

José Roberto Paes de Almeida

Incidência de dermatoses em neonatos de enfermaria para gestantes de risco do Hospital Guilherme Álvaro (Cidade de Santos – SP)

**Tese apresentada à Universidade Federal de São Paulo-
Escola Paulista de Medicina, para obtenção do título de
mestre em Ciências.**

Área de concentração: Ciências da Saúde

Orientador: Prof. Dr. Mauricio Mota de Avelar Alchorne

Co-orientador: Prof. Dr. Ney Romiti

**São Paulo
2006**

Livros Grátis

<http://www.livrosgratis.com.br>

Milhares de livros grátis para download.

Almeida, José Roberto Paes de

Incidência de dermatoses em neonatos de enfermaria para gestantes de risco do Hospital Guilherme Álvaro (Santos, S.P.). José Roberto Paes de Almeida. Santos, 2006
xvi, 108 f.

Dissertação. (Mestrado) – Universidade Federal de São Paulo. Escola Paulista de Medicina . Programa de Pós-graduação em Dermatologia Clínica e Cirúrgica.

Título em inglês: Incidence of skin diseases in newborns of infirmary for pregnant of risk at Hospital Guilherme Álvaro (Santos, S.P.)

1. Incidence. 2. Newborn. 3. Skin Diseases.

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO PAULO
ESCOLA PAULISTA DE MEDICINA
DEPARTAMENTO DE DERMATOLOGIA**

Chefe de Departamento: Prof. Dr. Osmar Rotta

Coordenadora do Curso de Pós-graduação: Prof^a. Dr^a. Jane Tomimori-Yamashita

JOSÉ ROBERTO PAES DE ALMEIDA

**Incidência de dermatoses em neonatos de enfermaria para gestantes de risco do
Hospital Guilherme Álvaro (Cidade de Santos - SP)**

Presidente da Banca: Prof^a. Dr^a. Jane Tomimori-Yamashita

BANCA EXAMINADORA

Prof^a. Dr^a. Zilda Najjar Prado de Oliveira

Prof^a. Dr^a. Conceição Aparecida de Mattos Segre

Prof^a. Dr^a. Silmara da Costa Pereira Cestari

Aprovada em 15 de dezembro de 2006

Dedicatória

Aos recém-nascidos.

À minha família pelo apoio e estímulo.

Agradecimentos

Ao Prof. Dr. Maurício Mota de Avelar Alchorne meu mestre em minha formação na pós graduação e que honrou-me em ser orientador desta dissertação.

Ao Prof. Dr. Ney Romiti que nos primórdios da dermatologia na UNILUS incluiu-me na equipe e com o qual aprendi a arte, a técnica e a formação humanística.

À Prof. Dra. Alice de Oliveira de Avelar Alchorne, exímia clínica e mestra que me transmitiu os ensinamentos para a vida e para a arte médica.

Ao Dr. Mauro Abrahão Rozman pelo árduo e magnífico trabalho que foi a análise estatística.

.

Ao Dr. Paulo Sérgio Luiz de Andrade e Silva pelas sugestões na elaboração do protocolo.

À Dra Mônica de Magalhães Grizzi de Moraes pelos preciosos ensinamentos de neonatologia.

Às enfermeiras e auxiliares de enfermagem da maternidade pelo auxílio no exame dos recém-nascidos.

SUMÁRIO

Dedicatóriav
Agradecimentosvi
Lista de figuras ix
Lista de tabelas x
Lista de abreviaturasxiv
Resumo	xv
1. INTRODUÇÃO	1
2. REVISÃO DA LITERATURA	4
2.1. A pele do neonato	5
2.1.1. Embriologia	5
2.1.2. Estrutura	5
2.2. Publicações sobre dermatoses em recém-nascidos.	6
3. MÉTODOS	13
3.1. Casuística	14
3.2. Análise estatística	14
4.RESULTADOS	16
4.1. População estudada	17
4.1.1. País	17
4.1.2. Recém-nascidos	20
4.2. Frequência das doenças encontradas	20
4.2.1. Presença de algum tipo de dermatose	21
4.2.2. Dermatoses	24
4.2.2.1. Mancha mongólica	24
4.2.2.2. Eritema tóxico neonatal	28
4.2.2.3. Nevo angiomaso	31
4.2.2.4. Icterícia fisiológica	34
4.2.2.5. Hiperplasia de glândula sebácea	37
4.2.2.6. Descamação fisiológica	40
4.2.2.7. Puberdade em miniatura	43
4.2.2.8. Cútis marmorata	46
4.2.2.9 Nevo melanocítico congênito	50
4.2.2.10.Melanose pustulosa transitória do recém-nascido	52
4.2.2.11.Equimose por fórceps	55
4.2.2.12.Outras doenças	58
4.3. Alterações dermatológicas diagnosticadas	59
4.3.1. Bolha de sucção	60
4.3.2. Candidíase mucosa	60
4.3.3. Cutis marmorata fisiológica	61

4.3.4. Descamação fisiológica	61
4.3.5. Eritema tóxico neonatal	61
4.3.6. Equimose por fórceps	63
4.3.7. Fenda labial	63
4.3.8. Hiperpigmentação por nitrato de prata	64
4.3.9. Hiperplasia das glândulas sebáceas	65
4.3.10 Hipertricose lanuginosa	65
4.3.11. Leucemia cutânea	66
4.3.12. Mancha café com leite	68
4.3.13. Mancha mongólica	69
4.3.14. Máscara equimótica	70
4.3.15. Melanose pustulosa transitória do recém-nascido	70
4.3.16. Miliária	72
4.3.17. Milio	73
4.3.18. Nevo acrômico	74
4.3.19. Nevo angiomaso	74
4.3.20. Nevo melanocítico congênito	75
4.3.21 Nevo sebáceo	76
4.3.22. Seio dérmico sacral	77
4.3.23 Trago Acessório	78
4.3.24. Conjuntivite Química	79
4.3.25. Icterícia fisiológica	79
4.3.26. Polidactilia	79
4.3.27. Puberdade em miniatura	80
4.3.28. Trissomia do 21	82
4.4. Diagnóstico de doenças não dermatológicas	82
4.4.1. Isoimunização Rh	82
4.4.2. Meningocele	82
4.4.3. Pé torto congênito	83
4.4.4. Hidrocefalia.....	83
5. DISCUSSÃO.....	85
5.1. Limitações do estudo	85
5.2. Comparação das metodologias utilizadas nas publicações	85
5.2.1. Idade do recém-nascido.....	86
5.2.2. Número de recém-nascidos examinados.....	86
5.2.3. Cor do recém-nascido.....	87
5.2.4. Principal objetivo.....	88
5.2.5. Especialidade do examinador.....	88
5.2.6. Exames realizados.....	88
5.2.7. Países onde o trabalho foi realizado.....	88
5.3. Comparação da freqüência dos diagnósticos com a literatura mundial	88
5.4. Interpretação dos resultados da análise estatística	91
6. CONCLUSÕES	93
7. ANEXOS	95
8-REFERÊNCIAS	102

Abstract
Bibliografia consultada

LISTA DE FIGURAS

Figura 1. Bolha de sucção.....	59
Figura 2. Candidíase mucosa	60
Figura 3. Eritema Tóxico Neonatal	62
Figura 4. Eritema tóxico neonatal. Esfregaço contendo grande quantidade de eosinófilos.....	63
Figura 5. Fenda labial.....	64
Figura 6. Hiperchromia peri-ocular por nitrato de prata.....	64
Figura 7. Hiperplasia sebácea	65
Figura 8. Hipertricrose.....	66
Figura 9. Leucemia cutânea.....	67
Figura 10. Leucemia cutânea. Histopatologia.....	67
Figura 11. Mancha café com leite.....	68
Figura 12. Mancha mongólica.....	70
Figura 13. Melanose pustulosa transitória.....	72
Figura 14. Melanose pustulosa transitória. Esfregaço.....	72
Figura 15. Milio,.....	73
Figura 16. Angioma plano.....	75
Figura 17. Nevo melanocítico congênito.....	76
Figura 18. Nevo sebáceo.....	77
Figura 19. Seio dérmico sacral.....	78
Figura 20. Polidactilia	80
Figura 21. Hiperpigmentação da linha alba e do genital.....	81
Figura 22. Edema dos grandes lábios e secreção vaginal	81
Figura 23- Hipertrofia do clitóris.....	81
Figura 24. Gráfico do número de neonatos examinados em cada publicação.....	87

LISTA DE TABELAS

Tabela 1. Número e percentual de crianças estudadas segundo município de procedência.....	17
Tabela 2. Freqüência e porcentagem das variáveis paternas idade e cor.....	18
Tabela 3. Freqüência e porcentagem das variáveis paternas.....	19
Tabela 4. Freqüência e porcentagem das variáveis do recém-nascido.....	20
Tabela 5. Freqüência e porcentagem de diagnósticos.....	21
Tabela 6. Odds ratio e intervalo de confiança entre as variáveis paternas para a presença de dermatose entre os recém-nascidos que participaram do estudo.....	22
Tabela 7. Odds ratio e intervalo de confiança entre as variáveis dos RN para a presença de alguma dermatose	23
Tabela 8. Odds ratio e intervalo de confiança dos principais fatores independentemente associados a alguma dermatose na análise multivariada.....	24
Tabela 9. Odds ratio e intervalo de confiança entre as variáveis paternas para a mancha mongólica.....	25
Tabela 10. Odds ratio e intervalo de confiança entre as variáveis do RN para a mancha mongólica	26
Tabela 11. Odds ratio e intervalo de confiança das variáveis que se mostraram independentemente associadas à mancha mongólica na análise multivariada.....	27
Tabela 12. Odds ratio e intervalo de confiança de 95% entre as variáveis paternas para o eritema tóxico neonatal	28

Tabela 13. Odds ratio e intervalo de confiança de 95% entre as variáveis do RN para o eritema tóxico neonatal	29
Tabela 14. Odds ratio e intervalo de confiança das variáveis que se mostraram independentemente associadas ao eritema tóxico neonatal na análise multivariada.....	31
Tabela 15. Odds ratio e intervalo de confiança entre as variáveis paternas em relação ao nevo angiomatoso	31
Tabela 16- Valor de odds ratio e p e intervalo de confiança entre variáveis relacionadas nevo angiomatoso para as variáveis do recém-nascido.....	33
Tabela 17. Odds ratio e intervalo de confiança entre fatores independentemente associados ao nevo angiomatoso na análise multivariada.....	34
Tabela 18. Odds ratio e intervalo de confiança entre variáveis paternas e icterícia fisiológica.....	34
Tabela 19. Odds ratio e intervalo de confiança entre variáveis relacionadas ao RN e icterícia fisiológica.....	36
Tabela 20. Odds ratio e intervalo de confiança entre fatores independentemente associados à icterícia fisiológica na análise multivariada.....	37
Tabela 21. Odds ratio e intervalo de confiança entre as variáveis paternas e hiperplasia sebácea.....	38
Tabela 22. Odds ratio e intervalo de confiança entre as variáveis do RN e hiperplasia sebácea.....	39
Tabela 23. Odds ratio e intervalo de confiança entre fatores independentemente associados à hiperplasia de glândula sebácea na análise multivariada.....	40
Tabela 24. Odds ratio e intervalo de confiança entre as variáveis paternas e descamação fisiológica.....	41

Tabela 25. Odds ratio e intervalo de confiança entre as variáveis do RN e a descamação fisiológica.....	42
Tabela 26. Odds ratio e intervalo de confiança entre fatores independentemente associados à descamação fisiológica na análise multivariada.....	43
Tabela 27. Odds ratio e intervalo de confiança entre as variáveis paternas e a puberdade em miniatura.....	43
Tabela 28. Odds ratio e intervalo de confiança entre as variáveis do RN para a puberdade em miniatura.....	45
Tabela 29. Odds ratio e intervalo de confiança das variáveis que se mostraram independentemente associadas à puberdade em miniatura na análise multivariada.....	46
Tabela 30. Odds ratio e intervalo de confiança entre as variáveis paternas e a cútis marmorata	46
Tabela 31. Odds ratio e intervalo de confiança entre as variáveis do RN e a cútis marmorata.....	48
Tabela 32. Odds ratio dos principais fatores estatisticamente associados à cútis marmorata na análise multivariada.....	49
Tabela 33. Odds ratio dos principais fatores estatisticamente associados à cútis marmorata na análise multivariada.....	49
Tabela 34. Odds ratio e intervalo de confiança das variáveis paternas e o nevo melanocítico congênito.....	50
Tabela 35. Odds ratio e intervalo de confiança entre as variáveis do RN e o nevo melanocítico congênito.....	51
Tabela 36. Odds ratio e intervalo de confiança entre fatores independentemente associados ao nevo melanocítico congênito na análise multivariada.....	52

Tabela 37. Odds ratio e intervalo de confiança entre as variáveis paternas para a melanose pustulosa transitória.....	53
Tabela 38. Odds ratio e intervalo de confiança entre as variáveis do RN para a melanose pustulosa transitória	54
Tabela 39. Odds ratio e intervalo de confiança entre as variáveis paternas para a equimose por fórceps.....	56
Tabela 40- Odds ratio e intervalo de confiança entre as variáveis do RN para a equimose por fórceps	57

LISTA DE ABREVIATURAS

AIG	Adequado para a idade gestacional
BS	Bolha de sucção
CM	Candidíase mucosa
CMF	Cútis marmorata fisiológica
DF	Descamação fisiológica
EF	Equimose por fórceps
ETN	Eritema tóxico neonatal
GIG	Grande para a idade gestacional
HGS	Hiperplasia de glândula sebácea
IF	Icterícia fisiológica
ITU	Infecção do trato urinário
MCL	Mancha café com leite
MM	Mancha mongólica
MPTRN	Melanose pustulosa transitória do recém-nascido
NA	Nevo angiomatoso
OD	Odds ratio
NMC	Nevo melanocítico congênito
PIG	Pequeno para a idade gestacional
PM	Puberdade em miniatura
RN	Recém-nascido

RESUMO

Objetivo: Verificar a incidência de dermatoses em recém-nascidos em enfermaria para gestantes de risco de um hospital público da cidade de Santos, S.P. (Hospital Guilherme Álvaro) verificando a possível relação com doenças apresentadas pelas mães. **Métodos:** O autor examinou 1.000 neonatos nas primeiras 36 horas de vida no período de 27 de dezembro de 2000 a 30 de julho de 2001 e esse exame foi repetido diariamente em cada criança enquanto a mesma permanecesse internada. A pesquisa foi clínica, tendo sido realizada biópsia de pele em apenas uma criança portadora de leucemia cutânea em função da necessidade para o diagnóstico. As variáveis paternas e as dos recém-nascidos foram submetidas a análise através do teste χ^2 e de regressão logística para se detectar relações significantes estatisticamente. **Resultados:** Diagnosticou-se 31 diferentes dermatoses nos recém-nascidos. Cerca de 87,9% das crianças apresentavam uma ou mais alterações dermatológicas sendo que as mais freqüentes foram: mancha mongólica (69,8%), eritema tóxico neonatal (19,7%), icterícia fisiológica (11,8%), nevo angiomaso (13,9%), hipertricose lanuginosa (10,3%), hiperplasia de glândula sebácea (7,8%), descamação fisiológica (7,0%), puberdade em miniatura (4,1%), cútis marmorata (2,2%) foram as mais freqüentes. Em todas as outras dermatoses encontradas o percentual de incidência foi igual ou menor que 2,0%. **Conclusões:** A puberdade em miniatura teve baixa incidência entre os neonatos de mãe diabética e a icterícia fisiológica foi mais freqüente nas crianças cujas mães faziam uso de droga. A mancha mongólica teve incidência muito baixa entre recém-nascidos classificados como brancos.

1. INTRODUÇÃO

Esclarecer e definir as diferentes manifestações cutâneas conatas em seu amplo e múltiplo espectro clínico mórbido é motivo de preocupação permanente para a medicina.

A medicina preventiva e o diagnóstico precoce nos permitem entender o porquê de algumas dermatoses aparentemente inofensivas poderem ocultar morbidez maior e exigir, de imediato, cuidados e mediação específicos. A presença de alterações cutâneas em recém-nascidos é observação corriqueira, podendo alcançar até a frequência máxima de 100%. Algumas, como o eritema tóxico, são lesões transitórias e outras, já congênitas, podem ser inócuas em seu transcorrer, como a mancha mongólica, ou apresentarem reservado prognóstico, como o grupo dos nevos melanocíticos com todo o seu potencial de eventual evolução maligna, o nevo sebáceo de Jadasshon, já considerado como pré-cancerosa, as manchas classificadas como café com leite na neurofibromatose, chegando-se até às alterações vasculares, que em seu conjunto nos levam a reconhecer e diagnosticar síndromes graves e de difícil conduta terapêutica.

Dermatologistas e pediatras de modo ubiqüitário enfrentam esses problemas incluindo na sua avaliação parâmetros variáveis, tais como sexo, condições maternas, a morfologia cutânea e os questionáveis raça e cor, procurando com isso relacioná-las a possíveis fatores predisponentes ou desencadeantes, pretendendo determinar quais dentre eles teria maior significado mórbido.

