONCEIÇÃO

Monitoramento e Tendências da Estatística Vital da Linha de Cuidado Mãe Bebê, Hospital Nossa Senhora da Conceição

2018

Apresentação

Desde março de 2007 o Núcleo Hospitalar de Epidemiologia do Hospital Nossa Senhora da Conceição e Criança Conceição (NHE/HNSC-HCC) tem realizado o monitoramento da estatística vital da maternidade. Esta vigilância tem abrangência em dois processos de trabalho: o primeiro é a investigação epidemiológica das gestantes quanto às características do parto e os produtos da gestação. O segundo processo de trabalho é a investigação de exames laboratoriais durante a gestação atual ou momento do parto para monitoramento de infecções perinatais. Ao longo destes 10 anos observamos uma queda nas taxas de natalidade no Brasil e no Rio Grande do Sul. Por outro lado houve aumento de 23,8% na taxa de detecção de HIV em gestantes no país e Porto Alegre é a capital com a maior taxa registrada em 2016, com 20,0 casos/mil nascidos vivos¹. O Hospital Conceição é referência para atendimento de gestantes com infecções perinatais e como uma importante estratégia de prevenção da doença destaca-se a introdução pioneira do teste rápido HIV implantado no momento do parto, mediante o aconselhamento, como iniciativa e recomendação do Serviço de Infectologia do HNSC. Resgatando este histórico, em 07/06/2000 o teste foi oferecido às parturientes sem o teste anti-HIV na gestação. Em 25/10/2004 o critério foi ampliado àquelas com exame anti-HIV coletado há mais de três meses antes do parto. Em 19/03/2007 o teste passou a ser oferecido a todas as gestantes soronegativas para o HIV, independente da data de realização do anti-HIV anterior, como estratégia para detectar infecção aguda no período gestacional, fator determinante na transmissão vertical do vírus². Outras ações importantes foram implementadas para a qualificação da assistência. Entretanto, como o tema selecionado para este artigo é muito amplo, o objetivo atual será descrever as tendências de atendimentos de gestantes e seus bebês conforme as características demográficas, obstétricas e neonatais, estabelecer algumas comparações com dados de Porto Alegre e do Rio Grande do Sul e avaliar o rastreamento do HIV em gestantes com teste rápido no momento do parto.

Ivana Varella

Metodologia

Realizamos uma análise de tendências na proporção de partos e outros procedimentos realizados na maternidade do HNSC e de características obstétricas e neonatais entre 01 de Janeiro de 2008 e 31 de dezembro de 2017. Alguns indicadores do Programa Rede Cegonha foram calculados: nascidos vivos segundo categorias de idade da mãe; proporção de partos cesáreos e de partos cesáreos em primíparas e avaliação da capacidade instalada³. Utilizamos a base de dados em excel do NHE/HNSC-HCC contendo informações consolidadas após o controle diário da qualidade das informações do programa informatizado da Linha de Cuidado Mãe-Bebê. Eventuais duplicidades são corrigidas, assim como o número de partos ou de gestantes, conforme o número de gestações gemelares ou trigemelares. Como rotina, elaboramos relatórios mensais que são enviados ao Setor de Arquivo Médico e de Estatística e, também, à Governança, Riscos e Conformidade do Grupo Hospitalar Conceição. Em conjunto com a equipe da Farmácia do HNSC produzimos o relatório mensal dos insumos para a aplicação do teste rápido HIV (TR-HIV) e resultados de VDRL sérico no momento do parto com posterior envio ao Comitê de Transmissão Vertical da Seção de Controle de DST/Aids/RS. Os conceitos de nativivo⁽¹⁾, natimorto⁽²⁾ e aborto⁽³⁾ foram utilizados conforme os Descritores em Ciências da Saúde da Biblioteca Virtual em Saúde⁴. Para calcular as tendências das proporções binomiais utilizamos a análise de regressão baseada no teste de *Cochran-Armitage*, com auxílio dos programas *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS) versão 16.0 e Win Pepi versão 11.50.

A Situação da Estatística Vital no Brasil, Rio Grande do Sul e Porto Alegre

No Brasil segundo estimativas calculadas pelo IBGE com base nos resultados dos Censos Demográficos de 1991, 2000 e 2010 a população projetada em 2018, às 7:55h do dia 07/02/2018, é de 208.604.492 habitantes⁵. Em 2008 houve 3.105.800 nascimentos com uma redução 16,4% deste número comparando com 2.597.267 nascimentos em 2017. Até 2050 estima-se uma redução deste número em 43,8% com 1.743.814 nascimentos⁶. Na figura 1 demonstram-se as projeções das taxas de natalidade no Brasil e no Rio Grande do Sul. Estes dados podem ser diferentes quando utilizamos outras bases de dados como as Autorizações de Internações Hospitalares (AIH)⁷: houve no Brasil 1.334.663 partos em 2008 e 1.069.706 partos em 2017 com uma redução de 19,9% no período (tabela 1). **No Rio Grande do Sul e em Porto Alegre** a taxa de redução de partos, segundo as AIH, atingiu 18,2% e 11,4%, respectivamente. No Hospital Nossa Senhora da Conceição houve uma redução da taxa de partos 2,8 vezes maior do que a observada em Porto Alegre e 1,7 vezes maior em relação ao estado (tabela 1).

⁽¹⁾ Nativivo: é um feto nascido vivo com batimentos cardíacos ou respiração, indiferentemente da idade gestacional.

⁽²⁾ Natimorto é o óbito de feto com 28 semanas ou mais de gestação.

⁽³⁾ O abortamento é definido como a interrupção da gravidez antes de atingida a viabilidade fetal. O feto expulso com menos de 500g ou 20 semanas de gestação é considerado abortado.

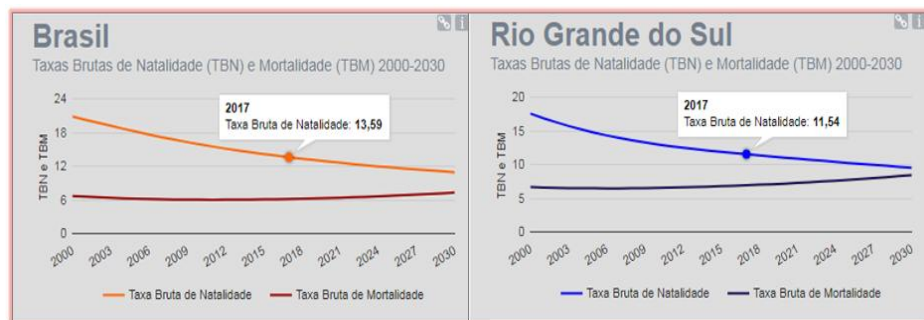


Figura 1. Taxas Brutas de Natalidade e de Mortalidade, Brasil e Rio Grande do Sul. 2000-2030.
Fonte: IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Projeções e estimativas da população do Brasil e das Unidades da Federação.

Em 2008 o número de partos ocorridos no HNSC, conforme as AIH, representavam 23,9% dos partos ocorridos em Porto Alegre, e 8,2% em relação ao estado. Em 2017 estas proporções reduziram para 18,4% e 6,7% com uma tendência significativa tanto em relação à capital (taxa de queda relativa anual: -2,4%; $P=0,007$) quanto ao estado (taxa de queda relativa:-2,1%; $P=0,094$) (tabela 1).

Tabela 1 – Número de partos segundo AIH aprovadas, Brasil, Rio Grande do Sul, Porto Alegre e Hospital Nossa Senhora da Conceição, 2008 a 2017.