Já em 1895 Ballantyne, obstetra de Edimburgo, avaliou essas dermatoses publicando a monografia "As doenças e deformidades do feto" (*apud* Nanda *et al* 1989). No século passado, meio século após, surge a publicação de Pratt (1953) à qual se sucederam quase três dezenas de trabalhos e, fechando o ciclo, o relatado por Moosavi *et al.* no Irã em 2006. No Brasil tais estudos mereceram a atenção de Nascimento *et al.*, no Rio de Janeiro em 1992 e Pereira em 1997 na cidade de Belo Horizonte.

De modo muito peculiar, a população que é atendida no Hospital Guilherme Álvaro é composta por indivíduos carentes na sua condição social e financeira, advindos dos mais diferentes municípios da baixada santista. Deve ainda ser realçado que a paciente-alvo acolhida neste hospital é a gestante de risco. Como gravidez de risco entende-se o aparecimento, quando a gravidez está em curso, de uma ou mais das seguintes condições: anemia, mau controle pré-natal, pouco ganho de peso, excessivo ganho de peso, hábito de fumar, alcoolismo, hipertensão arterial, diabetes, colagenoses, gravidez

múltipla, hemorragias, restrição de crescimento intra-uterino, rotura prematura de membrana, infecção ovular e incompatibilidade sanguínea materno-fetal. Na literatura há inúmeras outras listas, entretanto é necessário fazer uma seleção dos fatores de risco adequada à população estudada (Lippi, 2002)

Assim, o objetivo de nossa pesquisa foi procurar, dentro da população em questão, a constatação incidental de dermatoses correlatas e também se teríamos parâmetros comparáveis àqueles encontrados na bibliografia consultada.

2. Revisão da Literatura

2.1. A pele do neonato

2.1.1. Embriologia

Todos os constituintes da pele humana derivam de apenas dois folhetos: ectoderme ou mesoderme. A epiderme, a unidade pilo-sebácea, as glândulas sudoríparas écrinas e apócrinas e as unhas derivam da ectoderme, enquanto que os melanócitos, nervos e terminações neuro-sensoriais derivam da neuroectoderme. Todos os outros elementos, tais como: células de Langerhans, macrófagos, mastócitos, fibroblastos, vasos sangüíneos e linfáticos, músculos e células gordurosas, derivam da mesoderme (Jakubovic & Ackerman, 1985).

A pele se forma pela justaposição de dois elementos embriológicos: a epiderme, que se origina de uma área na superfície da gástrula, e o mesoderma que está em contato com a superfície mais interna da epiderme durante a formação da gástrula. O mesoderma também é necessário para que ocorra a diferenciação das estruturas da epiderme como, por exemplo, os folículos pilosos. (Atherton, 1992)

Assim, com apenas três semanas de vida fetal, a pele é constituída por uma simples camada de células indiferenciadas. Com quatro semanas já existe uma camada basal germinativa de células cuboidais. Os folículos pilosebáceos e as glândulas sudoríparas écrinas formam-se durante o terceiro mês de vida fetal a partir de brotos que se originam na epiderme. As glândulas sudoríparas apócrinas surgem a partir da porção mais alta do epitélio folicular e as glândulas sebáceas, bem como seus dutos, da porção mediana do mesmo folículo. Até a sexta semana de vida intra-uterina, a derme é constituída apenas de ácido mucopolissacarídeo com poucas células dendríticas que são as precursoras dos fibroblastos. A partir da décima segunda semana, estes fibroblastos passam a sintetizar fibras elásticas e colágenas, forma-se uma rede vascular e pela vigésima quarta semana as células gordurosas já são encontradas na derme (Arnold et al, 1990).

2.1.2. Estrutura

A principal diferença anatômica entre a pele do adulto e a do recém-nascido está na derme. A espessura da derme é menor na criança, as fibras colágenas são menores e as elásticas imaturas. As variações regionais na anatomia da pele já estão bem evidentes ao nascimento. No recém-nascido pré-termo, a epiderme é bem mais fina que no a termo e o estrato córneo é caracteristicamente menos desenvolvido, o que explica a deficiência da função barreira da pele (Atherton, 1992).

2.2. Publicações sobre dermatoses em recém-nascidos

As publicações que abordam as dermatoses em recém-nascidos não seguem, todas, a mesma metodologia, tornando-se problemático, dessa forma, compará-las. Na literatura consultada foi possível encontrar 27 publicações que avaliam as lesões em neonatos, na Alemanha, Argentina, Austrália, Bolívia, Brasil, China, Estados Unidos, Finlândia, França, Índia, Irã, Israel, Japão, México e Turquia.

Em 1953, Pratt estudou marcas de nascimento em 1.096 crianças nascidas no Cooper Hospital, Camden, N.J. O estudo foi determinado pelo interesse do autor em saber sobre a ocorrência da chamada marca de nascimento em morango, pois a literatura pertinente não oferecia essa informação. Ao mesmo tempo estudou o *naevus flammeus*, o nevo pigmentado e a mancha mongólica. Das 1096 crianças examinadas, 879 eram brancas e 217 negras, a idade variava entre quatro e oito dias de vida, na grande maioria. O angioma em morango foi diagnosticado em dez crianças brancas e três negras, correspondendo 1,13% nas brancas e 1,38% nas negras. O angioma plano da nuca foi encontrado em 370 crianças brancas (42%) e 66 negras (30,41%). O nevo pigmentado diagnosticado em 2,7% das crianças brancas e 15,6% das negras. A mancha mongólica em 0,56% das crianças brancas e 60,36% das negras.

Saraçlı e colaboradores, em 1963, publicaram estudo realizado em 1.000 neonatos negros em Washington, D.C. O período de observação variou de dois a 30 dias. Os exames foram realizados por um pediatra que examinou uma ou duas vezes por dia cada uma das crianças e por um dermatologista que visitava a enfermaria duas vezes por semana. Os achados mais freqüentes, pela ordem, foram: mancha mongólica (74,5%), angioma plano (22,5%), milio (19%), miliária cristalina (16,9%), eritema tóxico neonatal (15,7%), xerodermia (14,6%), dermatite perianal (7,4%), nevo intradérmico (5,7%) e miliária rubra (5,5%).

Em 1965, Sezer e colaboradores estudaram 900 recém-nascidos a termo no Ankara Dogumevi Hospital, nos quatro primeiros dias de vida. Determinaram em que dia após o nascimento havia a maior incidência de determinada dermatose. O eritema tóxico neonatal teve a sua maior incidência no terceiro dia de vida com 45,5%, dermatite perianal no terceiro dia com 2,5%, milio no quarto dia com 74%, miliária no segundo dia com 20,5%. A mancha mongólica foi diagnosticada em 71% e o angioma plano em 22%, diagnósticos estes feitos no primeiro dia de vida.

Em 1974, Desmons e colaboradores examinaram 3.564 neonatos na Maternité du Centre Hospitalier de Douai no período compreendido entre 1º de fevereiro de 1970 e 1º de fevereiro de 1973, encontrando apenas 361 com lesões cutâneas. O eritema tóxico neonatal foi diagnosticado em 124 crianças (3,4 %), o angioma plano em 55 (1,5 %), mancha mongólica em 3 neonatos de origem árabe (0,08 %), nevo nevocelulares em 7 (0,22 %).

Rohr, em 1975, examinou 1.000 crianças, todas no terceiro dia de vida, nascidas no Queen Victoria Hospital, Melbourne. Relacionou os dados encontrados com a idade da mãe, sexo, peso e Apgar do neonato para verificar se havia alguma significância em cada um dos grupos. Encontrou milio em 84%, descamação em 76%, angiomas em 73%, eritema tóxico em 65%, icterícia em 64%, mancha mongólica em 4,1% e nevo pigmentado em 0,6%.

Jacobs e colaboradores publicaram, em 1976, o resultado do exame realizado em 1.058 crianças nascidas no Stanford University Medical Center, Stanford, Callifornia e no Doctors Hospital, Modesto, California. Dividiram as crianças em quatro categorias, de acordo com a origem: os de origem européia (caucasóide) foram classificados como brancos, os de origem africana (negróide) como pretos, os de origem do leste asiático (mongolóides) como asiáticos e os da América Latina ou Índios Americanos como ladinos. A mancha mongólica foi encontrada em 9,6% dos brancos, 95,5% dos negros, 81% dos asiáticos e em 70,1% dos ladinos. Angioma plano (mancha salmão) foi diagnosticado em 40,3%, angioma capilar (em morango) em 2,6% e angioma em vinho do Porto em 0,3% das 1.058 crianças. Entre as 508 crianças examinadas no Stanford University Hospital 154 (30,3%) apresentaram o eritema tóxico neonatal por ocasião do único exame realizado nesse estudo.

Walton e colaboradores (1976), estudaram as lesões pigmentadas em 1.058 neonatos, sendo 550 examinados por Robert G. Walton no Doctors Hospital, Modesto, California e 503 por Alvin H. Jacobs no Stanford University Hospital, Stanford, Califórnia. Nenhuma criança tinha mais que 72 horas de vida e a grande maioria tinha menos de 48 horas de nascimento. Excluíram da casuística a mancha mongólica e encontraram 41 crianças (3,9%) com lesões pigmentadas, a maioria delas com aparência de nevo melanocítico. Das crianças examinadas 841 (79,5%) eram brancas, 66 (6,2%) eram negras, 118 (11,2%) eram de origem mexicana, 27 (2,6%) orientais e seis (0,6%) eram de outros

grupos raciais. A distribuição das lesões segundo a cor foi: 21 (2,5%) em brancos, 13 (19,7%) em negros, quatro (3,4%) em mexicanos, um (3,7%) em orientais e dois (33,3%) em outros grupos. Foram feitas fotografias e biópsias de dois milímetros em cada lesão, com exceção de sete nas quais a biópsia não foi permitida.

Dickson e colaboradores (1979), examinaram 100 crianças nascidas em seqüência no King George V Hospital, em Sydney, Austrália. Os neonatos foram examinados durante os dias de sua permanência no hospital. Não foram registradas icterícia e descamação fisiológica. Diagnosticou-se eritema tóxico neonatal em 45 crianças, milio em 86, mancha salmão em 26, mancha mongólica em 17, seio pilonidal em dois e outras dermatoses em pequeno número.

Fox e colaboradores (1979), examinaram 100 crianças negras no Los Angeles County-University of Southern California Medical Center com o objetivo de estudar lesões pigmentadas nesse grupo. As crianças foram examinadas até o terceiro dia de vida. Toda lesão pigmentada foi anotada segundo o tamanho, localização, e morfologia. Fotografias coloridas, bem como biópsias de dois milímetros foram realizadas de cada lesão quando a permissão foi obtida. Um total de 51 apresentaram lesões pigmentadas diferentes da mancha mongólica, sendo quatro nevos melanocíticos, 26 lentigos e duas efélides. Cerca de 32 biópsias foram realizadas em 26 pacientes e 20 solicitações de biópsias foram recusadas.

Alper e colaboradores (1979) estudaram 18.155 neonatos de 16 de fevereiro de 1972 a 15 de fevereiro de 1975. O objetivo foi diagnosticar especificamente marcas de nascimento que possuem um significado médico mais importante, ou seja: nevo nevocelular, nevo sebáceo e múltiplas manchas café com leite. As crianças foram examinadas nos três primeiros dias de vida por pessoa treinada para identificar marca de nascimento. Entre julho de 1973 e junho de 1974 todas as crianças com nevo nevocelular, nevo sebáceo ou qualquer pigmentação incomum, bem como outras dermatoses foram examinadas por Joseph Alper. Novo exame foi realizado entre julho de 1974 e junho de 1975, quando os pais de crianças portadoras de nevo nevocelular e nevo sebáceo foram informadas do significado médico das lesões. Quando houve indicação para remoção cirúrgica do nevo, esta foi realizada em ocasião propícia.

Alper e colaboradores (1983), estudaram 4.641 neonatos determinando a incidência, variedade morfológica de apresentação e distribuição por sexo e cor de toda marca de

nascimento. Verificaram que aproximadamente 8% de toda a população de recém-nascidos tinham uma lesão cutânea, sendo que muitas crianças tinham mais de um tipo de lesão.

Hidano e colaboradores (1986), observaram 3.257 neonatos japoneses, de novembro de 1968 a outubro de 1973 no Tokyo Metropolitan Police Hospital e 2.130 crianças de novembro de 1973 a outubro de 1978 no Tokyo Women's Medical College Hospital. Foram 2.705 do sexo masculino e 2.682 do feminino. Os recém-nascidos foram examinados uma vez, pois os exames eram semanais, sendo que as crianças permaneciam na enfermaria de sete a dez dias. O eritema tóxico neonatal foi diagnosticado em 2.197 crianças (40,8%).

Osburn e colaboradores (1987), examinaram, de 14 de janeiro a 15 de abril de 1986, todos os neonatos admitidos nas enfermarias do Oklahoma Memorial Hospital. Excluíram dos estudos as crianças que necessitaram ser transferidas para a Unidade de Terapia Intensiva do referido hospital. Utilizaram a lâmpada de Wood nos exames e verificaram que essa luz artificial não revelava a existência de dermatoses que já não tivessem sido diagnosticadas com luz natural. Entre as crianças examinadas 500 eram brancas (60%), 228 negras (27%), 75 hispânicas (9%), 14 descendentes de índios americanos (2%), quatro orientais (0,5%) e nove descendentes de iranianos (1%). Do total 417 eram meninos e 413 meninas. As dermatoses mais freqüentes foram: angioma plano da nuca (244), mancha salmão (115), mancha mongólica (204), e eritema tóxico neonatal (70).

Prada e Sarmiento (1987), estudaram no Centro Médico Especializado de La Paz, Bolívia, 100 recém-nascidos vivos, consecutivamente durante cinco meses. Registraram as diferentes lesões dermatológicas congênitas observadas e sua distribuição por sexo e raça, sua localização nas diferentes regiões do corpo e a associação entre elas. Cerca de 78 crianças eram do sexo masculino e 22 do feminino, 89 eram brancas e 11 mestiças.

Nanda e colaboradores (1989) estudaram 900 crianças nascidas vivas, consecutivamente, no Nehru Hospital, Chandigarath, Índia. As crianças foram examinadas dentro das primeiras 48 horas de vida e o estudo foi realizado de janeiro a agosto de 1986. Foram anotados sexo, peso ao nascimento, Apgar e idade em horas no momento do primeiro exame. Cerca de trezentas crianças ficaram disponíveis para um seguimento por mais de seis semanas. Este estudo enfatiza a importância dos exames repetidos durante o período neonatal para detectar-se importantes lesões cutâneas.

Valle e colaboradores. (1989) examinaram 508 recém-nascidos normais com idade variando de zero a cinco dias entre 1986 e 1987 no Hospital Municipal Materno-Infantil “Ramón Sardá”, Buenos Aires, Argentina. O objetivo foi diagnosticar as doenças dermatológicas, em recém-nascidos normais, até os cinco dias de vida e associá-las com o tempo de gestação, forma de nascimento, peso, idade e sexo. Os diagnósticos mais frequentes foram, pela ordem: descamação fisiológica, eritema tóxico neonatal e mancha mongólica.

Plantin e colaboradores (1990) examinaram, em uma maternidade de Chu de Brest, França, no período compreendido entre 15 de dezembro de 1987 e 15 de junho de 1988, 874 recém-nascidos sendo que 148 (86 meninos e 62 meninas) apresentaram uma ou mais lesões cutâneas. Os autores acreditam que seu estudo permite afirmar a existência de uma correlação entre eritema tóxico neonatal e atopia.

Rivers e colaboradores (1990) estudaram 420 neonatos durante a primeira semana de vida, nascidos no King George V Maternity Hospital, Austrália, durante os meses de outubro e novembro de 1988. Os recém-nascidos foram classificados em quatro grupos de acordo com sua origem: caucasianos, mongólicos, australasianos e desconhecidos. Os caucasianos eram descendentes de Indo-europeus, os mongólicos descendentes de asiáticos do sudoeste, os australasianos descendentes de aborígenes da Austrália ou das ilhas do pacífico e aqueles classificados como desconhecidos eram de origem racial mista. Exame com a lâmpada de Wood foi realizado nos primeiros 50 recém-nascidos, sem que houvesse, com isso, qualquer informação adicional.

Prigent e colaboradores, entre 8 de outubro de 1990 e 21 de janeiro de 1991, examinaram 306 crianças nascidas na maternidade do Centro Hospitalar de Saint-Cloud. Duas vezes por semana todos os recém-nascidos foram examinados pelo mesmo médico, em caso de dúvida diagnóstica a criança era reexaminada ao fim do primeiro trimestre de vida. Não foi realizada biópsia. As dermatoses mais encontradas foram: eritema tóxico neonatal, angioma plano, cistos epidérmicos e mancha mongólica.

Karvonen e colaboradores (1992) estudaram 4.346 crianças em dois hospitais no curso de um ano (março de 1987 a fevereiro de 1988), para determinar a frequência de marcas de nascimento, por eles definidas como toda lesão cutânea presente ao nascimento ou aparecendo durante a primeira semana de vida. Todas as crianças (2.269 meninos e 2.077 meninas) eram caucasianas. As crianças foram examinadas por

pediatras dentro da primeira semana de vida, todas as lesões eram anotadas e fotografadas (menos as manchas salmão do pescoço e da região frontal), três meses mais tarde um dermatologista examinou 238 dos 241 bebês com marcas de nascimento e o diagnóstico clínico foi feito. Foram encontrados: nevo melanocítico em 66% das crianças, mancha salmão em 73% (excluídas as localizadas no pescoço e região frontal) e hemangioma (strawberry) em 54%.

Nascimento e colaboradores examinaram 289 recém-nascidos no berçário do Hospital Universitário Pedro Ernesto da Universidade do Estado do Rio de Janeiro, entre 1985 e 1989. Encontraram mancha mongólica (77,5%), milio (60,5%) e nevo vascular (38,4%).

Tsai e Tsai (1993) estudaram 3.345 crianças chinesas na enfermaria do China Medical College Hospital, de janeiro de 1990 a janeiro de 1991. Todas as crianças (1.727 meninos e 1.618 meninas) foram examinadas nas primeiras 48 horas de vida, a não ser aqueles que necessitassem ficar em incubadoras. Todas as crianças que apresentassem qualquer lesão dermatológica eram também examinadas por dermatologista. Manchas mongólicas foram diagnosticadas em 86,3% dos examinados, mancha salmão em 22,6% e eritema tóxico neonatal em 33,7%.

Kahana e colaboradores (1995) estudaram 1.672 neonatos com menos de 96 horas de vida no Hillel-Yaffe Medical Center, Hadera, Israel, durante um período de seis meses, sendo 841 (50,3%) judeus e 831 (49,7%) árabes. As crianças foram examinadas por dermatologista ou pediatras.

Magaña-Garcia e Gonzalez-Campos (1997), examinaram 1.000 recém-nascidos no Hospital General de México, sendo 780 em berçário para crianças normais e 220 em berçário para crianças portadoras de alguma doença. Verificou presença de lesão cutânea em todos os neonatos, que variaram de no mínimo duas a no máximo dez. A idade variou de 1 a 20 dias. As dermatoses mais freqüentes nos dois grupos foram: mancha mongólica, hiperplasia de glândulas sebáceas, hemangioma plano, hipertricose lanuginosa e descamação fisiológica.

Pereira (1997) fez um estudo comparativo entre dois hospitais de Belo Horizonte, Brasil, tendo examinado 752 crianças no total. Elaborou dissertação de mestrado intitulada "Prevalência de dermatoses no recém-nascido: estudo comparativo entre dois hospitais de Belo Horizonte, Brasil". As alterações mais encontradas foram: hiperplasia sebácea (78,86%), cistos da cavidade oral (65,96%), hipertrofia mamária (57,58%),

mancha salmão (57,58%), mancha mongólica (45,08%) e a descamação (44,95%).(

Lorenz e colaboradores (2000) examinaram 1.000 recém-nascidos entre junho de 1995 e fevereiro de 1997 na St. Heddwigs-Klinik, Regensburg, Alemanha. As crianças tinham de 12 a 120 horas de vida no momento do exame. Em 59,7% foram diagnosticadas uma ou mais lesões de pele. As marcas de nascimento mais encontradas foram nevo melanocítico 6% e mancha em vinho do porto 2,8%.

Moosavi e Hosseini (2006) examinaram 1.000 recém-nascidos entre os anos de 2002 e 2003 nascidos no hospital universitário Imam Hospital no Iran, ou ali admitidos por alguma doença, mas todas as crianças tinham no máximo 48 horas de vida. Em 96% foi diagnosticada pelo menos uma lesão de pele e 84,5% tinham mais do que uma dermatose.

Apesar das diferenças de metodologia e das origens diversas das crianças estudadas em cada trabalho, os resultados de uma maneira geral, não são muito diferentes, a não ser pelo predomínio de algumas dermatoses em determinados grupos.

3. MÉTODOS

3.1. Casuística

O estudo foi realizado no Hospital Guilherme Álvaro, em enfermaria para gestantes de risco, mas que também recebe gestantes sem qualquer complicação desde que exista vaga disponível. Iniciou-se a pesquisa em 27 de dezembro de 2000, com o exame dermatológico de todas as crianças nascidas consecutivamente até completar-se o número estipulado de mil neonatos, o que ocorreu em 30 de julho de 2001, totalizando sete meses. Foram excluídas do trabalho seis crianças por necessitarem de internação na unidade de terapia intensiva onde fariam uso de aparelhos de suporte de vida e/ou receberiam medicação endovenosa o que dificulta ou mesmo impede a realização do exame dermatológico.

Os recém-nascidos foram examinados, pela primeira vez, nas primeiras 36 horas de vida e esse exame repetido diariamente, enquanto estivessem internados, com a finalidade de se diagnosticar dermatoses que pudessem manifestar-se após a criança já ter sido examinada uma ou mais vezes. Algumas crianças recebiam alta no segundo ou terceiro dia de vida, sendo esse, então, o número de exames dermatológicos realizados nas mesmas. Os exames foram realizados com a criança completamente desnuda, em ambiente bem iluminado e após a mesma ter sido banhada para a retirada do vernix caseoso. Todos os exames foram realizados por um só pesquisador.

As dermatoses mais raras ou com quadro clínico exuberante foram fotografadas com a concordância da mãe. Não foram realizadas biópsias de rotina, com exceção de uma criança, portadora de leucemia cutânea, em função da necessidade para o diagnóstico.

3.2 Análise estatística

O número de crianças estudadas foi estimado para que doenças com incidência de 8% apresentassem um erro de medida de, no máximo, 20% do valor da incidência, com nível de significância estatística de 95%.

Para avaliar a possível associação entre fatores de risco escolhidos e aparecimento das doenças tegumentares, foi calculado o odds ratio (OR) com intervalo de confiança de 95%, considerando as doenças como variáveis dependentes e as várias exposições como variáveis independentes. Algumas variáveis independentes foram agrupadas em duas ou

mais categorias. A avaliação inicial foi realizada pela análise univariada e pela análise estratificada utilizando o EPI INFO versão 6 e STATA versão 8. Para variáveis ordinais agrupadas foi calculado o χ^2 para tendência..

Foram analisados os fatores de confusão potenciais e as possíveis interações entre variáveis. As variáveis, que na análise univariada mostraram valor de "p" menor ou igual a 0,3 foram testadas em modelo multivariado, realizado pela regressão logística não condicional, definindo-se os fatores independentemente associados às doenças dermatológicas.

4. RESULTADOS

4.1. População estudada

4.1.1. Pais

As variáveis estudadas em relação aos pais foram idade e cor. As mães, além de idade e cor, também tiveram anotados a procedência, uso de tabaco, álcool, drogas, positividade para HIV, tratamentos efetuados para doenças diagnosticadas durante a gravidez, número de gestações, ocorrência de abortos e natimortos em gestações anteriores.

Cerca de 335 (33,5%) mães moravam em São Vicente, 327 (32,7%) em Santos, 151 (15,1%) em Praia Grande, 110 (11,0%) em Guarujá, 40 (4,0%) em Cubatão, 15 (1,5%) em Itanhaém, 10 (1,0%) em Mongaguá, 4 (0,4%) em Peruíbe, 3 (0,3%) em Bertioga e 7 (0,7%) procederam de localidades não informadas (Tabela 1).

Tabela 1– Número e percentual de crianças estudadas segundo município de procedência.

Procedência	Frequência	Percentual
São Vicente	335	33,5
Santos	327	32,5
Praia Grande	151	15,1
Guarujá	110	11,0
Cubatão	40	04,0
Itanhaém	15	1,5
Mongaguá	10	1,0
Não informado	7	0,7
Peruibe	4	0,4
Bertioga	3	0,3
Total	1000	100,0

Quanto à idade dos pais, 33 tinham menos de 20 anos, 258 de 20 a 24 anos, 463 de 25 a 34 anos, 240 tinham 35 ou mais anos e 6 com idade ignorada. Em relação à cor do pais, 355 (35,5%) foram classificados como brancos, 591 (59,1%) pardos, 50 (5,0%) negros, 20 (2%) de ascendência indígena e 2 (0,2%) classificados como cor ignorada pois as mães não quiseram identificar a paternidade(Tabela 2).

Tabela 2. Frequência e porcentagem das variáveis paternas idade e cor.

Variável	Frequência	Percentual
Idade do pai		
<20	33	3,3
20 – 24	258	25,8
25 – 34	463	46,3
35 e +	240	24,0
ignorado	6	0,6
Cor do pai		
Amarelo	0	0,0
Branco	355	35,5
Pardo	591	59,1
Negro	50	5,0
Outras	2	0,2
Ignorado	2	0,2

Em relação à idade, 196 (19,6%) mães tinham menos de 20 anos, 519 (51,9%) tinham entre 20 e 30 anos, 282 (28,2%) mais de 30 anos e 3 (0,3%) idade não declarada. As mães foram classificadas como: 112 (11,2%) brancas, 785 (78,5%) pardas e 103 (10,3%) negras. As mães que fumaram durante a gravidez foram 164 (16,4%) e 836 (83,6%) não fumaram. Nenhuma declarou o uso regular de álcool e 6 (0,6%) declararam o uso de drogas sendo 3 (0,3%) usuárias de maconha, 2 (0,2%) de crack e 1 (0,1%) de cocaína. Em relação ao vírus da imunodeficiência humana, 17 (1,7%) foram soropositivas, 922 (92,2%) soronegativas e 61 (6,1%) não haviam realizado o exame sorológico. Seiscentas e oitenta e seis mães (68,6%) não fizeram qualquer tratamento durante a gravidez, 47 (4,7%) trataram diabetes, 66 (6,6%) hipertensão arterial crônica, 81 (8,1%) infecção do trato urinário, 16 (1,6%) diabete e infecção do trato urinário, 101 (10,1%) outros tratamentos (corrimento vaginal, intertrigos, micoses superficiais) e três (0,3%) não souberam referir. Em relação ao número de gestações 320 (32%) eram primigestas, 241 (24,1%) tiveram uma gestação anterior, 176 (17,6%) tiveram duas, 113 (11,3%) tiveram três, 150 (15%) tiveram quatro ou mais. Cerca de 761 (76,1%) mães não sofreram aborto anterior, 162 (16,2%) tiveram um aborto, 56 (5,6%) tiveram dois ou mais abortos e em um (0,1%) esse dado é ignorado. Cerca de 35 (3,5%) mães referem partos com natimortos anteriormente e 964 (96,4%) não tiveram e, em um (0,1%), esse dado é ignorado. Cerca de 11 (1,1%) das mães apresentavam algum grau de parentesco com os pais dos neonatos, sendo sete primos em primeiro grau e quatro em segundo grau (Tabela 03).

Tabela 3. Frequência e porcentagem das variáveis maternas

Variável	Frequência	Percentual
Idade da mãe		
<20	196	19,6
20 – 30	519	51,9
30 e +	282	28,2
ignorado	3	0,3
Cor da mãe		
Amarela	0	0,0
Branca	112	11,2
parda	785	78,5
negra	103	10,3
outras	0	0,0
Fumou na gravidez		
sim	164	16,4
não	836	83,6
Uso regular de álcool		
Sim	0	0,0
Não	1000	100,0
Uso de drogas na gravidez		
Sim	6	0,6
Não	994	99,4
HIV		
Positivo	17	1,7
Negativo	922	92,2
Ignorado	61	6,1
Tratamento		
Nenhum	686	68,6
Diabetes	47	4,7
Hipertensão arterial	66	6,6
Infecção trato urinário	81	8,1
Outros	101	10,1
Diabetes + hipertensão	16	1,6
Ignorado	3	0,3
Nº de gestações anteriores		
0	320	32,0
1	241	24,1
2	176	17,6
3	113	11,3
4 ou +	150	15,0
Abortos anteriores		
0	761	76,1
1	162	16,2
2 ou +	56	5,6
Ignorado	1	0,1
Partos c/ natimortos		
Sim	35	3,5
Não	964	96,4
Ignorado	1	0,1
Consangüinidade		
Primos de 1º grau	7	0,07
Primos de 2º grau	4	0,04
Sem consangüinidade	989	98,9

4.1.2. Recém-nascidos

A tabela 4 mostra a frequência e o percentual das variáveis do recém-nascido.

Tabela 4- Frequência e porcentagem das variáveis do recém-nascido

Variável	freqüência	Percentual
Sexo		
Masculino	514	51,4
Feminino	486	48,6
Tipo sanguíneo		
A	281	28,1
B	101	10,1
AB	24	2,4
O	378	37,7
Ignorado	216	21,6
Fator RH		
Positivo	702	70,2
Negativo	82	8,2
Ignorado	216	21,6
Apgar 1		
<8	183	18,3
8-10	814	81,4
Ignorado	3	0,3
Apgar 5		
<9	109	10,9
9-10	888	88,8
Ignorado	3	0,3
Peso x idade gestacional		
PIG	36	3,6
AIG	851	85,1
GIG	100	10,0
Ignorado	13	1,3
Comprimento		
até 45 cm	111	11,1
45,1-50 cm	713	71,3
50,1 e +	176	17,6
Peso ao nascer		
até 2500	103	10,3
2501-3500	615	61,5
3501 e +	280	28,0
Ignorado	2	0,2
Cor do recém-nascido		
Amarelo	0	0,0
Branco	68	6,8
Pardo	914	91,4
Negro	16	1,6
Outras	2	0,2

4.2. Frequência das doenças encontradas

Cerca de 87,9% dos recém-nascidos apresentaram um ou mais alteração tegumentar e 12,1% não apresentavam qualquer alteração. As dermatoses mais frequentes foram, pela ordem decrescente, mancha mongólica (69,8%), eritema tóxico neonatal (19,7%), icterícia fisiológica (11,8%), hipertricose lanuginosa (10,3%), nevo angiomaso (13,9%), hiperplasia de glândula sebácea (7,8%), descamação fisiológica (7,0%), puberdade em miniatura (4,1%), cutis marmorata (2,2%), mancha café com leite (2,0%) e nevo pigmentado (2,0%). Todas as demais apresentaram frequência menor que dois por cento. Foram feitos os seguintes diagnósticos de doenças não dermatológicas: isoimunização Rh (0,1%), meningocele (0,2%), pé torto congênito (0,8%), e hidrocefalia (0,1%) (Tabela 5).

Tabela 5. Frequência e porcentagem de diagnósticos

Diagnóstico	freqüência	Percentual
Mancha mongólica	698	69,8
Eritema tóxico neonatal	197	19,7
Nevo angiomaso (angioma plano)	138	13,8
Icterícia fisiológica	118	11,8
Hipertricose lanuginosa	103	10,3
Hiperplasia glândula sebácea	78	7,8
Descamação fisiológica	70	7,0
Puberdade em miniatura	41	4,1
Cutis marmorata	22	2,2
Mancha café com leite	20	2,0
Nevo pigmentado	20	2,0
Milium	17	1,7
Pé torto congênito	8	0,8
Conjuntivite química	7	0,7
Melanose pustulosa transitória do RN	6	0,6
Equimose por forceps	4	0,4
Hiperpigmentação (nitrato de prata)	4	0,4
Miliária	4	0,4
Polidactilia	3	0,3
Meningocele	2	0,2
Trissomia do 21	2	0,2
Seio dérmico sacral	2	0,2
Fenda labial	2	0,2
Bolha de sucção	2	0,2
Tragus acessório	2	0,2
Candidíase mucosa oral	1	0,1
Hidrocefalia	1	0,1
Leucemia mielóide aguda congênita	1	0,1
Nevo acrômico	1	0,1
Nevo sebáceo	1	0,1
Isoimunização Rh	1	0,1

4.2.1. Presença de algum tipo de dermatose

Neste estudo, 87.9% (IC-95%: 86,87-88,93) das crianças apresentaram algum tipo de dermatose.

Com relação às variáveis parentais, a análise univariada mostrou associação estatisticamente significativa de presença de alguma dermatose com a cor da mãe (OR=0,31, IC, [95%:0,19 – 0,52]). Entre as variáveis que não apresentam associação significativa com nenhuma dermatose foram incluídas na análise multivariada aquelas que apresentaram associação com nível de significância menor que 0,3 ($p < 0,3$), sendo elas: uso de drogas, recém-nascidos vivos e cor do pai (tabela 6).

Tabela 6- Odds ratio e intervalo de confiança entre as variáveis parentais para a presença de dermatose entre os recém-nascidos que participaram do estudo.