Ano	BRASIL	RS	POA	HNSC
2008	1.334.663	56.922	19.588	4.689
2009	1.292.222	55.804	20.524	5.070
2010	1.237.083	52.334	20.003	5.065
2011	1.199.623	49.978	19.525	4.474
2012	1.132.041	48.766	19.841	4.860
2013	1.110.071	48.307	19.507	4.438
2014	1.134.100	47.915	18.848	4.294
2015	1.177.317	51.563	18.809	4.447
2016	1.117.303	48.247	17.987	3.717
2017	1.069.706	46.547	17.352	3.197
TOTAL	11.804.129	506.383	191.984	44.251
Variação absoluta 2017-2008	- 264.957	- 10.375	- 2.236	- 1.492
Variação relativa (%) 2017-2008	- 19,9	- 18,2	- 11,4	- 31,8

Fonte: Adaptado de Ministério da Saúde – Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS).

Situação da capacidade instalada na maternidade do Hospital Nossa Senhora da Conceição

O Hospital Nossa Senhora da Conceição S.A. conhecido popularmente como Grupo Hospitalar Conceição (GHC), é composto por quatro hospitais, doze postos de Atenção Básica e Saúde da Família, um Consultório de Rua, três Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), Unidade de Pronto Atendimento (UPA) e Centro de Educação Tecnológica e Pesquisa em Saúde (Escola GHC). Com atuação 100% SUS, é o maior complexo de saúde do sul do país, com 842 leitos, responsável pela internação de mais de 58 mil usuários por ano⁸. A maternidade da Unidade HNSC é referência para 45 Unidades Básicas da capital prestando atendimento para gestação de baixo, médio e alto risco. É composta pelo Centro Obstétrico, Unidade de Gestação de Alto Risco e Medicina Fetal (AR) (21 leitos), Alojamento Conjunto (AC) (41 leitos) e Unidade Neonatal (6 leitos). O Centro Obstétrico dispõe de Emergência Obstétrica (uma sala de Acolhimento e Classificação de Risco Obstétrico, 2 consultórios, uma sala de ecografia e uma sala de observação com 3 leitos), 6 salas PPP (Pré-Parto, Parto e Puerpério Imediato), 1 sala com 6 leitos de pré-parto de alto risco, 2 salas para cesarianas, 1 sala de procedimento, 1 sala de recuperação obstétrica com 4 leitos, 1 sala de reanimação neonatal e uma sala de observação neonatal. A primeira grande reforma em 50 anos da Maternidade teve início em agosto de 2016 com inauguração em 10 de julho de 2017 o que pode ter influenciado na redução da taxa de ocupação e no aumento da média de permanência, já que neste período foi priorizada a assistência de alto risco (tabelas 2 e 3).

Tabela 2 – Número de leitos, média de permanência e taxa de ocupação no Serviço Obstetrícia HNSC, 2008 a 2017.

Indicador/Ano	Nº leitos AC e AR	Média de permanência, dias	Taxa de ocupação (%)
2008	75	3,2	79,0
2009	75	3,2	76,1
2010	75	3,3	78,6
2011	75	3,4	78,3
2012	87	3,6	75,0
2013	87	3,9	74,8
2014	87	4,1	73,8
2015	87	4,1	75,6
2016	87	4,4	65,3
2017	81	4,5	30,3

Fonte: Prontuário eletrônico, Governança, Consolidado de Produção e Indicadores.

Tabela 3 – Número de leitos de Obstetrícia. Porto Alegre, RS e HNSC. Proporção de leitos do HNSC em relação a Porto Alegre e RS, 2008 a 2017.

Indicador/Ano	RS	POA	HNSC	% Leitos HNSC/RS	% Leitos HNSC/POA
2008	3.719	472	75	2,0	15,9
2009	3.673	453	75	2,0	16,6
2010	3.483	445	75	2,2	16,9
2011	3.445	471	75	2,2	15,9
2012	3.317	453	87	2,6	19,2
2013	3.243	451	87	2,7	19,3
2014	3.166	457	87	2,7	19,0
2015	3.164	472	87	2,7	18,4
2016	3.130	460	87	2,8	18,9
2017	3.049	429	81	2,7	18,9

Fonte: Ministério da Saúde - Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde do Brasil – CNES⁹.

Análise de tendência temporal dos procedimentos obstétricos, Maternidade do HNSC, 2008 a 2017.

O fenômeno de redução de número de partos que ocorreu no Brasil se refletiu na maternidade do HNSC. Houve 51.000 procedimentos realizados incluindo as aspirações manuais intra-uterinas (AMIU), curetagens uterinas e partos. Entre o total de procedimentos houve 44.211 gestantes atendidas para partos (86,7%) e 6.433 atendidas para abortamentos (12,6%) atingindo um total de 50.644 gestantes. Os demais procedimentos foram relacionados às AMIU ou curetagens pós-parto (0,5%) ou necessidade de repetir a técnica em uma mesma paciente (0,2%) (figura 2). No mesmo período houve 273.716 hospitalizações em todo o HNSC com decréscimo entre 2017 em relação a 2008 (25.149 x 28.898 hospitalizações). Mesmo assim, houve redução significativa no número e proporção de procedimentos na maternidade HNSC, considerando os partos comparados ao total de hospitalizações anuais em todo o hospital (taxa de redução relativa anual: 2,5%; IC95%: -4,2% a -3,3%; $P < 0,0001$) (figura 3). Por outro lado, houve tendência significativa ao aumento na proporção de partos cesáreos no total de gestantes (taxa de aumento relativo ao ano: 0,8%; $P < 0,0001$) e uma variação relativa anual de 0,13% entre as primigestas ($P = 0,834$) (figura 4).

No período avaliado houve 864 gestações gemelares, sendo 14 trigemelares, resultando em 45.089 bebês: 44.519 nativos (98,7%) e 562 natimortos. Entre os nativos 22.780 eram do sexo masculino (51,2%), 21.726 do sexo feminino (48,8%) e 13 de sexo indefinido (0,03%). Entre os natimortos 291 bebês eram do sexo masculino (51,8%), 270 do sexo feminino (48,0%) e 9 do sexo indefinido (1,6%). Aumentou a proporção de mortes fetais (peso superior a 500g), porém sem significância estatística ($P = 0,203$) (tabela 4).

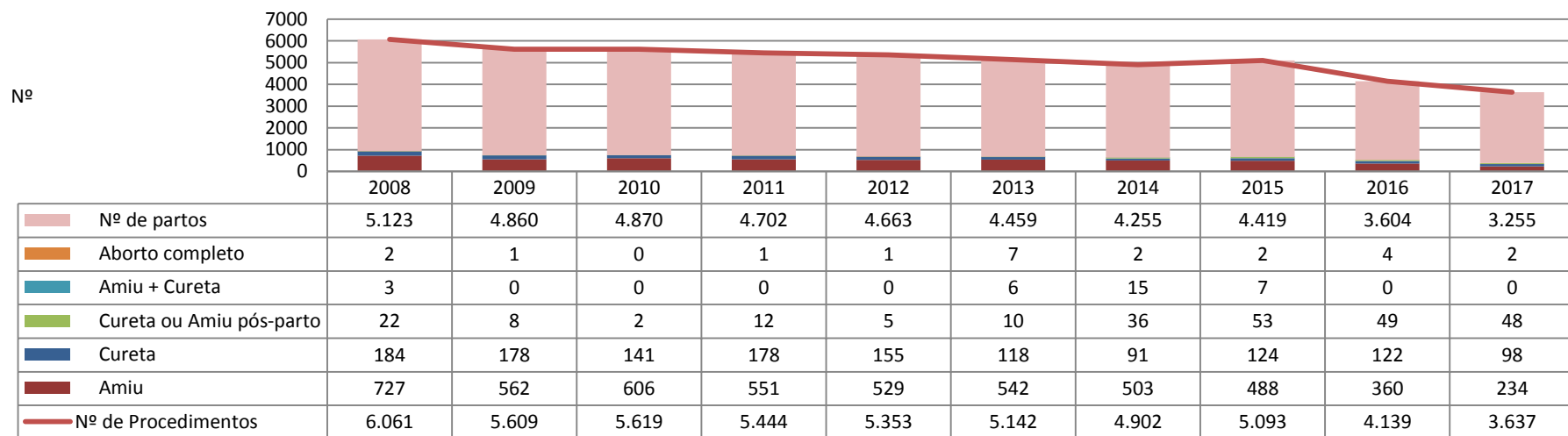


Figura 2. Número total de procedimentos, número de partos e demais procedimentos realizados na Maternidade do HNSC, 2008 a 2017.