Variável	Sem dermatose n° (%)	Com dermatose n° (%)	OR (95% IC)
Consangüinidade			
Não	120(12,1)	869(87,9)	1,00
Sim	1(9,1)	10(90,9)	1,38 (0,18 – 29,58)
Cor do pai			
Não branco	71 (11,0)	572 (89,0)	1,00
Branco	49 (13,8)	306 (86,2)	0,78 (0,51 – 1,17)
Cor da mãe			
Não Branca	91 (10,2)	797 (89,8)	1,00
Branca	30 (26,8)	82 (73,2)	0,31 (0,19-0,52)
Fumo			
Não	102 (12,2)	734 (87,8)	1,00
Sim	19 (11,6)	145 (88,4)	1,06 (0,61 – 1,86)
Drogas			
Não	119 (12,0)	875 (88,0)	1,00
Sim	2 (33,3)	4 (66,7)	0,27 (0,04 – 2,19)
HIV			
Negativo	116 (12,6)	806 (87,4)	1,00
Positivo	2 (11,8)	15 (88,2)	1,08 (0,23 – 7,02)
Tratamento			
Não	80 (11,7)	606 (88,3)	1,00
Sim	41 (13,2)	270 (270 (86,8)	0,87 (0,57 – 1,33)
Aborto anterior			
Não	93 (11,9)	688 (88,1)	1,00
Sim	29 (12,8)	190 (87,2)	0,92 (0,57 – 1,49)
Natimortos			
Não	118 (12,2)	846 (87,8)	1,00
Sim	3 (8,6)	32 (91,4)	1,49 (0,42 – 6,26)
Neomortos			
Não	115 (12,1)	835 (87,9)	1,00
Sim	6 (12,2)	43 (87,8)	0,99 (0,39 – 2,66)
Hipertensão arterial			
não	99 (11,9)	731 (88,1)	1,00
sim	22 (13,2)	145 (86,8)	0,89(0,52-1,53)
Diabetes			
não	104 (12,2)	735 (87,8)	1,00
sim	17 (11,5)	131 (88,5)	1,08 (0,60 – 1,94)
Idade do pai			
<25	34 (11,7)	257 (88,3)	1,00
25-34	59 (12,7)	404 (87,3)	0,91(0,58-1,42)
35 e +	27 (11,3)	213 (88,8)	1,04(0,61-1,79)
p de tendência			0,01 p=0,94

continua

continuação

Tabela 6- Odds ratio e intervalo de confiança entre as variáveis parentais para a presença e dermatose entre os recém-nascidos que participaram do estudo.

Variável	Sem dermatose n° (%)	Com dermatose n° (%)	OR (95% IC)
Nº de filhos vivos			
0	48 (12,5)	335 (87,5)	1,00
1	28 (10,8)	231 (89,2)	1,18(0,72-1,94)
2	29 (16,7)	145 (83,3)	0,72(0,43-1,18)
3	7 (6,9)	94 (93,1)	1,92(0,81-4,39)
4 ou +	9 (11,1)	72 (88,9)	1,15(0,54-2,44)
χ^2 de tendência			0,25 p=0,6145
Gestações anteriores			
0	41 (12,8)	279 (87,2)	1,00
1	25 (10,4)	216 (89,6)	1,27(0,75-2,15)
2	27 (15,3)	149 (84,7)	0,81(0,48-1,37)
3	7 (6,2)	7 (93,8)	2,23(0,97-5,11)
4 ou +	21 (14,0)	129 (86,0)	0,90(0,51-1,59)
χ^2 de tendência			0,01 p=0,9253
ITU			
não	109 (11,9)	807 (88,1)	1,00
sim	12 (9,9)	69 (85,2)	0,78 (0,39 – 1,57)

conclusão

Em relação às variáveis do recém-nascido, a análise univariada mostrou que a presença de alguma dermatose está significativamente relacionada com a cor do recém-nascido (OR= 0,21; IC [95%:0,12 – 0,38]), Apgar 1(OR=1,91, IC, [95%:1,20 – 3,02]), e idade gestacional (p=0,0244) (Tabela 7).

Tabela 7- Odds ratio e intervalo de confiança entre as variáveis dos RN para a presença de alguma dermatose

Variável	Sem dermatose n° (%)	Com dermatose n° (%)	OR (95% IC)
RN			
Não branco	97 (10,4)	835 (89,6)	1,00
Branco	24 (35,3)	44 (64,7)	0,21(0,12 – 0,38)
Sexo			
Masculino	64 (12,5)	450 (87,5)	1,00
Feminino	57 (11,7)	429 (88,3)	1,07 (0,72 – 1,60)
Fator Rh			
negativo	9 (11,0)	73 (89,0)	1,00
positivo	78 (11,1)	624 (88,9)	0,99 (0,44 – 2,15)
Apgar 1			
<8	34 (18,6)	149 (81,4)	1,00
8-10	87 (10,7)	727 (89,3)	1,91 (1,20 – 3,02)
Apgar 5			
<9	16 (14,7)	93 (85,3)	1,00
9-10	105 (11,8)	783 (88,2)	1,28 (0,69 – 2,35)

continua

continuação

Tabela 7- Odds ratio e intervalo de confiança entre as variáveis dos RN para a presença de alguma dermatose

Variável	Sem dermatose n° (%)	Com dermatose n° (%)	OR (95% IC)
Idade gestacional			
até 36 semanas	10 (22,2)	35 (77,8)	1,00
de 36,1 – 40 semanas	79 (12,1)	572 (87,9)	1,99(0,95-4,17)
40,1 semanas ou mais	7 (7,4)	87 (92,6)	2,76(1,22-6,26)
χ^2 de tendência			5,06 p=0,0244
Tipo sanguíneo			
A	32 (11,4)	249 (88,6)	1,00
B	12 (11,9)	89 (88,1)	0,92(0,45-1,87)
AB	1 (4,2)	23 (95,8)	2,70(0,35-20,75)
O	42 (11,1)	336 (88,9)	1,02(0,63-1,66)

conclusão

Na análise multivariada, a cor do RN, o peso ao nascimento e Apgar 1 se mostraram independentemente associados à presença de algum tipo de dermatose de forma estatisticamente significativa (Tabela 8).

Tabela 8- Odds ratio e intervalo de confiança dos principais fatores independentemente associados a alguma dermatose na análise multivariada.

Variável	Sem alteração n° (%)	Com alteração n° (%)	OR ¹	OR (IC 95%) ²
Cor do recém-nascido				
Não branco	97 (10,4)	835 (89,6)	1,00	1,00
Branco	24 (35,3)	44 (64,7)	0,210	0,20(0,11 – 0,35)
Peso ao nascer				
<2500 g	25 (24,3)	78 (75,7)	1,00	1,0
2500 – 3499 g	68 (11,1)	547 (88,9)	2,69	2,43(1,42 – 4,14)
3500 g e mais	28 (10,0)	252(90,0)	2,88	2,93(1,58 – 5,44)
Apgar 1				
<8	34 (18,6)	149 (81,4)	1,00	1,0
8-10	87 (10,7)	727 (89,3)	1,91	1,88(1,20 – 2,95)

1- Odds ratio da análise univariada

2- Odds ratio e intervalo de confiança ajustados por todas as variáveis.

4.2.2. Dermatoses

4.2.2.1. Mancha mongólica

A mancha mongólica foi a dermatose mais freqüente com 69,8%(IC-95%: 68,35-71,25).

Na análise univariada, as variáveis parentais que se associaram estatisticamente à presença de mancha mongólica foram cor do pai (OR=0,49, IC[95%:0,37-0,66]) e cor da mãe (OR=0,15, IC[95%:0,09-0,23]), sendo a cor branca dos pais fator de menor risco para mancha mongólica. (Tabela 9).

Tabela 9- Odds ratio e intervalo de confiança entre as variáveis parentais para a mancha mongólica

Variável	Sem MM n° (%)	Com MM n° (%)	OR (95% IC)
Consangüinidade			
Não	300 (30,2)	693 (69,8)	1,00
Sim	2 (28,6)	5 (71,4)	1,08 (0,18 – 8,20)
Cor do pai			
Não branco	159 (24,7)	484 (75,3)	1,00
Branco	142 (40,0)	213 (60,0)	0,49 (0,37 – 0,66)
Cor da mãe			
Não Branca	224 (25,2)	664 (74,8)	1,00
Branca	78 (69,6)	34 (30,4)	0,15 (0,09 – 0,23)
Fumo			
Não	251 (30,0)	585 (70,0)	1,00
Sim	51 (31,1)	113 (68,9)	0,95 (0,65 – 1,39)
Drogas			
Não	299 (30,1)	695 (69,9)	1,00
Sim	3 (50,0)	3 (50,0)	0,43 (0,07 – 2,71)
HIV			
Negativo	280 (30,4)	642 (69,6)	1,00
Positivo	5 (29,4)	12 (70,6)	1,05 (0,34 – 3,47)
Tratamento			
Não	204 (29,7)	482 (70,3)	1,00
Sim	98 (31,5)	213 (68,5)	0,92 (0,68 – 1,25)
Aborto anterior			
Não	231 (29,6)	550 (70,4)	1,00
Sim	71 (32,6)	147 (67,4)	0,87 (0,62 – 1,22)
Natimortos			
Não	291 (30,2)	673 (69,8)	1,00
Sim	11 (31,4)	24 (68,6)	0,94 (0,43 – 2,09)
Neomortos			
Não	284 (29,9)	666 (70,1)	1,00
Sim	18 (36,7)	31 (63,3)	0,73 (0,39 – 1,40)
Idade da Mãe			
<20	58 (29,3)	138 (70,7)	1,00
20 – 29	161 (31,0)	358 (69,0)	0,93 (0,65 – 1,33)
30 e +	82 (29,1)	200 (70,9)	1,02 (0,69 – 1,53)
de tendência			0,04 (p=0,844)
Idade do Pai			
<25	91 (31,3)	200 (68,7)	1,00
25-34	145 (31,3)	318 (68,7)	0,99 (0,73 – 1,37)
35 e +	65 (27,1)	175 (72,9)	1,225 (0,84 – 1,79)
de tendência			1,00 (p=0,317)
Nº de Filhos Vivos			
0	123 (32,1)	260 (67,9)	1,00
1	80 (30,9)	179 (69,1)	1,06 (0,75 – 1,49)
2	54 (31,0)	120 (69,0)	1,05 (0,71 – 1,55)
3	25 (24,8)	76 (75,2)	1,44 (0,87 – 2,37)
4 ou +	20 (24,7)	61 (75,3)	1,44 (0,83 – 2,50)
de tendência			2,72 (p=0,099)

continua

continuação

Tabela 9- Odds ratio e intervalo de confiança entre as variáveis parentais para a mancha mongólica

Variável	Sem MM n° (%)	Com MM n° (%)	OR (95% IC)
Gestações Anteriores			
0	102 (31,9)	218 (68,1)	1,00
1	75 (31,1)	166 (68,9)	1,04 (0,72 – 1,48)
2	51 (29,0)	125 (71,0)	1,15 (0,77 – 1,71)
3	26 (23,0)	87 (77,0)	1,57 (0,95 – 2,57)
4 ou + de tendência	48 (32,0)	102 (68,0)	0,99 (0,66 – 1,51) 0,58 (p=0,4465)
Hipertensão arterial			
Não	255 (30,7)	575 (69,3)	1,00
Sim	47 (28,1)	120 (71,9)	1,13 (0,77 – 1,67)
Diabetes			
Não	260 (30,6)	589 (69,4)	1,00
Sim	42 (28,4)	106 (71,6)	1,11 (0,74 – 1,68)
ITU			
Não	275 (30,0)	641 (70,0)	1,00
Sim	27 (33,3)	54 (66,7)	0,86 (0,51 – 1,44)

conclusão

Para as variáveis dos neonatos na análise univariada encontramos associação estatisticamente significativa das variáveis: peso ao nascer e cor. Nenhuma das outras variáveis apresenta valor estatisticamente significativo. A dermatose foi mais freqüente nas crianças com peso de 3.500 g ou mais (OR=1,97, IC[95%:1,21-3,21]), nas com idade gestacional de 40 ou mais semanas (OR=2,69, IC[95%:1,37-5,28]) e naquelas com comprimento ao nascer de 45 a 49 centímetros (OR=2,04, IC[95%:1,34-3,10]) (Tabela 10). Os dados mostram que existe maior probabilidade de ocorrência da dermatose quando maior o peso, sendo o qui quadrado de tendência estatisticamente significativo (p=0,006)

As seguintes variáveis apresentaram associação com nível de significância menor que 0,3 e foram incluídas na análise multivariada: comprimento, peso x idade gestacional

Tabela 10- Odds ratio e intervalo de confiança entre as variáveis do RN para a mancha mongólica

Variável	Sem MM n° (%)	Com MM n° (%)	OR (95% IC)
Peso ao Nascer			
<2500 g	48 (46,6)	55 (53,4)	1,00
2500 – 3499 g	175 (28,5)	440 (71,5)	2,19 (1,43 – 3,56)
3500 g e mais de tendência	78 (27,9)	202 (72,1)	2,26 (1,42 – 3,61) 7,40 (p=0,006)
Comprimento			
<45 cm	49 (44,1)	62 (55,9)	1,00
45-49 cm	194 (27,2)	519 (72,8)	2,04 (1,34 – 3,10)
50 cm e + de tendência	53 (32,3)	111 (67,7)	1,58 (0,95 – 2,61) 2,48 (p=0,116)

continua

continuação

Tabela 10- Odds ratio e intervalo de confiança entre as variáveis do RN para a mancha mongólica

Variável	Sem MM n° (%)	Com MM n° (%)	OR (95% IC)
Peso X Idade Gestacional			
PIG	14 (38,9)	22 (61,1)	1,00
AIG	259 (30,4)	592 (69,6)	1,45 (0,73 – 2,89)
GIG	24 (24,0)	76 (76,0)	2,02 (0,89 – 4,54)
de tendência			3,14 (p=0,076)
Cor do RN			
Não branco	239 (25,6)	693 (74,4)	1,00
Branco	63 (92,6)	5 (7,4)	0,03(0,01 – 0,07)
Sexo			
Masculino	154 (30,0)	360 (70,0)	1,00
Feminino	148 (30,5)	338(69,5)	0,98 (0,74 – 1,30)
Fator RH			
Negativo	24 (29,3)	58 (70,7)	1,00
Positivo	208 (29,6)	494 (70,4)	0,98 (0,57 – 1,68)
Apgar 1			
<8	61 (33,3)	122 (66,7)	1,00
8-10	240 (29,5)	574 (70,5)	1,20 (0,83 – 1,71)
Apgar 5			
<9	38 (34,9)	71 (65,1)	1,00
9-10	263 (29,6)	625 (70,4)	1,27 (0,81 – 1,98)
Idade Gestacional			
até 36 semanas	24 (53,3)	21 (46,7)	1,00
de 36,1 – 40 semanas	208 (30,0)	486 (70,0)	2,67 (1,45 – 4,90)
40,1 semanas ou mais	70 (27,3)	186 (72,7)	3,04 (1,59 – 5,80)
de tendência			6,07 (p=0,0138)
Tipo Sangüíneo			
A	76 (27,0)	205 (73,0)	1,00
B	36 (31,7)	69 (68,3)	0,84(0,50-1,40)
AB	2 (8,3)	22 (91,7)	3,7(0,84-16,22)
O	122 (32,3)	256 (67,7)	0,77(0,55-1,09)

conclusão

Na análise multivariada, a mancha mongólica demonstrou associação estatisticamente significativa com a cor do recém-nascido (OR=0,03,IC[95%:0,005-0,06]) (Tabela 11).

Tabela 11. Odds ratio e intervalo de confiança das variáveis que se mostraram independentemente associadas à mancha mongólica na análise multivariada

Variável	Sem MM n° (%)	Com MM n° (%)	OR ¹	OR (IC 95%) ²
Cor do recém-nascido				
Não branco	239 (25,6)	693 (74,4)	1,00	1,0
Branco	63 (92,6)	5 (7,4)	0,03	0,02(0,005 –0,06)

1-Odds ratio da análise univariada

2-Odds ratio e intervalo de confiança ajustados por todas as variáveis.

4.2.2.2. Eritema tóxico neonatal

O eritema tóxico neonatal foi diagnosticado em 19,7% (IC-95%: 18,44-20,96) das crianças.