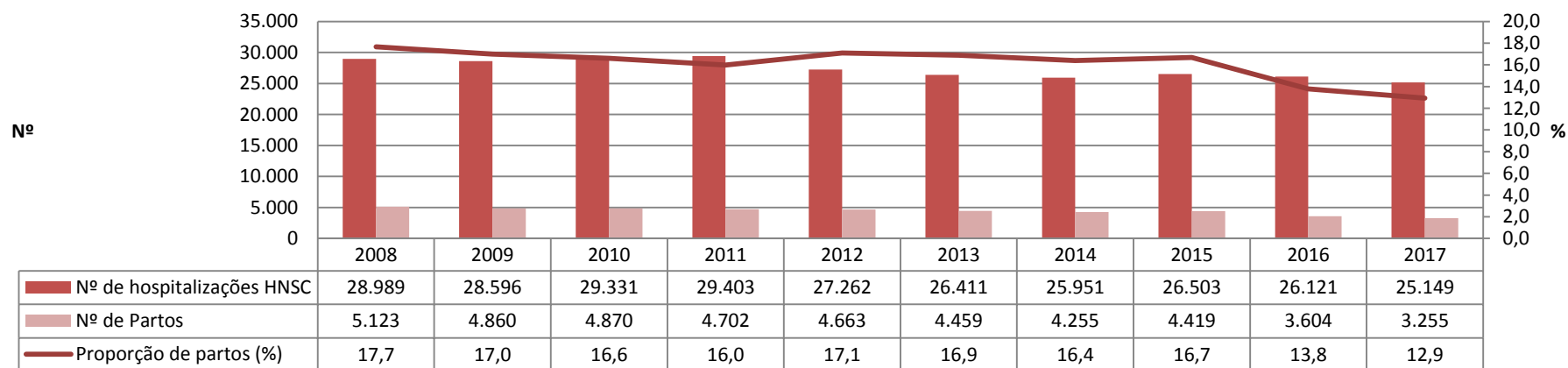


Figura 3. Número de partos na maternidade HNSC, número de hospitalizações e proporção de partos em relação ao total de hospitalizações HNSC, 2008 a 2017.

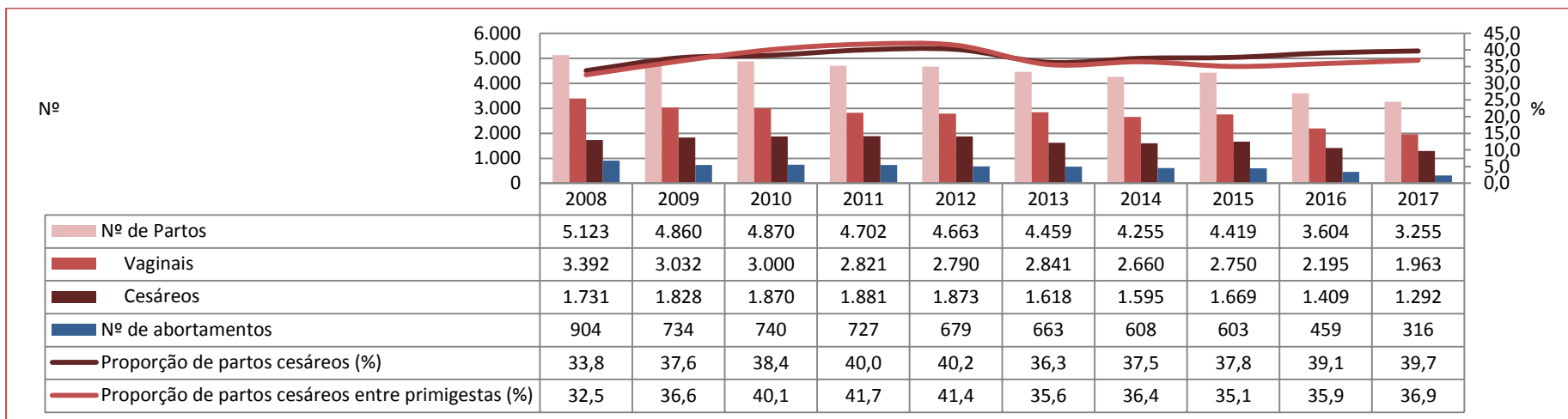


Figura 4. Número total de partos, de tipos de partos, de abortamentos e proporção de partos cesáreos e de partos cesáreos em primigestas, Maternidade do HNSC, 2008 a 2017.

Tabela 4 – Número de Nativos e de Natimortos por sexo e Proporção de natimortos em relação ao total de produtos da gestação, Maternidade HNSC, 2008 a 2017 (n=45.080).

Sexo e Produtos da gestação	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	Total	Média anual
Nº de NATIVOS	5.142	4.899	4.867	4.721	4.691	4.508	4.288	4.459	3.647	3.296	44.518	4.452
Masculinos	2.566	2.529	2.546	2.412	2.398	2.288	2.219	2.248	1.882	1.691	22.779	2.278
Femininos	2.576	2.370	2.317	2.309	2.292	2.218	2.068	2.209	1.763	1.604	21.726	2.173
Indefinidos	0	0	4	0	1	2	1	2	2	1	13	1
Nº de NATIMORTOS	61	59	72	71	62	41	49	54	52	49	562	56
Masculinos	32	30	47	38	31	18	23	22	24	26	291	29
Femininos	28	29	24	33	30	23	25	29	26	23	270	27
Indefinidos	1	0	1	0	1	0	1	3	2	0	9	1
Número de nativos e natimortos	5.203	4.958	4.939	4.792	4.753	4.549	4.337	4.513	3.699	3.345	45.080	4.508
Proporção de Natimortos/Total de produtos da gestação (%)	1,2	1,2	1,5	1,5	1,3	0,9	1,1	1,2	1,4	1,5	NSA	1,2

NSA=não se aplica.

Características demográficas, obstétricas e neonatais das gestantes e bebês atendidos para parto ou abortoamento

Entre o total de 50.644 gestantes atendidas para partos e abortamentos, 64,8% eram residentes de Porto Alegre, 31,0% do anel metropolitano e 4,8% eram residentes do interior do Rio Grande do Sul. A proporção de gestantes procedentes de Porto Alegre atendida para partos (64,5%) foi maior do que a de atendidas para abortamentos (62,0%) ($P < 0,0001$). Identificamos uma tendência significativa de aumento na proporção de gestantes residentes de Porto Alegre ao longo do período (24,3%) com um aumento relativo anual de 3,6% (58,0% X 82,3%; IC95% da taxa de aumento: +2,2% a 4,5%; $P = 0,001$) (figura 5).

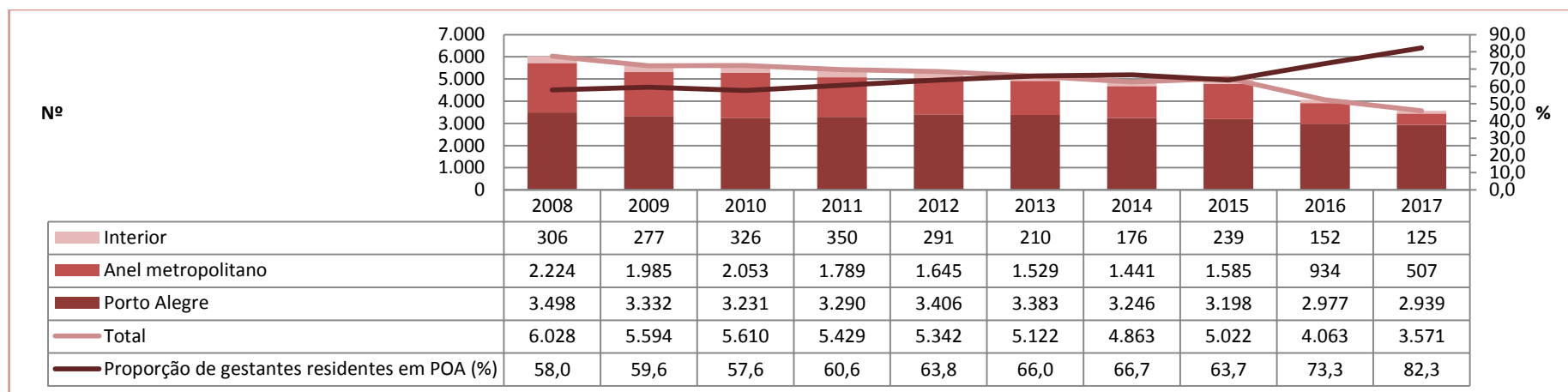


Figura 5. Número de gestantes atendidas na Maternidade do HNSC conforme local de residência e proporção de gestantes residentes em Porto Alegre, 2008 a 2017.

A maioria das gestantes atendidas em todo o período avaliado estava na faixa etária entre 20 e 24 anos de idade (27,1%), seguidas das gestantes com 25 a 29 anos (22,9%), de adolescentes (19,1%), de 30 a 34 anos (16,9%) e de 35 anos ou mais (14,0%). Quando avaliamos os produtos da gestação por faixa etária das gestantes, identificamos que a maioria daquelas com abortamentos estava entre 35 anos ou mais enquanto que aquelas com produtos nativos ou natimortos estava entre 20 e 24 anos (figura 6). A proporção de partos de adolescentes reduziu significativamente entre 2008 e 2017 com uma taxa de queda relativa de 5,6% ao ano (19,9% X 13,8%; IC95% da taxa de queda relativa: -7,4% a -3,8%; $P < 0,0001$). Esta redução ocorreu tanto entre aquelas cujos produtos foram **nativos ou natimortos** (21,0% X 14,1%; taxa de queda relativa=4,3% ao ano; IC95% da taxa de queda relativa: -5,8% a -2,8%; $P = 0,001$) como entre aquelas com **abortamentos**, mas nestas últimas com uma proporção menor (13,7% X 10,8%; taxa de queda relativa=1,97% ao ano; IC95% da taxa de queda relativa: -4,9% a +1,0%; $P = 0,041$) (figura 7).

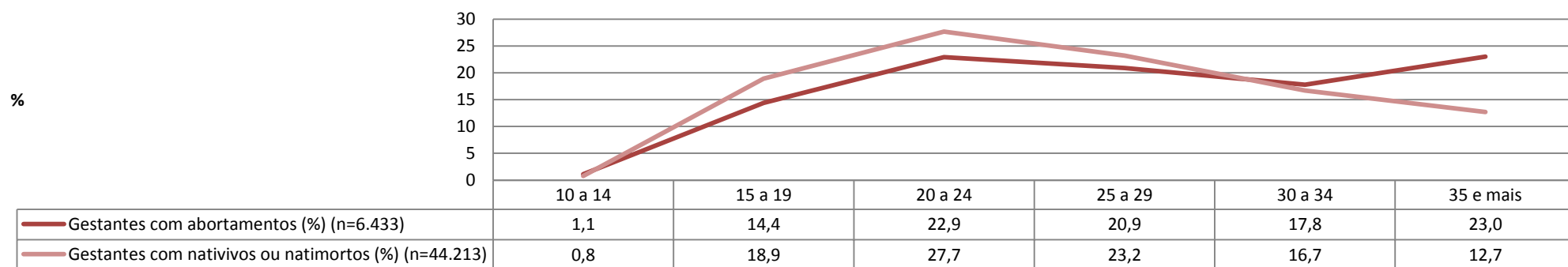


Figura 6. Distribuição das gestantes com produtos nativos/natimortos ou abortamentos, segundo a faixa etária. Maternidade do HNSC, 2008 a 2017.

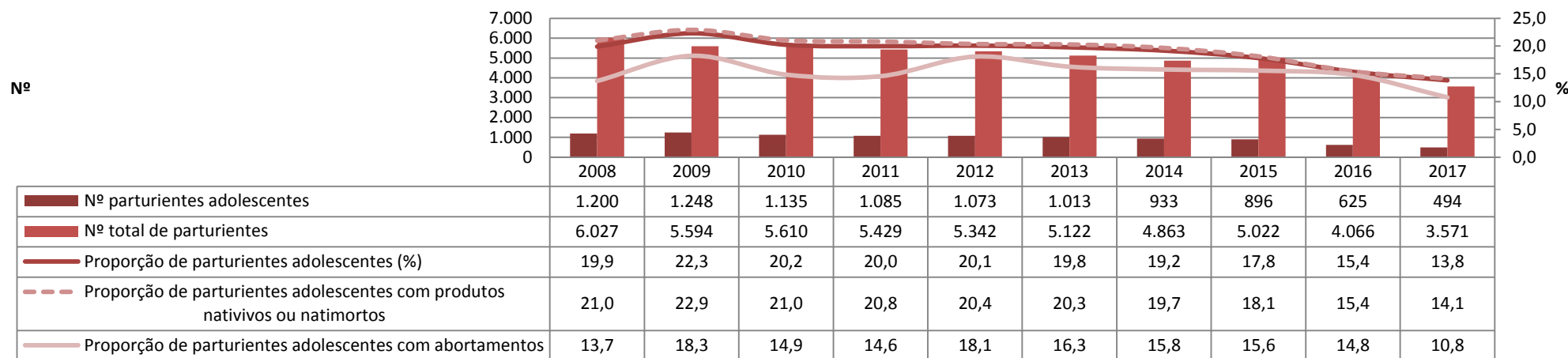


Figura 7. Número e proporção de parturientes adolescentes, proporção de parturientes adolescentes conforme os produtos da gestação. HNSC, 2008 a 2017.

A maioria das gestantes atendidas, incluindo as que foram atendidas para partos ou abortamentos, estava na sua segunda ou até a quarta gestação (54,1%), seguida das primigestas (35,8%) e daquelas com 5 ou mais gestações (10,1%). A proporção de primigestas com produtos nativos ou natimortos foi significativamente maior do que a observada entre aquelas com abortamentos (36,8% X 28,8%; $P=0,001$). A proporção de primigestas, considerando todas as gestantes diminuiu de 35,8% em 2008 para 33,7% em 2017, com uma queda relativa anual de 0,17%, porém sem tendência significativa ($P=0,650$) (figura 8). Entretanto, quando consideramos a proporção de primigestas conforme os produtos da gestação houve tendência de aumento não significativo de 2008 a 2017 entre aquelas com abortamentos (taxa de aumento relativo anual: 1,4%; $P=0,108$), e de redução entre as gestantes com nativos ou natimortos (taxa de queda relativa anual: 0,5%; $P=0,264$).