Para as variáveis parentais o eritema tóxico neonatal não apresenta valores estatisticamente significantes na análise univariada. (Tabela 12)

Tabela 12- Odds ratio e intervalo de confiança de 95% entre as variáveis parentais para o eritema tóxico neonatal

Variável	Sem ETN n° (%)	Com ETN n° (%)	OR (95% IC)
Consangüinidade			
Não	797 (80,3)	196 (19,7)	1,00
Sim	6 (85,7)	1 (14,3)	0,68 (0,03 – 5,76)
Cor do pai			
Não branco	517 (80,4)	126(19,6)	1,00
Branco	284 (80,0)	71(20,0)	1,03 (0,73 – 1,44)
Cor da mãe			
Não Branca	713 (80 3)	175 (19,7)	1,00
Branca	98 (80 4)	22 (19,6)	1,00 (0,59 – 1,68)
Fumo			
Não	675 (80,7)	161 (19,3)	1,00
Sim	128 (78,0)	36 (22,0)	1,18 (0,76 – 1,81)
Drogas			
Não	799(80,4)	195 (19,6)	1,00
Sim	4(66,7)	2 (33,3)	2,05 (0,18 – 13,22)
HIV			
Negativo	737 (79,9)	(20,1)	1,00
Positivo	14 (82,4)	(17,6)	0,85(0,19 – 3,24)
Tratamento			
Não	548 (79,9)	138 (20,1)	1,00
Sim	252 (81,0)	59 (19,0)	0,93 (0,65 – 1,33)
Aborto anterior			
Não	622 (79,6)	159 (20,4)	1,00
Sim	180,(82,6)	38 (17,4)	0,83 (0,55 – 1,25)
Natimortos			
Não	772 (80,1)	192 (19,9)	1,00
Sim	30 (85,7)	5 (14,3)	0,67 (0,22 – 1,86)
Neomortos			
Não	761 (80,1)	189 (19,9)	1,00
Sim	41 (83,7)	8 (16,3)	0,79 (0,33 – 1,79)
Idade da mãe			continua
<20	154 (78,6)	42 (21,4)	1,00
20 – 29	420 (80,9)	99 (19,1)	0,88 (0,58 – 1,31)
30 e +	226 (80,1)	56 (19,9)	0,89 (0,57 – 1,39)
χ^2 de tendência			0,21 (p=0,644)
Idade do pai			
<25	226 (77,7)	65 (22,3)	1,00
25-34	385 (83,2)	78 (16,8)	0,68 (0,47 – 0,98)
35 e +	187 (77,9)	53 (22,1)	0,97 (0,64 – 1,46)
χ^2 de tendência			0,10 (p=0,7475)

continua

continuação

Tabela 12- Odds ratio e intervalo de confiança de 95% entre as variáveis parentais para o eritema tóxico neonatal

Variável	Sem ETN n° (%)	Com ETN n° (%)	OR (95% IC)
Nº de filhos vivos			
0	309 (80,7)	74 ()	1,00
1	206 (79,5)	53 ()	1,06 (0,71 – 1,57)
2	146 (83,9)	28 ()	0,75 (0,47 – 1,22)
3	77 (76,2)	24 ()	1,28 (0,76 – 2,16)
4 ou + de tendência	63 (77,87)	18 ()	1,17 (0,66 – 2,10) 0,21 (p=0,646)
Gestações anteriores			
0	258 (80,6)	62 (19,4)	1,00
1	190 (78,8)	51 (21,2)	1,09 (0,72 – 1,76)
2	145 (82,4)	31 (17,6)	0,87 (0,54 – 1,40)
3	87 (77,0)	26 (23,)	1,22 (0,73 – 2,05)
4 ou + de tendência	123 (82,0)	27 (18,)	0,86 (0,52 – 1,42) 0,15 (p=0,7027)
Hipertensão arterial			
Não	662(79,8)	168 (20,2)	1,00
Sim	138(82,6)	29 (17,4)	0,83(0,52 – 1,31)
Diabetes			
Não	681 (80,2)	168 (19,8)	1,00
Sim	119 (80,4)	29 (19,6)	0,99 (0,62 – 1,57)
ITU			
Não	734 (80,1)	182 (19,9)	1,00
Sim	66 (81,5)	15 (18,5)	0,92(0,49 – 1,70)

Conclusão

O eritema tóxico neonatal apresentou associação estatisticamente significativa em relação ao sexo do RN, sendo o sexo feminino o menos acometido (OR=0,63,IC[95%:0,45-0,88]). Apresentam também valor significativo para o peso, comprimento, idade gestacional e relação peso/idade gestacional. É mais freqüente nas crianças com peso de 3500 g ou mais (OR=4,67,IC[95%:2,17-10,05]) nas grandes para a idade gestacional (GIG)(OR=8,00,IC[95%:1,81-35,38]) e nas com idade gestacional de 36,1 semanas ou mais (OR=5,29,IC[95%:1,27-22,10]) (Tabela 13).

As seguintes variáveis apresentaram nível de significância menor que 0,3 e foram incluídas na análise multivariada: Apgar 1, e tipo sanguíneo.

Tabela 13- Odds ratio e intervalo de confiança de 95% entre as variáveis do RN para o eritema tóxico neonatal

Variável	Sem ETN n° (%)	Com ETN n° (%)	OR (95% IC)
Peso ao nascer			
<2500 g	96 (93,2)	7 (6,8)	1,00
2500 – 3499 g	505 (82,1)	110 (17,9)	2,59 (1,22 – 5,48)
3500 g e mais	200 (71,4)	80 (18,6)	4,67 (2,17 – 10,05)
^{χ2} de tendência			23,75 (p=0,0000)

]

continua

continuação

Tabela 13- Odds ratio e intervalo de confiança de 95% entre as variáveis do RN para o eritema tóxico neonatal

Variável	Sem ETN n° (%)	Com ETN n° (%)	OR (95% IC)
Comprimento			
<45 cm	99(89,2)	12(10,8)	1,00
45-49 cm	567(79,5)	146(20,5)	2,12 (1,14 – 3,97)
50 cm e + de tendência	125(76,2)	39(23,8)	2,57 (1,28 – 5,18) 6,22 (p=0,013)
Peso X Idade gestacional			
PIG	34 (94,4)	2 (5,6)	1,00
AIG	689 (81,0)	162 (19,0)	4,03 (0,96 – 16,94)
GIG de tendência	67 (67,0)	33 (33,0)	8,00 (1,81 – 35,38) 13,56 (p=0,0002)
Cor do RN			
Não branco	745 (79,9)	187 (20,1)	1,00
Branco	58 (85,3)	10 (14,7)	0,69 (0,32 – 1,43)
Sexo			
Masculino	395 (76,8)	119 (23,2)	1,00
Feminino	408 (84,0)	78 (16,0)	0,63 (0,45 – 0,88)
Fator RH			
Negativo	69 (84,1)	13 (15,9)	1,00
Positivo	555 (79,1)	147 (20,9)	1,41 (0,73 – 2,77)
Apgar 1			
<8	157 (85,8)	26 (14,2)	1,00
8-10	645 (79,2)	169 (20,8)	1,58(0,99 – 2,55)
Apgar5			
<9	92 (84,4)	17 (15,6)	1,00
9-10	709 (79,8)	179 (20,2)	1,37 (0,77 – 2,46)
Idade gestacional			
até 36 semanas	43 (95,6)	2 (4,4)	1,00
de 36,1 – 40 semanas	558(80,4)	136 (19,6)	5,29 (1,27 – 22,10)
40,1 semanas ou mais de tendência	197 (77,0)	59 (23,0)	6,30 (1,48 – 26,78) 4,93 (p=0,0264)
Tipo sanguíneo			
A	216 (76,9)	65 (23,1)	1,00
B	81 (80,2)	20 (19,8)	0,84(0,48-1,47)
AB	17 (70,8)	7 (29,2)	1,52(0,59-3,89)
O	310 (82,0)	68 (18,0)	0,71(0,48-1,04)

conclusão

Na análise multivariada, as variáveis que se associaram de forma independente ao eritema tóxico neonatal foram peso do RN, sexo e Apgar no primeiro minuto. O qui quadrado de tendência foi significativo para peso ao nascer, mostrando que a doença aparece de forma mais freqüente quanto maior o peso do recém nascido. No sexo masculino e nas crianças com Apgar 1 acima de oito existe maior probabilidade de ocorrência desta dermatose (tabela 14).

Tabela 14- Odds ratio e intervalo de confiança das variáveis que se mostraram independentemente associadas ao eritema tóxico neonatal na análise multivariada.

Variável	Sem ETN n° (%)	Com ETN n° (%)	OR ¹	OR (IC 95%) ²
Peso ao nascer				
<2500 g	96 (93,2)	7 (6,8)	1,00	1,0
2500 – 3499 g	505 (82,1)	110 (17,9)	2,37	2,42(1,14-5,14)
3500 g e mais	200 (71,4)	80 (18,6)	4,33	4,24(1,96-9,17)
de tendência				19,8 p<0,0001
Sexo				
Masculino	395 (76,8)	119 (23,2)	1,00	1,0
Feminino	408 (84,0)	78 (16,0)	0,63	0,70(0,51-0,97)
Apgar 1				
<8	157 (85,8)	26 (14,2)	1,00	1,0
8-10	645 (79,2)	169 (20,8)	1,58	1,56(0,99-2,46)

1- Odds ratio da análise univariada

2- Odds ratio e intervalo de confiança ajustados por todas as variáveis

Nevo angiomaso

O nevo angiomaso foi diagnosticado em 13,9% (IC-95%: 12,81-14,99) das crianças. A única das variáveis parentais que mostrou associação estatisticamente significativa com a presença de nevo angiomaso foi a hipertensão arterial na mãe (OR=0,52,IC[95%:0,27-0,95]), sendo que a dermatose ocorreu com mais frequência nas crianças nascidas de mulheres sem hipertensão (Tabela 15)

Tabela 15- Odds ratio e intervalo de confiança entre as variáveis parentais em relação ao nevo angiomaso

Variável	Sem NA n° (%)	Com NA n° (%)	OR (95% IC)
Consangüinidade			
Não	855(86,1)	138(13,9)	1,00
Sim	6(85,7)	1(14,3)	1,03 (0,00 – 8,81)
Cor do pai			
Não branco	563 (87,6)	80 (12,5)	1,00
Branco	296 (83,4)	59 (16,6)	1,40(0,95- 2,06)
Cor da mãe			
Não Branca	766 (86,3)	122 (13,7)	1,00
Branca	95 (84,8)	17 (15,2)	1,12 (0,62 – 2,01)
Fumo			
Não	718 (85,9)	118 (14,1)	1,00
Sim	143 (87,2)	21 (12,8)	0,89 (0,52 – 1,51)
Drogas			
Não	856 (86,1)	138 ()	1,00
Sim	5 (86,3)	(1)	1,24 (0,00 – 11,12)

continua

continuação

Tabela 15- Odds ratio e intervalo de confiança entre as variáveis parentais em relação ao nevo angiomaso

Variável	Sem NA n° (%)	Com NA n° (%)	OR (95% IC)
HIV			
Negativo	795 (86,2)	127 (13,8)	1,00
Positivo	14 (82,4)	3 (17,6)	1,34 (0,30 – 5,12)
Tratamento			
Não	583 (85,0)	103 (15,0)	1,00
Sim	275 (88,4)	36 (11,6)	0,74 (0,48 – 1,14)
Aborto anterior			
Não	668 (85,5)	113 (14,5)	1,00
Sim	192 (88,1)	26 (11,9)	0,80 (0,49 – 1,30)
Natimortos			
Não	828 (85,9)	136 (14,1)	1,00
Sim	32 (91,4)	3 (8,6)	0,57 (0,14 – 2,00)
Neomortos			
Não	817 (86,0)	133 (14,0)	1,00
Sim	43 (87,8)	6 (12,2)	0,86 (0,32 – 2,17)
Idade da mãe			
<20	167 (85,2)	29 (14,8)	1,00
20 – 29	439 (84,6)	80 (15,4)	1,08 (0,67 – 1,74)
30 e + de tendência	253 (89,7)	29 (10,3)	0,68 (0,39 – 1,20) 2,11 (p=0,146)
Idade do pai			
<25	248 (85,2)	43 (14,8)	1,00
25-34	399 (86,2)	64 (13,8)	0,90 (0,591,37)
35 e + de tendência	208 (86,7)	32 (13,3)	0,86 (0,52 – 1,43) 0,35 (p=0,555)
Nº de filhos vivos			
0	331 (86,4)	52 (13,6)	1,00
1	223 (86,1)	36 (13,9)	1,03 (0,65 – 1,62)
2	146 (83,9)	28 (16,1)	1,22 (0,74 – 2,01)
3	91 (90,1)	10 (9,9)	0,70 (0,34 – 1,43)
4 ou + de tendência	69 (85,2)	12 (14,8)	1,11 (0,56 – 2,18) 0,00 (p=0,9638)
Gestações anteriores			
0	274 (85,6)	46 (14,4)	1,00
1	210 (87,1)	31 (12,9)	0,88 (0,54 – 1,43)
2	145 (82,4)	31 (17,6)	1,27 (0,77 – 2,10)
3	100 (88,5)	13 (11,5)	0,77 (0,40 – 1,49)
4 ou + de tendência	132 (88,0)	18 (12,0)	0,81 (0,45 – 1,46) 0,33 (p=0,5632)
Hipertensão arterial			
não	705 (84,9)	125 (15,1)	1,00
sim	153 (91,6)	14 (8,4)	0,52 (0,27 – 0,95)
Diabetes			
não	730 (86)	119 (14,0)	1,00
sim	128 (86,5)	20 (13,5)	0,96 (0,65 – 1,64)
ITU			
não	786 (85,8)	130 (14,2)	1,00
sim	72 (88,9)	9 (11,1)	0,97 (0,89 – 1,05)

conclusão

Das variáveis relacionadas às características dos neonatos, o peso ao nascer, o

comprimento e o sexo foram as únicas variáveis estatisticamente associadas à presença de nevo angiomatoso. A doença mostrou-se mais freqüente nos neonatos com 3.500 g de peso ou mais (OR=3,26, IC[95%:1,35-7,88]) e nos que apresentam altura de 50 cm ou mais (OR=3,45 IC[95%:1,37-8,66]). O sexo feminino mostrou ser fator de risco para a dermatose (Tabela 16).

As seguintes variáveis apresentaram nível de significância menor que 0,3 e foram incluídas na análise multivariada: idade da mãe, tipo sanguíneo, cor do pai, Apgar 1 e tratamento.

Tabela 16- Valor de Odds ratio, p e intervalo de confiança entre variáveis relacionadas nevo angiomatoso para as variáveis do recém-nascido

Variável	Sem NA n° (%)	Com NA n° (%)	
Peso ao nascer			
<2500 g	97(94,2)	6 (5,8)	1,00
2500 – 3499 g	529(86,0)	86 (14,0)	2,63 (1,12 – 6,18)
3500 g e mais	233 (83,2)	47 (16,8)	3,26 (1,35 – 7,88)
χ^2 de tendência			6,39 (p=0,012)
Comprimento			
<45 cm	105 (94,6)	6 (5,4)	1,00
45-49 cm	610 (85,6)	103 (14,4)	2,95 (1,26 – 6,90)
50 cm e +	137 (83,5)	27 (16,5)	3,45 (1,37 – 8,66)
χ^2 de tendência			5,81(p=0,016)
Peso x idade gestacional			
PIG	107(96,4)	4(3,6)	1,00
AIG	699(98,0)	14(2,0)	2,58 (0,61 – 10,92)
GIG	162(98,8)	2(1,2)	2,01 (0,42 – 9,56)
χ^2 de tendência			0,01 (p=0,924)
Cor do RN			
Não branco	802 (86,1)	130 (13,9)	1,00
Branco	59 (86,8)	9 (13,2)	0,94 (0,42 – 2,04)
Sexo			
Masculino	454 (88,3)	60 (11,7)	1,00
Feminino	407(83,7)	79 (16,3)	1,47 (1,00 – 2,15)
Fator RH			
Negativo	604 (86,0)	98 (14,0)	1,00
Positivo	74 (90,2)	8 (9,8)	0,67 (0,29 – 1,50)
Apgar 1			
<8	165 (90,2)	18 (9,8)	1,00
8-10	693 (85,1)	121 (14,9)	1,60 (0,92 – 2,82)
Apgar 5			
<9	97 (89,0)	12 (11,0)	1,00
9-10	761 (85,7)	127 (14,3)	1,35 (0,69 – 2,68)
Idade gestacional			
até 36 semanas	41 (91,1)	4 (8,9)	1,00
de 36,1 – 40 semanas	595 (85,7)	99 (14,3)	1,71 (0,60 – 4,87)
40,1 semanas ou mais	221 (86,3)	35 (13,7)	1,62 (0,55 – 4,81)
χ^2 de tendência			0,10 (p=0,7540)
Tipo sanguíneo			
A	247 (87,9)	34 (12,1)	1,00
B	88 (87,1)	13 (12,9)	0,92(0,45-1,89)
AB	23 (95,8)	1 (4,2)	0,35(0,05-2,65)
O	320 (84,7)	58 (84,7)	1,33(0,84-2,09)
Ignorado			1,11(p=0,192)

As variáveis estatisticamente associadas ao nevo angiomaso na análise multivariada foram: sexo (OR=1,56; IC95%[1,07-2,25], cor do pai (OR=1,53; IC95%[1,06-2,23] e hipertensão arterial da mãe (OR=0,52; IC95%[0,29-0,93] e comprimento (. de tendência=5,7; p=0,017). Quanto maior o comprimento, maior a probabilidade de ocorrência da doença. (Tabela 17)

Tabela 17 .Odds ratio e intervalo de confiança entre fatores independentemente associados ao nevo angiomaso na análise multivariada.

Variável	Sem NA n° (%)	Com NA n° (%)	OR ¹	OR (IC 95%) ²
Comprimento				
<45 cm	105 (94,6)	6 (5,4)	1,00	1,0
45-49 cm	610 (85,6)	103 (14,4)	2,77	2,98(1,27 – 6,99)
50 cm e +	137 (83,5)	27 (16,5)	3,33	3,59(1,42 – 9,11)
χ^2 de tendência			5,66(p=0,0174)	1,57 p=0,012
Hipertensão arterial				
não	705 (84,9)	125 (15,1)	1,00	1,0
sim	153 (91,6)	14 (8,4)	0,52	0,52(0,29–0,93)
Sexo				
Masculino	454 (88,3)	60 (11,7)	1,00	1,0
Feminino	407(83,7)	79 (16,3)	1,47	1,56(1,07–2,25)
Cor do pai				
Não branco	563 (87,6)	80 (12,5)	1,00	1,0
Branco	296 (83,4)	59 (16,6)	1,40	1,53(1,06–2,23)

1- Odds ratio da análise univariada

2- Odds ratio e intervalo de confiança ajustados por todas as variáveis.