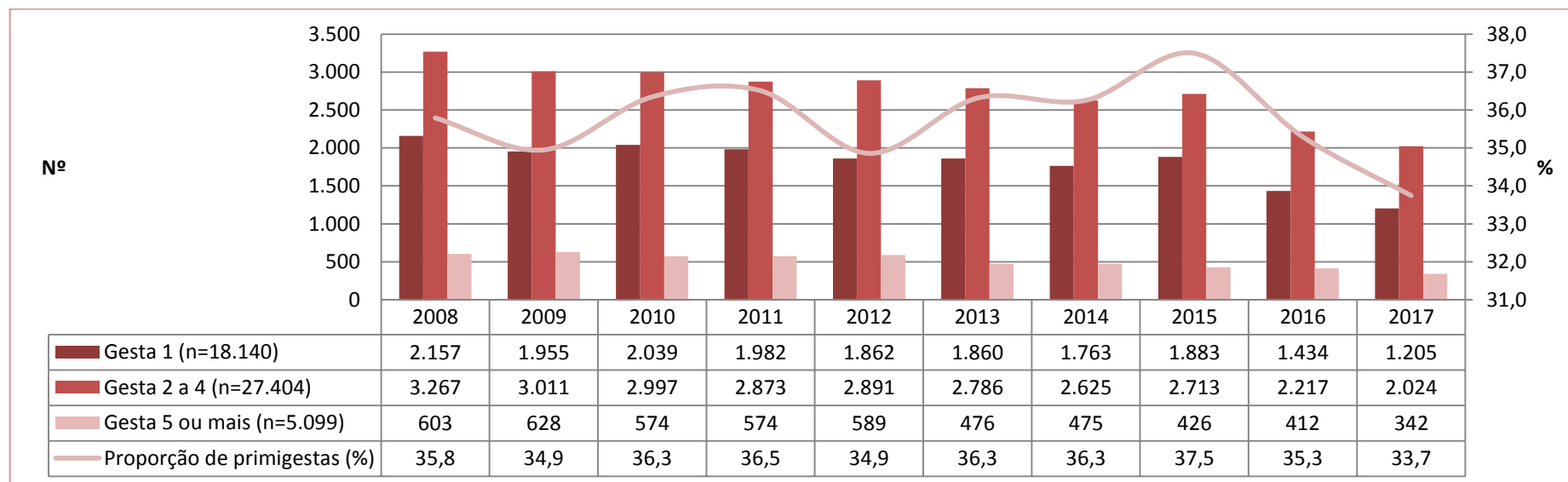


Figura 8. Número de parturientes por número de gestações e proporção de gestantes primigestas, com produtos nativos, natimortos e abortamentos (n=50.643). Maternidade do HNSC, 2008 a 2017.

Entre 45.079 recém-nascidos (RN) vivos e natimortos identificamos 5.541 nativos com **baixo peso ao nascer** (RNBp), ou seja abaixo de 2.500g (12,4%) e 458 natimortos com baixo peso (80,5%). A taxa média anual de RNBp entre todos os RN atingiu 13,3%, com aumento de 14,3% para 15,0% no período (taxa de aumento relativo:0,14%;P=0,824). Avaliando apenas entre os nativos o aumento foi de 13,5% para 14,0% (taxa de aumento relativo:0,06%;P=0,900) e considerando apenas os natimortos houve aumento de 82,0% para 83,7% (taxa de aumento relativo:0,5%;P=0,541). Em ambas as categorias o aumento na proporção de RNBp não foi significativo (figura 9).

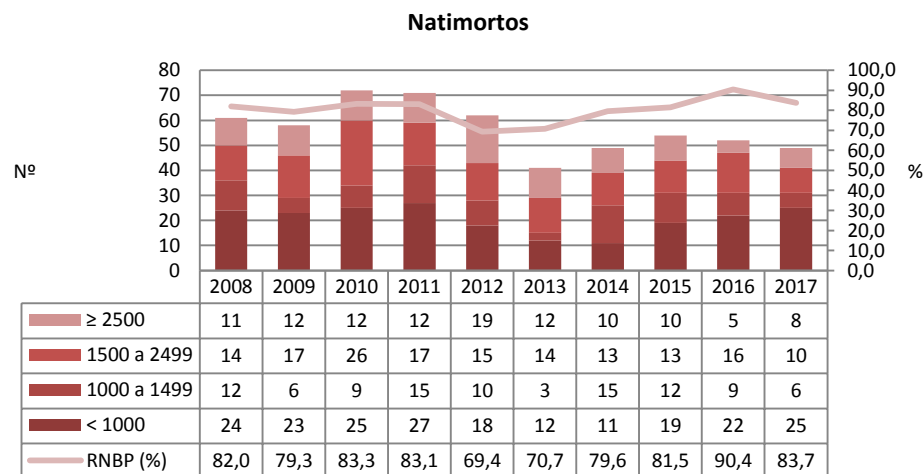
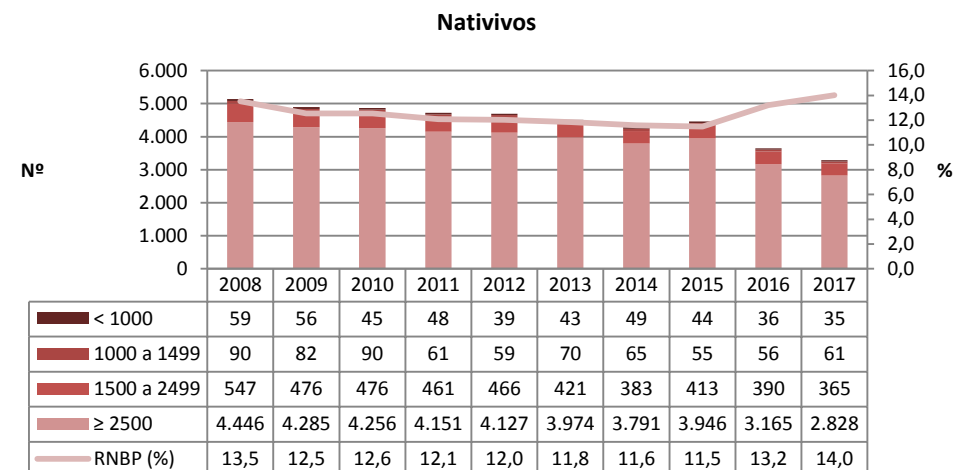
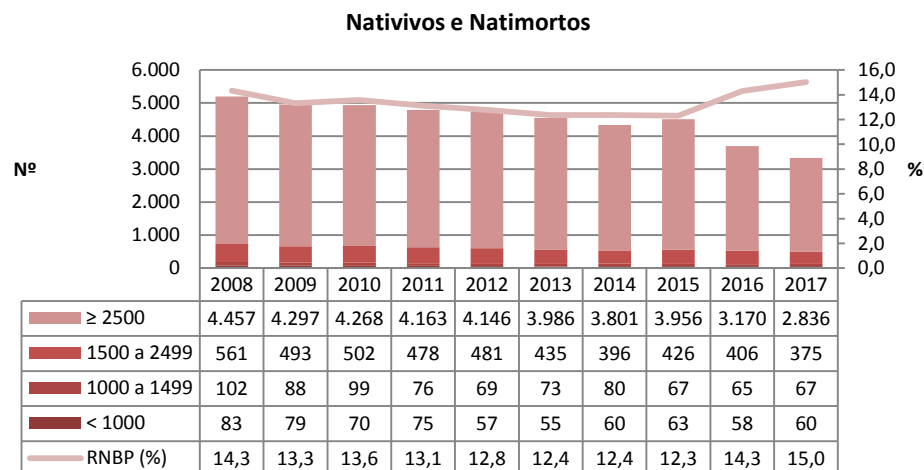


Figura 9. Número de recém-nascidos conforme classificação de peso ao nascer, entre nativos e natimortos. Maternidade do HNHC, 2008 a 2017.

Nota: na categoria de peso de nascimento < 1.000g não estão incluídos os abortamentos (<500g).

Na tabela 5 apresentamos o detalhamento das prevalências conforme os produtos da gestação e conforme as definições de acordo com o PN e na figura 10 demonstramos a proporção destas categorias de peso de nascimento ao longo do período estudado. Segundo o Datasus que adota as definições da OMS é considerado RN de Baixo Peso ao Nascer (RNBp) aqueles com PN inferior a 2.500g como já descrito acima, RN com Muito Baixo Peso ao Nascer (RNMBP) aqueles com PN inferior 1.500g e de peso extremamente baixo ao nascer aqueles com PN inferior a 1.000g. Um aspecto metodológico que é importante salientar é que as definições de peso ao nascer “baixo”, “muito baixo” e “extremamente baixo” não constituem categorias mutuamente exclusivas. Abaixo dos limites estabelecidos, elas são totalmente inclusivas e portanto se superpõem, isto é, “baixo” inclui “muito baixo” e “extremamente baixo”, enquanto “muito baixo” inclui “extremamente baixo”¹⁰.

Tabela 5 – Prevalência cumulativa de recém-nascidos com peso de nascimento extremamente baixo, de muito baixo peso (RNMBP) e de baixo peso (RNB), estratificados por nativos e natimortos, Maternidade do Hospital Nossa Senhora da Conceição, 2008 a 2017 (n=45.079).

Categorias de peso de nascimento por produtos da gestação	Nº de casos	Prevalência (%)	IC 95% (%)
Nativos	n=44.510		
Extremo baixo peso	454	1,0	0,9 – 1,1
Muito baixo peso	1.143	2,6	2,4 – 2,7
Baixo peso	5.541	12,4	12,1 – 12,8
Natimortos	n=569		
Extremo baixo peso	206	36,2	32,3 – 40,3
Muito baixo peso	303	53,3	49,1 – 57,4
Baixo peso	458	80,5	77,0 – 83,7
Nativos e Natimortos	n=45.079		
Extremo baixo peso	660	1,5	1,4 – 1,6
Muito baixo peso	1.446	3,2	3,1 – 3,4
Baixo peso	5.999	13,3	13,0 – 13,6

Tabela 6 – Número de nascimentos conforme categorias de peso ao nascer, Brasil, Rio Grande do Sul, Porto Alegre e HNSC e proporção de nascimentos por categoria de peso ao nascer no HNSC em relação a Porto Alegre e ao Rio Grande do Sul, 2016.

Peso ao nascer	BRASIL	RS	POA	HNSC	HNSC/POA (%)	HNSC/RS (%)
	Nº				%	
500 a 999g	13.782	777	233	58	24,9	7,5
1000 a 1499 g	21.447	1.221	368	65	17,7	5,3
1500 a 2499 g	202.971	11.208	2.617	406	15,5	3,6
2500 ou mais	2.611.173	128.114	27.029	3.170	11,7	2,5
Ignorados	989	3	1	0	0,0	0,0
Total	2.850.362	141.323	30.248	3.699	-	-
Total sem ignorados	2.849.373	141.320	30.247	3.699	12,2	2,6

Fonte: MS/SVS/DASIS - Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos - SINASC - Dados preliminares. Situação da base nacional em 09/10/2017.

A proporção de RNB no Brasil, Rio Grande do Sul, Porto Alegre¹¹ e no HNSC, em 2016, atingiu 8,4%, 9,3%, 10,6% e 14,3%, respectivamente, o que demonstra o referenciamento dos partos de alto risco para a Maternidade do HNSC (tabela 6). Na Maternidade do HNSC ocorreram 12,2% do total de nascimentos em relação à Porto Alegre e 2,6% dos nascimentos em relação ao RS. Entretanto, entre os 233 nascimentos entre 500g e 999g que ocorreram em Porto Alegre 24,9% ocorreram no HNSC o que reforça o papel da Maternidade no atendimento do binômio mãe-bebê de alta complexidade.

Ao avaliarmos as tendências de nascimentos, conforme as categorias de peso ao nascer, identificamos que não houve variação significativa no período entre os nativos com PN inferior a 1.000g (P=0,620) e naqueles com PN inferior a 1.500g (P=0,581). Entre os natimortos houve aumento não significativo na proporção de nascimentos com peso inferior a 1.000g (P=0,614) e na categoria com PN inferior a 1.500g (P=0,421). Analisando as tendências nas proporções de nascimentos com PN inferior a 1.000g (P=0,787) e naqueles com PN inferior a 1.500g (P=0,958) considerando ambos os produtos das gestações (nativos e natimortos), as taxas de aumento relativo observadas não foram significativas (figura 10).

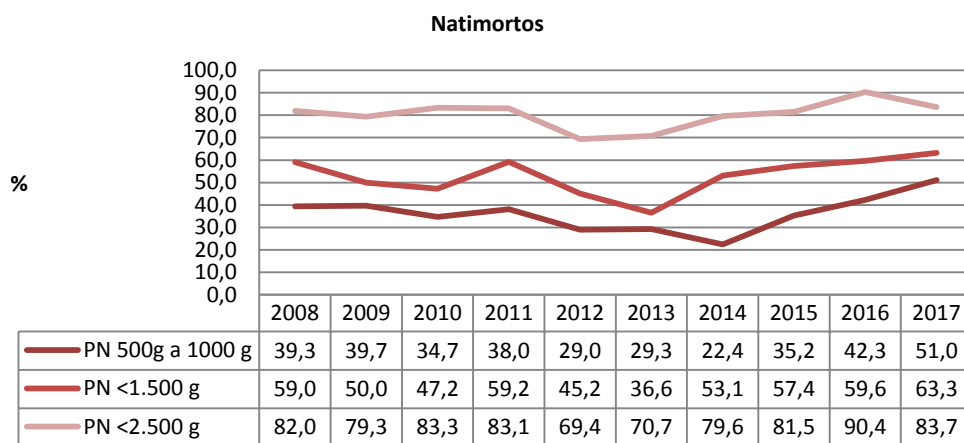
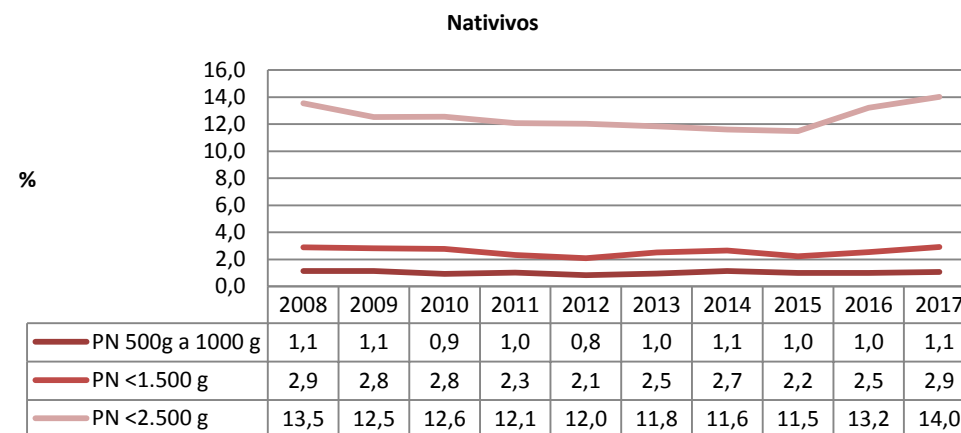
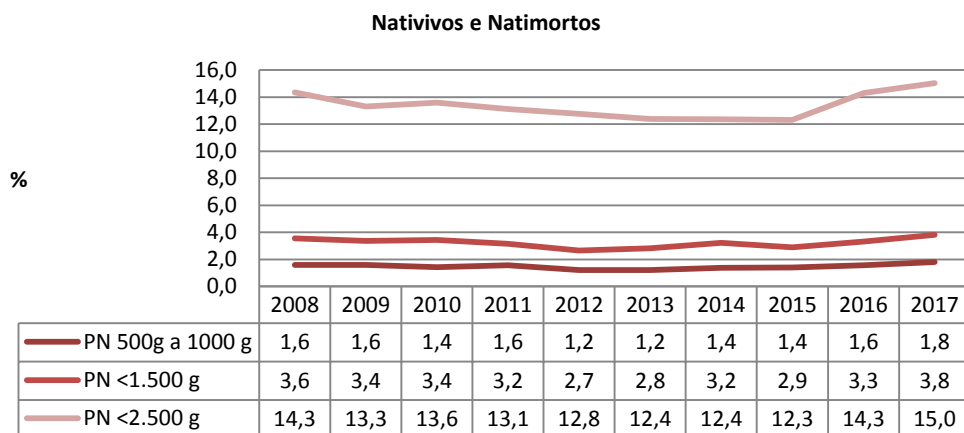