4.2.2.4 Icterícia fisiológica

A icterícia fisiológica foi constatada em 11,8%(IC-95%: 10,78-12,82) dos neonatos

Mostrou estar associada de forma estatisticamente significativa somente com a variável parental uso de drogas pela mãe. O uso de drogas mostrou ser fator de risco para a ocorrência desta dermatose (OR=7,64,IC[95%:1,20-48,59]) (Tabela 18).

Tabela 18- Odds ratio e intervalo de confiança entre variáveis parentais e icterícia fisiológica.

Variável	Sem IF n° (%)	Com IF n° (%)	OR (95% IC)
Consangüinidade			
Não	877 (88,3)	116 (11,7)	1,00
Sim	5 (71,4)	2 (28,6)	3,02 (0,40 – 17,99)
Cor do pai			
Não branco	567 (88,2)	76 (11,8)	1,00
Branco	313 (88,2)	42 (11,8)	1,00 (0,65 – 1,53)
Cor da mãe			
Não Branca	786 (88,5)	102 (11,5)	1,00
Branca	96 (85,7)	16 (14,3)	1,28 (0,69 – 2,35)

continua

Tabela 18- Odds ratio e intervalo de confiança entre as variáveis parentais e icterícia fisiológica

Variável	Sem IF n° (%)	Com IF n° (%)	OR (95% IC)
Fumo			
Não	737 (88,2)	99 (11,8)	1,00
Sim	145 (88,4)	19 (11,6)	0,98 (0,56 – 1,70)
Drogas			
Não	879 (88,4)	115 (11,6)	1,00
Sim	3 (50,0)	3 (50,0)	7,64 (1,20 – 48,59)
HIV			
Negativo	811 (88,0)	111 (12,0)	1,00
Positivo	16 (94,1)	1 (5,9)	0,46 (0,02 – 3,35)
Tratamento			
Não	609 (88,8)	77 (11,2)	1,00
Sim	270 (86,8)	41 (13,2)	1,20 (0,78 – 1,84)
Aborto anterior			
Não	689 (88,2)	92 (11,8)	1,00
Sim	192 (88,1)	26 (11,9)	1,01 (0,62 – 1,66)
Natimortos			
Não	850 (88,2)	114 (11,8)	1,00
Sim	31 (88,6)	4 (11,4)	0,96 (0,28 – 2,95)
Neomortos			
Não	837 (88,1)	113 (11,9)	1,00
Sim	44 (89,8)	5 (10,2)	8,84 (0,28 – 2,29)
Idade da mãe			
<20	175 (89,3)	21 (10,7)	1,00
20 – 29	457 (88,1)	62 (11,9)	1,13 (0,67 – 1,91)
30 e +	247 (87,6)	35 (12,4)	1,18 (0,66 – 2,10)
χ^2 de tendência			0,30 (p=0,5852)
Idade do pai			
<25	261 (89,7)	30 (10,3)	1,00
25-34	411 (88,8)	52 (11,2)	1,10 (0,68 – 1,77)
35 e +	205 (85,4)	35 (14,6)	1,49 (0,88 – 2,50)
χ^2 de tendência			2,20 (p=0,1377)
Nº de filhos vivos			
0	343 (89,6)	40 (10,4)	1,00
1	213 (82,2)	46 (11,8)	1,85 (1,17 – 2,92)
2	162 (93,1)	12 (6,9)	0,64 (0,32 – 1,24)
3	88 (87,1)	13 (12,9)	1,27 (0,65 – 2,47)
4 ou +	74 (91,4)	7 (8,6)	0,81 (0,35 – 1,88)
χ^2 de tendência			0,47 (0,4922)
Gestações anteriores			
0	285 (89,1)	35 (10,9)	1,00
1	202 (83,8)	39 (16,2)	1,57 (0,96 – 2,57)
2	157 (89,2)	19 (10,8)	0,99 (0,55 – 1,78)
3	106 (93,8)	7 (6,2)	0,54 (0,23 – 1,25)
4 ou +	132 (88,0)	18 (12,0)	1,11 (0,60- 2,03)
χ^2 de tendência			0,56 (p=0,4545)
Hipertensão arterial			
Não	733 (88,3)	97 (11,7)	1,00
Sim	146 (87,4)	21 (12,6)	1,09 (0,63 – 1,85)
Diabetes			
Não	752 (88,6)	97 (11,4)	1,00
Sim	127 (85,8)	21 (14,2)	1,28 (0,74 – 2,20)

continua

continuação

Tabela 18- Odds ratio e intervalo de confiança entre as variáveis parentais e icterícia fisiológica

Variável	Sem IF n° (%)	Com IF n° (%)	OR (95% IC)
ITU			
Não	807 (88,1)	109 (11,9)	1,00
Sim	72 (88,9)	9 (11,1)	0,93 (0,42 – 1,99)

conclusão

Em relação às variáveis do RN, a icterícia fisiológica apresenta associação estatisticamente significativa para a idade gestacional. Os dados mostram que existe menor probabilidade de ocorrência da alteração quanto maior a idade gestacional, sendo o qui quadrado de tendência estatisticamente significativa ($p=0,006$ (Tabela 19)).

As seguintes variáveis apresentaram nível de significância menor que 0,3 e foram incluídas na análise multivariada: Apgar 1, idade do pai, tipo sanguíneo.

Tabela 19- Odds ratio e intervalo de confiança entre variáveis relacionadas ao RN e icterícia fisiológica

Variável	Sem IF n° (%)	Com IF n° (%)	OR (95% IC)
Peso ao nascer			
<2500 g	85 (82,5)	18 (17,5)	1,00
2500 – 3499 g	541 (88,0)	74 (12,0)	0,65 (0,37 – 1,13)
3500 g e mais	254 (90,7)	26 (9,3)	0,48 (0,25 – 0,93)
χ^2 de tendência			4,55 ($p=0,0328$)
Comprimento			
<45 cm	92(82,9)	19(7,1)	1,00
45-49 cm	640(89,8)	73(10,2)	0,55 (0,32 – 0,96)
50 cm e +	139(84,8)	25(5,2)	0,87 (0,45 – 1,67)
χ^2 de tendência			0,00 ($p=0,9587$)
Peso x Idade gestacional			
PIG	31 (86,1)	5 (13,9)	1,00
AIG	751 (88,2)	100 (11,8)	0,83 (0,31 – 2,17)
GIG	90 (90,0)	10 (10,0)	0,69 (0,22 – 2,17)
χ^2 de tendência			0,45 ($p=0,502$)
Cor do RN			
Não branco	825 (88,5)	107 (11,5)	1,00
Branco	57 (83,8)	11 (16,2)	1,49 (0,71 – 3,06)
Sexo			
Masculino	453 (88,1)	61 (11,9)	1,00
Feminino	429 (88,3)	57 (11,7)	0,99 (0,66 – 1,48)
Fator RH			
Negativo	72 (87,8)	10 (12,2)	1,00
Positivo	614 (87,5)	88 (12,5)	1,03 (0,49 – 2,23)
Apgar 1			
<8	163 (89,1)	20 (10,9)	1,00
8-10	717 (88,1)	97 (11,9)	1,10 (0,64 – 1,91)

continua

continuação

Tabela 19- Odds ratio e intervalo de confiança entre variáveis relacionadas ao RN e icterícia fisiológica

Variável	Sem IF n° (%)	Com IF n° (%)	OR (95% IC)
Apgar5			
<9	93 (85,3)	16 (14,7)	1,00
9-10	787 (88,6)	101 (11,4)	0,75 (0,41 – 1,38)
Idade gestacional			
até 36 semanas	36 (88,0)	9 (12,0)	1,00
de 36,1 – 40 semanas	605 (87,2)	89 (12,8)	0,59 (0,27 – 1,26)
40,1 semanas ou mais	236 (92,2)	20 (7,8)	0,34 (0,14 – 0,80)
χ^2 de tendência			7,52 (p=0,006)
Tipo sanguíneo			
A	245 (87,2)	36 (12,8)	1,00
B	80 (79,2)	21 (20,8)	1,78(0,99-3,24)
AB	21 (87,5)	3 (12,5)	0,97(0,28-3,43)
O	340 (89,9)	38 (10,1)	0,76(0,47-1,23)
			p=0,0535

conclusão

Na análise multivariada, as variáveis que se mostraram independentemente associadas à icterícia fisiológica e que fazem parte do modelo explicativo são: idade gestacional e uso de drogas pela mãe (Tabela 20).

Tabela 20- Odds ratio e intervalo de confiança entre fatores independentemente associados à icterícia fisiológica na análise multivariada.

Variável	Sem IF n° (%)	Com IF n° (%)	OR ¹	OR (IC 95%) ²
Idade gestacional				
até 36 semanas	36 (88,0)	9 (12,0)	1,00	1,0
de 36,1 – 40 semanas	605 (87,2)	89 (12,8)	0,51	0,39(0,18-0,88)
40,1 semanas ou mais	236 (92,2)	20 (7,8)	0,30	0,27(0,11-0,67)
χ^2 de tendência			8,07	0,57 p=0,013
Drogas				
Não	879 (88,4)	115 (11,6)	1,00	1,0
Sim	3 (50,0)	3 (50,0)	7,64	18,38(1,59-212,70)

1-Odds ratio da análise univariada

2-Odds ratio e intervalo de confiança ajustados por todas as variáveis.

4.2.2.5. Hiperplasia de glândula sebácea

Hiperplasia de glândula sebácea presente em 7,8% (IC-95%: 9,95-8,65) das crianças.

Apenas a cor do pai (OR=1,53,IC[95%:1,08-3,06]) apresenta valores estatisticamente significantes para as variáveis parentais(Tabela 21).

Tabela 21-Odds ratio e intervalo de confiança entre as variáveis parentais e hiperplasia sebácea

Variável	Sem HGS n° (%)	Com HGS n° (%)	OR (95% IC)
Consangüinidade			
Não	915 (92,1)	78 (7,9)	1,00
Sim	7 (100,0)	0 (0,0)	0,0(0,0 – 9,56)
Cor do pai			
Não branco	600 (93,3)	43 (6,7)	1,00
Branco	320 (90,1)	35 (9,9)	1,53 (1,08 – 3,06)
Cor da mãe			
Não Branca	820 (92,3)	68 (7,7)	1,00
Branca	102 (91,1)	10 (8,9)	1,18 (0,55 – 2,48)
Fumo			
Não	770 (92,1)	66 (7,9)	1,00
Sim	152 (92,7)	12 (7,8)	0,92 (0,46 – 1,82)
Drogas			
Não	916 (92,2)	78 (7,8)	1,00
Sim	6 (100,0)	0(0)	0,0 (0,0 – 11,43)
HIV			
Negativo	851 (92,3)	71 (7,7)	1,00
Positivo	16 (94,1)	1 (5,9)	0,75 (0,0 – 5,55)
Tratamento			
Não	639 (93,1)	47 (6,9)	1,00
Sim	281 (90,4)	30 (9,6)	1,45 (0,87 – 2,41)
Aborto anterior			
Não	718 (91,9)	63 (8,1)	1,00
Sim	204 (93,6)	14 (6,4)	0,78 (0,41 – 1,48)
Natimortos			
Não	890 (92,3)	74 (7,7)	1,00
Sim	32 (91,4)	3 (8,6)	1,13 (0,27 – 4,01)
Neomortos			
Não	878 (92,4)	72 (7,6)	1,00
Sim	44 (89,8)	5 (10,2)	1,39 (0,46 – 3,83)
Idade da mãe			
<20	182 (92,9)	14 (7,1)	1,00
20 – 29	484 (93,3)	35 (6,7)	0,94 (0,49 – 1,79)
30 e +	253 (89,7)	29 (10,3)	1,49 (0,77 – 2,90)
de tendência			2,03 (p=0,1541)
Idade do pai			
<25	274 (94,2)	17 (5,8)	1,00
25-34	424 (91,6)	39 (8,4)	1,48 (0,82 – 2672)
35 e +	218 (90,8)	22 (9,2)	1,63 (0,84 – 3,14)
de tendência			2,12 (p=0,1455)
Nº de filhos vivos			
0	346 (90,3)	37 (9,7)	1,00
1	245 (94,6)	14 (5,4)	0,53 (0,28 – 1,01)
2	161 (92,5)	13 (7,5)	0,76 (0,39 – 1,46)
3	95 (94,1)	6 (5,9)	0,59 (0,24 – 1,44)
4 ou +	74 (91,4)	7 (8,6)	0,88 (0,38 – 2,06)
de tendência			0,75 (p=0,3877)

continua

continuação

Tabela 21-Odds ratio e intervalo de confiança entre as variáveis parentais e hiperplasia sebácea

Variável	Sem HGS n° (%)	Com HGS n° (%)	OR (95% IC)
Gestações anteriores			
0	286 (89,4)	34 (10,6)	1,00
1	228 (94,6)	13 (5,4)	0,48 (0,25 – 0,93)
2	165 (93,8)	11 (6,2)	0,56 (0,28 – 1,14)
3	107 (94,7)	6 (5,3)	0,47 (0,19 – 1,16)
4 ou + de tendência	136 (90,7)	14 (9,3)	0,87 (0,45 – 1,67) 0,77 (p=0,3795)
Hipertensão arterial			
Não	770 (92,8)	60 (7,2)	1,00
Sim	150 (89,8)	17 (10,2)	1,45 (0,79 – 2,66)
Diabetes			
Não	782 (92,1)	67 (7,9)	1,00
Sim	138 (93,2)	10 (6,8)	0,85 (0,40 – 1,76)
ITU			
Não	848 (92,6)	68 (7,4)	1,00
Sim	72 (88,9)	9 (11,1)	1,56 (0,69 – 3,42)

conclusão

Para as variáveis do RN, a hiperplasia de glândula sebácea mostrou associação estatisticamente significativa para Apgar 1, sendo menos freqüentes nas crianças com valores iguais ou maiores que oito (OR=0,54, IC[95%:0,31-0,95]) (Tabela 22).

As seguintes variáveis apresentaram nível de significância menor que 0,3 e foram incluídas na análise multivariada: idade da mãe, idade do pai, peso ao nascer, comprimento e tipo sanguíneo.

Tabela 22- Odds ratio e intervalo de confiança entre as variáveis do RN e hiperplasia sebácea

Variável	Sem HGS n° (%)	Com HGS n° (%)	OR (95% IC)
Peso ao nascer			
<2500 g	101 (98,1)	2 (1,9)	1,00
2500 – 3499 g	564 (91,7)	51 (8,3)	4,57 (1,09 – 19,05)
3500 g e mais de tendência	255 (91,1)	25 (8,9)	4,95 (1,15 – 21,29) 3,34 (p=0,0676)
Comprimento			
<45 cm	106 (95,5)	5 (4,5)	1,00
45-49 cm	658 (92,3)	55 (7,7)	1,77 (0,69 – 4,53)
50 cm e + de tendência	147 (89,6)	17 (10,4)	2,45(0,88 – 6,85) 3,16 (p=0,0757)
Peso x idade gestacional			
PIG	36 (100,0)	0 (0,0)	1,00
AIG	780 (91,7)	71 (8,3)	1
GIG de tendência	93 (93,8)	7 (6,2)	1 0,39 (p=0,5341)
Cor do RN			
Não branco	859 (92,2)	73 (7,8)	1,00
Branco	63 (92,6)	5 (7,4)	0,93 (0,32 – 2,53)

continua

continuação

Tabela 22- Odds ratio e intervalo de confiança entre as variáveis do RN e hiperplasia sebácea

Variável	Sem HGS n° (%)	Com HGS n° (%)	OR (95% IC)
Sexo			
Maculino	470 (91,4)	44 (8,6)	1,00
Feminino	452 (93,0)	34 (7,0)	0,80 (0,49 – 1,32)
Fator RH			
Negativo	76 (92,7)	6 (7,3)	1,00
Positivo	644 (91,7)	58 (8,3)	1,14 (0,45 – 3,07)
Apgar 1			
<8	161 (88,0)	22 (12,0)	1,00
8-10	758 (93,1)	56 (6,9)	0,54 (0,31 – 0,95)
Apgar5			
<9	95 (87,2)	14 (12,8)	1,00
9-10	824 (92,8)	64 (7,2)	0,53 (0,27 – 1,03)
Idade gestacional			
até 36 semanas	41 (91,1)	4 (8,9)	1,00
de 36,1 – 40 semanas	645 (92,9)	49 (7,1)	0,78(0,27 – 2,26)
40,1 semanas ou mais de tendência	231 (90,2)	25 (9,8)	1,11 (0,37 – 3,35) 1,06 (p=0,3023)
Tipo sanguíneo			
A	260 (92,5)	21 (7,5)	1,00
B	95 (94,1)	6 (5,9)	0,78(0,31-2,00)
AB	24 (100,0)	0 (0,0)	- ¹
O	341 (90,2)	37 (9,8)	1,34(0,77-2,35) p=0,2452

1- não é possível calcular o odds ratio

conclusão

Na análise multivariada, a cor do pai foi a única variável que se manteve associada estatisticamente à hiperplasia de glândula sebácea, sendo que as crianças filhas de pai branco têm maior risco para essa alteração tegumentar (Tabela 23).

Tabela 23. Odds ratio e intervalo de confiança entre fatores independentemente associados

à hiperplasia de glândula sebácea na análise multivariada.

Variável	Sem HGS n° (%)	Com HGS n° (%)	OR ¹	OR (IC 95%) ²
Cor do pai				
Não branco	600 (93,3)	43 (6,7)	1,00	1,00
Branco	320 (90,1)	35 (9,9)	1,82	1,82 (1,08 – 3,06)

1- Odds ratio da análise univariada

2- Odds ratio e intervalo de confiança ajustados por todas as variáveis.

4.2.2.6. Descamação fisiológica

Descamação fisiológica foi diagnosticada em 7,0%(IC-95%: 6,19-7,81) das crianças.

Em relação às variáveis parentais a descamação fisiológica não apresenta associações estatisticamente significantes. (Tabela 24).

Tabela 24- Odds ratio e intervalo de confiança entre as variáveis parentais e descamação fisiológica

Variável	Sem DF n° (%)	Com DF n° (%)	OR (95% IC)
Consangüinidade			
Não	923 (93)	70(7,0)	1,00
Sim	7 (100,0)	0(0,0)	0,0 (0,0 – 10,77)
Cor do pai			
Não branco	593 (92,2)	58 (7,8)	1,00
Branco	335 (94,4)	20 (5,6)	0,71 (0,40 – 1,25)
Cor da mãe			
Não Branca	826 (93,0)	62 (7,0)	1,00
Branca	104 (92,9)	8 (7,1)	1,02 (0,44 – 2,31)
Fumo			
Não	778 (93,1)	58 (6,9)	1,00
Sim	152 (92,7)	12 (7,3)	1,06 (0,52 – 2,10)
Drogas			
Não	926 (93,2)	68 (6,8)	1,00
Sim	4 (66,7)	2 (33,3)	6,81 (0,84 – 44,73)
HIV			
Negativo	857 (93,0)	65 (7,0)	1,00
Positivo	15 (88,2)	2 (11,8)	1,76 (0,0 – 8,38)
Tratamento			
Não	644 (93,9)	42 (6,1)	1,00
Sim	283 (91,0)	28 (9,0)	1,52 (0,89 – 2,58)
Aborto anterior			
Não	733 (93,9)	48 (6,1)	1,00
Sim	196 (89,9)	22 (10,1)	1,71 (0,97 – 3,01)
Natimortos			
Não	897 (93,0)	67 (7,0)	1,00
Sim	32 (91,4)	3 (8,6)	1,26 (0,29 – 4,48.)
Neomortos			
Não	882 (92,8)	68 (7,2)	1,00
Sim	47 (95,9)	2 (4,1)	0,55 (0,09 – 2,42)
Idade da mãe			
<20	180 (91,8)	16 (8,2)	1,00
20 – 29	486 (93,6)	33 (6,4)	0,71 (0,38 – 1,33)
30 e +	261 (92,6)	21 (7,4)	0,90 (0,45 – 1,47)
χ^2 de tendência			0,03 (p=0,854)
Idade do pai			
<25	267 (91,8)	24 (8,2)	1,00
25-34	434 (93,7)	29 (6,3)	0,83 (0,47 – 1,47)
35 e +	223 (92,9)	17 (7,1)	0,95 (0,49 – 1,83)
χ^2 de tendência			0,04 (p=0,838)
Nº de filhos vivos			
0	354 (92,4)	29 (7,6)	1,00
1	250 (96,5)	9 (3,5)	0,44 (0,20 – 0,94)
2	157 (90,2)	17 (9,8)	1,32 (0,71 – 2,48)
3	92 (91,1)	9 (8,9)	1,19 (0,55 – 2613)
4 ou +	75 (92,6)	6 (7,4)	0,98 (0,39 – 2,43)
χ^2 de tendência			0,51 (p=0,4748)
Gestações anteriores			
0	300 (93,8)	20 (6,2)	1,00
1	226 (93,8)	15 (6,2)	1,0 (0,50 – 1,99)
2	162 (92,0)	14 (8,0)	1,30 (0,64 – 2,63)
3	105 (92,9)	8 (7,1)	1,15 (0,49 – 2,67)
4 ou +	137 (91,3)	13 (8,7)	1,42 (0,69 – 2,94)
χ^2 de tendência			1,04 (p=0,3085)
Hipertensão arterial			
Não	776 (93,5)	54 (6,5)	1,00
Sim	151 (90,4)	16 (9,6)	1,52 (0,81 – 2,84)
Diabetes			
Não	793 (93,4)	56 (6,6)	1,00
Sim	134 (90,5)	14 (9,5)	1,48 (0,76 – 2,84)
ITU			
Não	854 (93,2)	62 (6,8)	1,00
Sim	73 (90,1)	8 (9,9)	1,51 (0,64 – 3,45)

Com relação às variáveis relacionadas a características do RN, a idade gestacional foi a única que mostrou associação estatisticamente significativa com a descamação fisiológica, sendo mais freqüente nas crianças com idade gestacional acima de 40 semanas. (OR= 1,86, IC[95%:0,54-6,37]) (Tabela 25).

As seguintes variáveis apresentaram nível de significância menor que 0,3 e foram incluídas na análise multivariada: gestações anteriores, drogas, abortos, número de filhos vivos, hipertensão e diabetes.

Tabela 25- Odds ratio e intervalo de confiança entre as variáveis do RN e a descamação fisiológica

Variável	Sem DF n° (%)	Com DF n° (%)	OR (95% IC)
Peso ao nascer			
<2500 g	95 (92,2)	8 (7,8)	1,00
2500 – 3499 g	572 (93,0)	43 (7,0)	0,89 (0,41 – 1,96)
3500 g e mais de tendência	261 (93,2)	19 (6,8)	0,86 (0,37 – 2,04) 0,09 (p=0,7677)
Comprimento			
<45 cm	102(91,9)	9(8,1)	1,00
45-49 cm	666(93,4)	47(6,6)	0,80 (0,38 – 1,68)
50 cm e + de tendência	151(92,1)	13(7,9)	0,98 (0,40 – 2,37) 0,01 (p=0,9434)
Peso x idade gestacional			
PIG	33 (91,7)	3 (8,3)	1,00
AIG	793 (93,2)	58 (6,8)	1,16 (0,27 – 4,96)
GIG de tendência	92 (92,0)	8 (8,0)	1,41 (0,28 – 7,00) 0,29 (p=0,588)
Cor do RN			
Não branco	867 (93,0)	65 (7,0)	1,00
Branco	63 (92,6)	5 (7,4)	1,06 (0,36 – 2,88)
Sexo			
Masculino	480 (93,4)	34 (6,6)	1,00
Feminino	450 (92,6)	36 (7,4)	1,13 (0,67 – 1,90)
Fator RH			
Negativo	75 (91,5)	7 (8,5)	1,00
Positivo	653 (93,0)	49 (7,0)	0,80 (0,33 – 2,03)
Apgar 1			
<8	171 (93,4)	12 (6,6)	1,00
8-10	756 (92,9)	58 (7,1)	1,09 (0,55 – 2,21)
Apgar 5			
<9	95 (87,2)	14 (12,8)	1,00
9-10	832 (93,7)	56 (6,3)	0,46 (0,23 – 0,90)
Idade gestacional			
até 36 semanas			
de 36,1 – 40 semanas	42 (93,3)	3 (6,7)	1,00
40,1 semanas ou mais de tendência	657 (94,7) 226 (88,3)	37 (5,3) 30 (11,7)	0,79 (0,23 – 2,66) 1,86(0,54 – 6,37) 8,60(p=0,0034)
Tipo sanguíneo			
A	261 (92,9)	20 (7,1)	1,00
B	92 (91,1)	9 (8,9)	1,32(0,58-3,00)
AB	21 (87,5)	3 (12,5)	2,06(0,56-7,56)
O	354 (93,7)	24 (6,3)	(0,850,46-1,59) (p=0,559)

Na análise multivariada, além da variável que se mostrou associada de forma significativa na análise univariada, foram testadas as variáveis com associação em que o nível de significância foi menor que 0,3. O Apgar 5 mostrou contribuir para o modelo explicativo e foi mantido no modelo final. (Tabela 26).

Tabela 26. Odds ratio e intervalo de confiança entre fatores independentemente associados à descamação fisiológica na análise multivariada

Variável	Sem DF n° (%)	Com DF n° (%)	OR ¹	OR (95% IC)
Idade gestacional				
até 36 semanas	42 (93,3)	3 (6,7)	1,00	1,0
de 36,1 – 40 semanas	657 (94,7)	37 (5,3)	1,10	0,89(0,26 – 3,03)
40,1 semanas ou mais de tendência	226 (88,3)	30 (11,7)	2,71 11,11(0,001)	2,09(0,60 – 7,25) 2,04 p=0,003
Apgar 5				
<9	95 (87,2)	14 (12,8)	1,00	1,0
9-10	832 (93,7)	56 (6,3)	0,46	0,46(0,25 – 0,87)

1- Odds ratio da análise univariada

2- Odds ratio e intervalo de confiança ajustados por todas as variáveis

4.2.2.7. Puberdade em miniatura

Puberdade em miniatura presente em 4,1%(IC-95%: 3,47-4,73) dos neonatos .

Na análise univariada, a puberdade em miniatura apresentou associação estatisticamente significativa com a presença de diabetes na mãe (OR=0,14,IC[95%:0,01-0,95]), entre as variáveis parentais, sendo a dermatose mais freqüente nas crianças cujas mães não são portadoras de diabetes (Tabela 27).

Tabela 27- Odds ratio e intervalo de confiança entre as variáveis parentais e a puberdade em miniatura

Variável	Sem PM n° (%)	Com PM n° (%)	OR (95% IC)
Consangüinidade			
Não	952 (95,9)	41 (4,1)	1,00
Sim	7 (100,0)	0 (0,0)	0,0 (0,0 – 19,28)1,0
Cor do pai			
Não branco	614 (95,5)	29 (4,5)	1,00
Branco	343 (96,6)	12 (3,4)	0,74 (0,35 – 1,54)0,4874
Cor da mãe			
Não Branca	852 (95,9)	36 (4,1)	1,00
Branca	107 (95,5)	5 (4,5)	1,11 (0,37 – 3,06)
Fumo			
Não	799 (95,6)	37 (4,4)	1,00
Sim	160 (97,6)	4 (2,4)	0,54 (0,16 – 1,63)0,338
Drogas			
Não	953 (95,9)	41 (4,1)	1,00
Sim	6 (100,0)	0 (0,0)	0,0(0,0 – 23,06) 1,0
HIV			
Negativo	881 (95,6)	41 (4,4)	1,00
Positivo	17,(100,0)	0 (0,0)	0,0 (0,0 – 6,74)1,0

continua

continuação

Tabela 27- Odds ratio e intervalo de confiança entre as variáveis parentais e a puberdade em miniatura

Variável	Sem PM n° (%)	Com PM n° (%)	OR (95% IC)
Tratamento			
Não	651 (94,9)	35 (5,1)	1,00
Sim	305 (98,1)	6 (1,9)	0,37 (0,14 – 0,93)0,0303
Aborto anterior			
Não	751 (96,2)	30 (3,8)	1,00
Sim	207 (95,0)	11 (5,0)	1,33 (0,61 – 2,84)0,5487
Natimortos			
Não	924 (95,9)	40 (4,1)	1,00
Sim	34 (97,1)	1 (2,9)	0,68 (0,03 – 4,88)1,0
Neomortos			
Não	910 (95,8)	40 (4,2)	1,00
Sim	48 (98,0)	1 (2,0)	0,47 (0,02 – 3,35)0,7166
Idade da mãe			
<20	185 (94,4)	11 (5,6)	1,00
20 – 29	495 (95,4)	24 (4,6)	0,82 (0,39-1,70)
30 e +	276 (97,9)	6 (2,1)	0,37(0,13-1,00)
de tendência			3,91 (p=0,0479)
Idade do pai			
<25	276 (94,8)	15 (5,2)	1,00
25-34	444 (95,9)	19 (4,1)	0,79(0,39-1,58)
35 e +	233 (97,1)	7 (2,9)	0,55(0,22-1,38)
de tendência			1,68 p=0,1951
Nº de filhos vivos			
0	361 (94,3)	22 (5,7)	1,00
1	254 (98,1)	5 (1,9)	0,32(0,12-0,86)
2	167 (96,0)	7 (4,0)	0,69(0,29-1,64)
3	98 (97,0)	3 (3,0)	0,50(0,15-1,71)
4 ou +	77 (95,1)	4 (4,9)	0,85(0,29-2,54)
de tendência			0,72 p=0,396
Gestações anteriores			
0	300 (93,8)	20 6,2()	1,00
1	239 (99,2)	7 (1,8)	0,32(0,12-0,86)
2	169 (96,0)	2 (4,0)	0,69(0,29-1,64)
3	107 (94,7)	6 (5,3)	0,50(0,15-1,71)
4 ou +	144 (96,0)	6 (4,0)	0,85(0,29-2,54)
de tendência			0,72(0,396)
Hipertensão arterial			
Não	792 (95,4)	38 (4,6)	1,00
Sim	164 (98,2)	3 (1,8)	0,38 (0,09 – 1,32)
Diabetes			
Não	809 (95,3)	40 (4,7)	1,00
Sim	147 (99,3)	1 (0,7)	0,14 (0,01 – 0,95)
ITU			
Não	878 (95,9)	38,(4,1)	1,00
Sim	78 (96,3)	3 (3,7)	0,89 (0,21 – 3,12)

conclusão

Com relação às variáveis relacionadas ao RN, a puberdade em miniatura mostrou-se associada de forma estatisticamente significativa ao sexo do neonato (OR=2,36,IC[95%:1,15-4,89]), sendo o sexo feminino considerado de risco para o aparecimento da alteração (Tabela 28).

As seguintes variáveis apresentaram nível de significância menor que 0,3 e foram incluídas na análise multivariada: hipertensão e Apgar 1.

Tabela 28- Odds ratio e intervalo de confiança entre as variáveis do RN para a puberdade em miniatura

Variável	Sem PM nº (%)	Com PM nº (%)	OR (95% IC)
Peso ao nascer			
<2500 g	98 (95,1)	5 (4,9)	1,00
2500 – 3499 g	587 (95,4)	28 (4,6)	0,93(0,35-2,48)
3500 g e mais	272 (97,1)	8 (2,9)	0,58(0,18-1,80)
de tendência			1,31 p=0,2537
Comprimento			
<45 cm	80 (96,3)	3 (3,7)	1,00
45-49 cm	449 (94,9)	24 (5,1)	1,26(0,44-3,63)
50 cm e +	418 (96,7)	14 (3,3)	0,84(0,22-3,20)
de tendência			0,13 p=0,7153
Peso x Idade gestacional			
PIG	34 (94,4)	2 (5,6)	1,00
AIG	813 (95,5)	38 (4,5)	0,79(0,18-3,43)
GIG	100 (100,0)	0 (0,0)	0,0
de tendência			4,35 p=0,0369
Cor do RN			
Não branco	892 (95,7)	40 (4,3)	1,00
Branco	67 (98,5)	1 (1,5)	0,33 (0,02 – 2,33)
Sexo			
Masculino	501 (97,5)	13 (2,5)	1,00
Feminino	458 (94,2)	28 (5,8)	2,36 (1,15 - 4,89)
Fator RH			
Negativo	80 (97,6)	2 (2,4)	1,00
Positivo	675 (96,2)	27 (3,8)	1,60 (0,36 – 10,05)
Apgar 1			
<8	179 (97,8)	4 (2,8)	1,00
8-10	777 (95,5)	37 (4,5)	2,13 (0,71 – 7,20)
Apgar5			
<9	107 (98,2)	2 (1,8)	1,00
9-10	849 (95,6)	39 (4,4)	2,46 (0,56 – 15,13)
Idade gestacional			
até 36 semanas	42 (93,3)	3 (6,7)	1,00
de 36,1 – 40 semanas	667 (96,1)	27 (3,9)	0,57(0,17-1,94)
40,1 semanas ou mais	246 (96,1)	10 (3,9)	0,57(0,15-2,15)
de tendência			0,22 p=0,6361
Tipo sanguíneo			
A	272 (96,8)	9 (3,2)	1,00
B	96 (95,0)	5 (5,0)	1,57(0,51-4,81)
AB	23 (95,8)	1 (4,2)	1,31(0,16-10,83)
O	364 (96,3)	14 (3,7)	1,16(0,73-2,73)
			p=0,8918

Na análise multivariada, a puberdade em miniatura apresenta valor estatisticamente significativa em relação ao sexo, sendo que sexo feminino é fator de risco para a dermatose. A mãe diabética mostrou apresentar menor risco para o RN e os neonatos

pequenos para a idade gestacional (PIG) são os mais propensos, enquanto os grandes para a idade gestacional (GIG) não foram acometidos (Tabela 29).