Figura 10. Proporção de recém-nascidos com extremo baixo peso, de muito baixo peso e de baixo peso ao nascer entre nativos e natimortos. Maternidade do HNSC, 2008 a 2017.

Avaliação e resultados do Rastreamento do HIV com o Teste Rápido no momento do parto

A vigilância da estatística vital tem abrangência em dois processos de trabalho: o primeiro é a investigação epidemiológica das gestantes quanto às informações sobre características do parto e os produtos da gestação. O segundo processo de trabalho é a investigação de exames laboratoriais durante a gestação atual ou momento do parto para monitoramento de infecções perinatais. Neste segundo cenário de atuação elaboramos em conjunto com a equipe da Farmácia do HNSC o relatório mensal dos insumos para a aplicação do teste rápido HIV (TR-HIV) e resultados de VDRL sérico no momento do parto com posterior envio ao Comitê de Transmissão Vertical da Seção de Controle de DST/Aids/RS. Entre 43.662 gestantes com produtos nativos houve 1.093 delas com diagnóstico prévio de HIV antes do parto (2,5%), 27 casos sem a realização do teste (0,06%) e entre as demais 42.542 testadas houve 126 resultados positivos para o TR-HIV (0,3%) (figura 11).

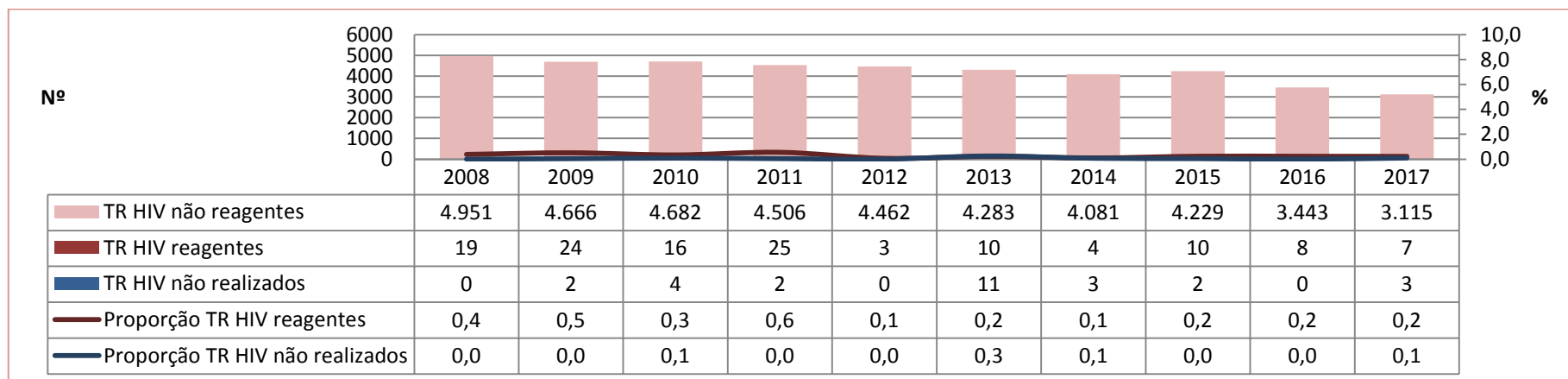


Figura 11. Número e proporção de TR-HIV realizados e seus resultados em parturientes com nativos. Maternidade do HNSC, 2008 a 2017.

Houve redução do número e proporção de TR-HIV não realizados no período (taxa de redução anual:7,5%; $P=0,633$) entre as gestantes com nativos. Entre 548 gestantes com produtos natimortos houve 21 delas com diagnóstico prévio de HIV antes do parto (3,8%) e entre as demais 527 gestantes o TR-HIV não foi realizado em 343 delas (65,1%) (figura 12). A aplicação de TR-HIV ainda não é rotina entre gestantes com abortamentos no HNSC embora seja recomendada pelo Ministério da Saúde .

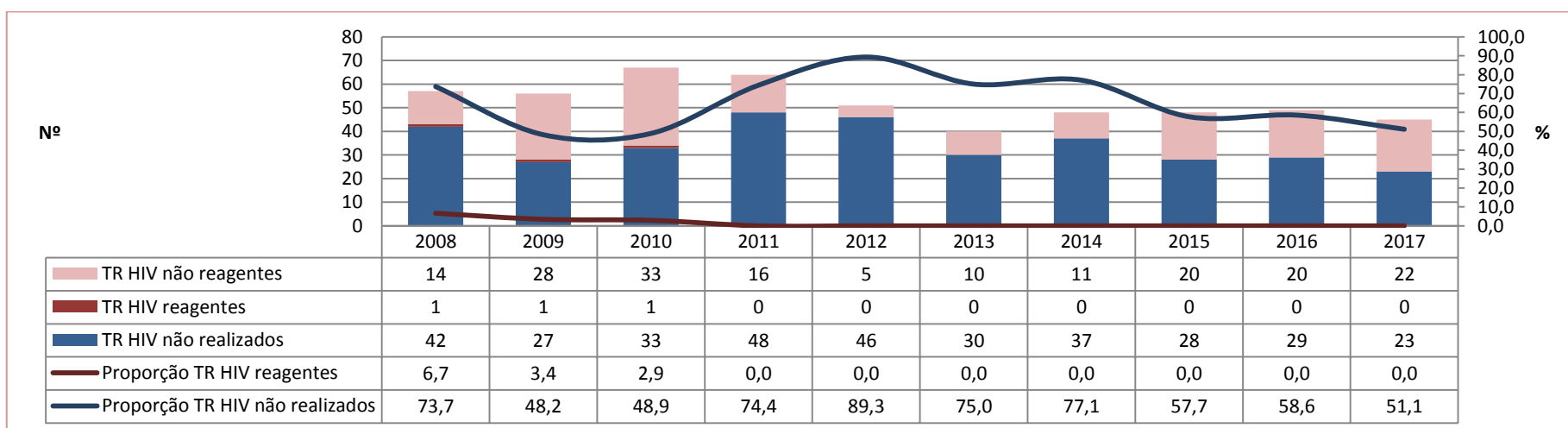


Figura 12. Número e proporção de parturientes com produtos natimortos, conforme a realização de TR-HIV e seus resultados. Maternidade do HNSC, 2008 a 2017.

Conclusão

Ao longo dos últimos 10 anos, observamos que as estimativas de nascimentos no Brasil, Rio Grande do Sul e em Porto Alegre estão em progressiva redução. Este achado se refletiu no número de partos que ocorreram na Maternidade do HNSC neste mesmo período, embora esta taxa de redução absoluta de número de partos tenha sido mais acentuada em relação à observada em Porto Alegre (2,8 vezes maior) e em relação ao Estado (1,7 vezes maior). Um fator que pode explicar a maior taxa de redução em relação à Porto Alegre foi a regionalização da assistência às gestantes, uma vez que mesmo com a permanência de livre demanda houve um movimento da equipe da Linha de Cuidado Mãe-Bebê para priorizar a assistência de gestantes das 45 Unidades Básicas de referência encaminhando as demais para outros serviços quando possível. O mesmo se observou em relação ao município de residência pois houve um aumento significativo na proporção de gestantes residentes de Porto Alegre atendidas na maternidade o que pode refletir o efeito da regionalização também nas cidades do anel metropolitano que provavelmente se reestruturaram no atendimento das gestantes de baixo risco. Um resultado desta análise que reforça este efeito é que mesmo com a redução dos nascimentos a proporção de recém-nascidos de baixo peso, de muito baixo peso e de extremo baixo peso aumentou, embora sem significância estatística. E o que reforça ainda mais a complexidade da assistência é que nesta maternidade nascem 24,9% dos RN de extremo baixo peso e 17,7% dos RN com PN entre 1.000g e 1.499g em relação ao total dos nascimentos destas categorias de peso em Porto Alegre. Uma vez que a proporção de nascimentos de RBNP nesta maternidade é superior a encontrada no Brasil, Rio Grande do Sul e em Porto Alegre espera-se que a proporção de partos cesáreos também seja elevada devido a maior gravidade destas parturientes. Segundo a OMS, as cesarianas, quando realizadas por motivos médicos, podem reduzir a mortalidade e morbidade materna e perinatal. Na atualidade não existe uma classificação de cesáreas aceita internacionalmente que permita comparar, de forma relevante e útil, as taxas de cesáreas em diferentes hospitais, cidades ou regiões. Entre os diversos sistemas existentes, a classificação dos 10 grupos, também conhecida como “Classificação de Robson” tem sido amplamente utilizada em muitos países¹². Do ponto de vista metodológico, é necessário um estudo mais detalhado dos fatores envolvidos na indicação dos partos cesáreos para mensurarmos este risco, incorporando escores ou sistemas de classificação no sistema de informação da Linha de Cuidado Mãe-Bebê.

Outro aspecto que estudamos neste boletim é o resultado da aplicação do teste rápido HIV no momento do parto. Este teste já está amplamente consolidado como uma ferramenta de prevenção da transmissão vertical do HIV no contexto de vulnerabilidade de algumas mulheres que não realizam ou não tem acesso ao pré-natal. Entretanto, considerando a elevada prevalência de HIV demonstrada na população atendida na maternidade (2,5%), o TR-HIV torna-se também uma ferramenta importante para o diagnóstico de HIV, assim como o atendimento na maternidade torna-se uma oportunidade para a testagem destas mulheres.

Abordamos neste artigo algumas características mais gerais da assistência na Maternidade do HNSC e, do ponto de vista epidemiológico, podemos inferir que ao mesmo tempo em que houve uma redução de procedimentos ao longo do tempo, foi mantido o perfil de complexidade da assistência. Em futuros boletins poderemos estudar o perfil de morbimortalidade das gestantes e seus bebês como outra forma de avaliarmos a qualidade da assistência materno-infantil e subsidiarmos os gestores de informações que possam direcionar outras ações para qualificação permanente do atendimento ao binômio mãe-bebê.

Referências

1. Ministério da Saúde (Brasil), Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Prevenção e Controle das Infecções Sexualmente Transmissíveis, do HIV/Aids e das Hepatites Virais. Boletim Epidemiológico HIV AIDS [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2017. [acesso em 2018 mar. 1]. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/pt-br/pub/2017/boletim-epidemiologico-hiv-aids-2017>.
2. Santos BR, Melo MV, Fonseca R, Nielsen-Saines K, Lira R. Seroconversion during pregnancy? A second anti-HIV test before delivery would be useful. In: Conference on Retroviruses and Opportunistic Infections, 14th, 2007, Los Angeles.
3. Descritores em Ciências da Saúde: DeCS [Internet]. São Paulo: BIREME/ OPAS/ OMS; 2017. [acesso em: 2018 fev. 6]. Disponível em: <http://decs.bvs.br/>.
4. Ministério da Saúde (Brasil). Portaria nº 1.459, de 24 de junho de 2011. Institui no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS – a Rede Cegonha. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil [Internet], Brasília, 24 jun. 2011. [acesso em 2018 mar. 23]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1459_24_06_2011.html.
5. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE. Projeção da população do Brasil e das Unidades da Federação [Internet]. Brasília: IBGE; 2018. [acesso em 2018 fev. 6]. Disponível em: <https://ww2.ibge.gov.br/apps/populacao/projecao/>.
6. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE. Projeção da população e nascimentos. Brasília: IBGE; 2008. [acesso em 2018 fev. 6]. Disponível em: <https://seriesestatisticas.ibge.gov.br/series.aspx?vcodigo=POP317&t=revisao-2008-projecao-populacao-nascimentos>.
7. Ministério da Saúde (Brasil). DATASUS. Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS) [Internet]. Brasília: DATASUS; 2018. [acesso em 2018 mar. 14]. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sih/cnv/qiuf.def>.
8. Ministério da Saúde (Brasil), Grupo Hospitalar Conceição. Relatório de Administração 2016 [Internet]. Porto Alegre; 2016. [acesso em 2018 mar. 16]. Disponível em: <https://www.ghc.com.br/files/RelatorioAnualdaAdministracao2016.pdf>.
9. Ministério da Saúde (Brasil). DATASUS. Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde do Brasil – CNES [Internet]. Brasília: DATASUS; 2018. [acesso em 2018 fev. 27]. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?cnes/cnv/leiintrs.def>.
10. Ministério da Saúde (Brasil). DATASUS. Datasus: definições [Internet]. Brasília: DATASUS; 2018. [acesso em 2018 mar. 23]. Disponível em: <http://www.datasus.gov.br/cid10/V2008/WebHelp/definicoes.htm>.
11. Ministério da Saúde (Brasil). DATASUS. DASIS. Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos – SINASC: dados preliminares: 2016 [Internet]. Brasília: DATASUS; 2018. [acesso em 2018 fev. 28]. Disponível em : <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sinasc/cnv/nvuf.def>.
12. Organização Mundial da Saúde. Declaração da OMS sobre taxas de cesáreas. Genebra. [acesso em 2018 mar.28].Disponível em: http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/161442/WHO_RHR_15.02_por.pdf;jsessionid=7B1C91D51C52AF4187C1F83E0A5B0AC5?sequence=3.