Tabela 29. Odds ratio e intervalo de confiança das variáveis que se mostraram independentemente associadas à puberdade em miniatura na análise multivariada

Variável	Sem PM n° (%)	Com PM n° (%)	OR ¹	OR (IC 95%) ²
Sexo				
Masculino	501 (97,5)	13 (2,5)	1,00	1,0
Feminino	458 (94,2)	28 (5,8)	2,36	2,21(1,13-4,36)
Diabetes				
Não	809 (95,3)	40 (4,7)	1,00	1,0
Sim	147 (99,3)	1 (0,7)	0,14	0,13(0,02-0,99)
Peso x Idade gestacional				
PIG	34 (94,4)	2 (5,6)	1,00	1,0
AIG	813 (95,5)	38 (4,5)	0,74	0,76(0,17-3,34)
GIG	100 (100,0)	0 (0,0)	0,0	0,0
χ^2 de tendência				4,0 p=0,042

1- Odds ratio da análise univariada

2- Odds ratio e intervalo de confiança ajustados por todas as variáveis.

4.4.4.8. Cútis marmorata

Cútis marmorata presente em 2,2% (IC-95%: 1,74-2,66) dos neonatos.

Em relação às variáveis parentais, a cútis marmorata apresenta associação estatisticamente significativa na análise univariada com as variáveis: cor do pai (OR=3,26, IC [95%:1,26-8,64]), tratamento (OR=2,71, IC[95%:1,07-6,91]), natimorto (OR=4,66, IC[95%:1,03-18,07]) e neomorto (OR=6,24, IC[95%:1,89-19,28]). O número de gestações anteriores apresenta associação estatisticamente significativa com a cútis marmorata, sendo o χ^2 de tendência significativa (p=0,01), indicando maior ocorrência da dermatose quanto maior o número de gestações anteriores (Tabela 30).

Tabela 30- Odds ratio e intervalo de confiança entre as variáveis parentais e a cútis marmorata

Variável	Sem CM n° (%)	Com CM n° (%)	OR (95% IC)
Consangüinidade			
Não	971(97,1)	22(2,2)	1,00
Sim	7(100,0)	0(0,0)	0,00 (0,00 – 37,93)
Cor do pai			
Não branco	635 (98,8)	8 (1,2)	1,00
Branco	341 (96,1)	14 (3,9)	3,26(1,26- 8,64)
Cor da mãe			
Não Branca	871 (89,1)	17 (10,9)	1,00
Branca	107 (95,5)	5 (5,5)	2,39 (0,7-7,15)

continua

continuação

Tabela 30- Odds ratio e intervalo de confiança entre as variáveis parentais e a cútis marmorata

Variável	Sem CM n° (%)	Com CM n° (%)	OR (95% IC)
Fumo			
Não	819 (98,0)	17 (2,0)	1,00
Sim	159 (97,0)	5 (3,0)	1,51 (0,48 – 4,49)
Drogas			
Não	972 (97,8)	22 (2,2)	1,00
Sim	6 (100,0)	0(0,00)	0,00 (0,00 – 45,40)
HIV			
Negativo	901 (97,7)	21(2,3)	1,00
Positivo	17(100,0)	0 (0,00)	0,00 (0,00 – 13,88)
Tratamento			
Não	676 (98,5)	10 (1,5)	1,00
Sim	299 (96,1)	12 (3,9)	2,71 (1,07 – 6,91)
Aborto anterior			
Não	766(98,1)	15 (1,9)	1,00
Sim	211(96,8)	7 (3,2)	1,69 (0,61 – 4,53)
Natimortos			
Não	945(98,0)	19 (2,0)	1,00
Sim	32 (91,4)	3 (8,6)	4,66 4,66 (1,03 – 18,07)
Neomortos			
Não	933 (98,2)	17 (1,8)	1,00
Sim	44 (89,8)	5 (10,2)	6,24 (1,89 – 19,28)
Idade da mãe			
<20	194 (99,0)	2 (1,0)	1,00
20 – 29	506 (97,5)	13 (2,5)	2,28 (0,50 – 10,27)
30 e +	275 (97,5)	7(2,5)	4,45 (0,50 – 11,91)
de tendência			1,04 (0,309)
Idade do pai			
<25	287 (98,6)	4 (2,4)	1,00
25-34	454 (98,1)	9 (2,9)	1,42 (0,43 – 4,66)
35 e +	231 (96,3)	9 (3,7)	2,80 (0,85 – 9,19)
de tendência			3,30 (0,0693)
Nº de filhos vivos			
0	377 (98,4)	6 (1,6)	1,00
1	253 (97,7)	6(2,3)	1,49 (0,48 – 4,67)
2	171 (98,3)	3(1,7)	1,10 (0,27 – 4,46)
3	95 (94,1)	6 (5,9)	3,97 (1,25 – 12,58)
4 ou +	80 (98,8)	1(1,2)	0,79 (0,09 – 6,61)
de tendência			1,24 (p= 0,2645)
Gestações anteriores			
0	314 (98,1)	6 (1,9)	1,00
1	239 (99,2)	2 (0,8)	0,54 (0,10 – 2,82)
2	173 (98,3)	3(1,7)	1,09 (0,26 – 4,63)
3	110 (97,3)	3(2,7)	1,7 (0,40 – 7,23)
4 ou +	142 (94,7)	8 (5,3)	3,65 (1,17 – 11,37)
de tendência			6,57 (p=0,010)
Hipertensão arterial			
não	810 (97,6)	20 (2,4)	1,00
sim	165 (98,8)	2 (1,2)	0,49 (0,08 – 2,23)

continua

continuação

Tabela 30- Odds ratio e intervalo de confiança entre as variáveis parentais e a cútis marmorata

Variável	Sem CM nº (%)	Com CM nº (%)	OR (95% IC)
Diabetes			
não	830 (97,8)	19 (2,2)	1,00
sim	145 (98,0)	3 (2,0)	0,90 (0,21 – 3,31)
ITU			
não	899 (98,1)	17 (1,9)	1,00
sim	76 (93,8)	5 (6,2)	3,48 (1,08 – 10,49)

conclusão

Na análise univariada, para as variáveis relacionadas ao recém-nascido, a idade gestacional foi a única variável que mostrou associação estatisticamente significativa com a cútis marmorata (χ^2 p=0,0137). (Tabela 31)

As seguintes variáveis apresentaram nível de significância menor que 0,3 e foram incluídas na análise multivariada: cor do recém-nascido, comprimento, peso ao nascer, número de filhos vivos e idade do pai.

Tabela 31- Odds ratio e intervalo de confiança entre as variáveis do RN e a cútis marmorata

Variável	Sem CM nº (%)	Com CM nº (%)	OR (95% IC)
Peso ao nascer			
<2500 g	99(96,1)	4 (3,9)	1,00
2500 – 3499 g	601(97,7)	14 (2,3)	0,58 (0,19 – 1,79)
3500 g e mais	276 (98,6)	4 (1,4)	0,36 (0,09 – 1,46)
de tendência			2,00 (p=0,1573)
Comprimento			
<45 cm	105 (94,6)	6 (5,4)	1,00
45-49 cm	704 (98,7)	9 (1,3)	0,22 (0,08 – 0,64)
50 cm e +	158 (96,3)	6 (3,7)	0,66 (0,21 – 2,12)
de tendência			0,22 (0,6356)
Peso x idade gestacional			
PIG	36(100,0)	0(0,0)	1,00
AIG	830(97,5)	21(2,5)	1
GIG	99(99,0)	1(1,0)	1
de tendência			1
			0,05 (p=0,818)
Cor do RN			
Não branco	913 (98,0)	19 (2,0)	1,00
Branco	65 (95,6)	3 (4,4)	2,22 (0,50 – 8,29)
Sexo			
Masculino	503 (97,9)	11 (2,1)	1,00
Feminino	475(97,7)	11 (2,3)	1,06 (0,42 – 2,67)
Fator Rh			
Negativo	78 (95,1)	4 (4,9)	1,00
Positivo	690(98,3)	12 (1,7)	0,34 (0,10 – 1,29)
Apgar 1			
<8	180 (98,4)	3 (1,6)	1,00
8-10	795 (97,7)	19 (2,3)	1,43 (0,19 – 6,22)

continua

continuação

Tabela 31- Odds ratio e intervalo de confiança entre as variáveis do RN e a cutis marmorata

Variável	Sem CM n° (%)	ComCM n° (%)	OR (95% IC)
Apgar 5			
<9	106 (97,2)	3 (2,8)	1,00
9-10	869 (97,9)	19 (2,1)	0,77 (0,21 – 3,38)
Idade gestacional			
até 36 semanas	41 (91,1)	4 (8,9)	1,00
de 36,1 – 40 semanas	679 (97,8)	15 (12,8)	0,23 (0,07 – 0,71)
40,1 semanas ou mais de tendência	253 (98,8)	3 (1,2)	0,12 (0,03 – 0,56 6,08 (p=0,0137)
Tipo sanguíneo			
A	274 (97,5)	7 (2,5)	1,00
B	101 (100,0)	0 (0,0)	- ¹
AB	24 (100,0)	0 (0,0)	- ¹
O	369 (97,6)	9 (2,4)	0,96(035-2,60)

1- Não é possível calcular o odds ratio

conclusão

A análise multivariada mostrou a existência de 2 possíveis modelos explicativos: neomortalidade e fator Rh ou cor do pai juntamente com tratamento. A adoção de um modelo explicativo depende de análise de plausibilidade biológica e conhecimentos prévios (Tabelas 32 e 33).

Tabela 32- Odds ratio dos principais fatores estatisticamente associados à cutis marmorata na análise multivariada

Variável	Sem CM n° (%)	Com CM n° (%)	OR ¹	OR (IC 95%) ²
Cor do pai				
Não branco	635 (98,8)	8 (1,2)	1,00	1,0
Branco	341 (96,1)	14 (3,9)	3,26	3,23(1,32-7,90)
Tratamento				
Não	676 (98,5)	10 (1,5)	1,00	1,0
Sim	299 (96,1)	12 (3,9)	2,71	2,59(1,09-6,14)

1- Odds ratio da análise univariada

2- Odds ratio e intervalo de confiança ajustados por todas as variáveis.

Tabela 33- Odds ratio dos principais fatores estatisticamente associados à cutis marmorata na análise multivariada

Variável	Sem CM n° (%)	Com CM n° (%)	OR ¹	OR (IC 95%) ²
Neomortos				
Não	933 (98,2)	17 (1,8)	1,00	1,0
Sim	44 (89,8)	5 (10,2)	6,24	5,71(1,51-21,60)
Fator Rh				
Negativo	78 (95,1)	4 (4,9)	1,00	1,0
Positivo	690(98,3)	12 (1,7)	0,34	0,29(0,09-0,94)

1-Odds ratio da análise univariada

2-Odds ratio e intervalo de confiança ajustados por todas as variáveis

4.2.2.9. Nevo melanocítico congênito

O nevo melanocítico congênito foi diagnosticado em 2,0%(IC-95%: 1,56-2,44) dos recém-nascidos.

Entre as variáveis parentais, a consangüinidade foi o único fator que mostrou associação estatisticamente significativa com a presença de nevo melanocítico (OR=21,67,IC[95%:2,66-141,80]). (Tabela 34)

Tabela 34 – Odds ratio e intervalo de confiança das variáveis parentais e o nevo melanocítico congênito

Variável	Sem NMC n° (%)	Com NMC n° (%)	OR (95% IC)
Consangüinidade			
Não	975 (98,2)	18 (1,8)	1,00
Sim	5 (71,4)	2 (28,6)	21,67 (2,66 – 141,80)
Cor do pai			
Não branco	631 (98,1)	12 (1,9)	1,00
Branco	347 (97,7)	8 (2,3)	1,21 (0,44 – 3,24)
Cor da mãe			
Não Branca	878 (98,0)	18 2,0)	1,00
Branca	118 (98,2)	2 (1,8)	0,88 (0,0 – 4,05)
Fumo			
Não	820 (98,1)	16 (1,9)	1,00
Sim	160 (97,6)	4 (2,4)	1,28 (0,35 – 4,19)
Drogas			
Não	974 (98,0)	20 (2,0)	1,00
Sim	6 (100,0)	0 (0,0)	0,0 (0,0 – 50,42)
HIV			
Negativo	903 (97,9)	19 (2,1)	1,00
Positivo	17 (100,0)	0 (0,0)	0,0(0,0 – 15,47)
Tratamento			
Não	670 (97,7)	16 (2,3)	1,00
Sim	307 (98,7)	4 (1,3)	0,55 (0,15 – 1,77)
Aborto anterior			
Não	766 (98,1)	15 (1,9)	1,00
Sim	213 (97,7)	5 (2,3)	1,20 (0,37 – 3,60)
Natimortos			
Não	945 (98,0)	19 (2,0)	1,00
Sim	34 (97,1)	1 (2,9)	1,46 (0,0 – 10,98)
Neomortos			
Não	930 (97,9)	20 (2,1)	1,00
Sim	49 (100,0)	0 (0,0)	0,0 (0,0 – 4,98)
Idade da mãe			
<20	190 (96,9)	6 (3,1)	1,00
20 – 29	511 (98,5)	8 (1,5)	0,49 (0,17 – 1,44)
30 e +	276 (97,9)	6 (2,1)	0,68 (0,22 – 2,15)
de tendência			0,34 (p=0,562)
Idade do pai			
<25	284 (97,6)	7 (2,4)	1,00
25-34	453 (97,8)	10 (2,2)	0,91 (0,34 – 2,42)
35 e +	237 (98,8)	3 (1,2)	0,52 (0,13 – 2,04)
de tendência			0,80 (p=0,371)

continua

continuação

Tabela 34 – Odds ratio e intervalo de confiança das variáveis parentais e o nevo melanocítico congênito

Variável	Sem NMC n° (%)	Com NMC n° (%)	OR (95% IC)
Nº de filhos vivos			
0	373 (97,4)	10 (2,6)	1,00
1	252 (97,3)	7 (2,7)	1,04 (0,39 – 2,76)
2	172 (98,9)	2 (1,1)	0,43 (0,09 – 2,00)
3	101 (100,0)	0 (0,0)	1
4 ou + de tendência	80 (98,8)	1 (1,2)	0,47 (0,06 – 3,69) 3,34 (p=0,0676)
Gestações anteriores			
0	314 (98,1)	6 (1,9)	1,00
1	232 (96,3)	9 (3,7)	2,03 (0,71 – 5,78)
2	175 (99,4)	1 (0,6)	0,30 (0,04 – 2,50)
3	111 (98,2)	2 (1,8)	0,94 (0,19 – 4,74)
4 ou + de tendência	148 (98,7)	2 (1,3)	0,71 (0,14 – 3,55) 0,84 (p=0,3602)
Hipertensão arterial			
Não	813 (98,0)	17 (2,0)	1,00
Sim	164 (98,2)	3 (1,8)	0,87 (0,20 – 3,24)
Diabetes			
Não	831 (97,9)	18 (2,1)	1,00
Sim	146 (98,6)	2 (1,4)	0,63 (0,10 – 2,90)
ITU			
Não	897 (97,9)	19 (2,1)	1,00
Sim	80 (98,8)	1 (1,2)	0,59 (0,03 – 4,30)

1-Não é possível o cálculo do odds ratio

conclusão

Na análise univariada, nenhuma variável relacionada à característica do RN se mostrou estatisticamente associada ao nevo melanocítico congênito. (Tabela 35).

As seguintes variáveis apresentaram nível de significância menor que 0,3 e foram incluídas na análise multivariada: comprimento e peso/idade gestacional.

Tabela 35 – Odds ratio e intervalo de confiança entre as variáveis do RN e o nevo melanocítico congênito

Variável	Sem NMC n° (%)	Com NMC n° (%)	OR (95% IC)
Peso ao nascer			
<2500 g	181 (98,1)	2 (1,9)	1,00
2500 – 3499 g	602 (97,9)	13 (2,1)	1,09 (0,24 – 4,90)
3500 g e mais	275 (98,2)	5 (1,8)	0,92 (0,18 – 4,81)
χ^2 de tendência			0,04 (p=0,8352)
Comprimento			
<45 cm	107 (96,4)	4 (3,6)	1,00
45-49 cm	699 (98,0)	14 (2,0)	0,54 (0,17 – 1,66)
50 cm e +	162 (98,8)	2 (1,2)	0,33 (0,06 – 1,83)
χ^2 de tendência			1,75 (p=0,1853)
Peso x idade gestacional			
PIG	35 (97,2)	1 (2,8)	1,00
AIG	832 (97,8)	19 (2,2)	0,75 (0,97 – 5,75)
GIG	100 (100,0)	0 (0,0)	1
χ^2 de tendência			2,23 (p=0,136)

continua

continuação

Tabela 35 – Odds ratio e intervalo de confiança entre as variáveis do RN e o nevo melanocítico congênito

Variável	Sem NMC n° (%)	Com NMC n° (%)	OR (95% IC)
Cor do RN			
Não branco	914 (98,1)	18 (1,9)	1,00
Branco	66 (97,1)	2 (2,9)	1,54 (0,0 – 7,19)
Sexo			
1-Masculino	507 (98,6)	7 (1,4)	1,00
2-Feminino	473 (97,3)	13 (2,7)	1,99 (0,73 – 5,61)
Fator Rh			
Negativo	82 (100,0)	0 (0,0)	1,00
Positivo	686 (97,7)	16 (2,3)	-(0,45 - -) ¹
Apgar 1			
<8	181 (98,9)	2 (1,1)	1,00
8-10	796 (97,8)	18 (2,2)	2,05 (0,45 – 13,05)
Apgar5			
<9	109 (100,0)	0 (0,0)	1,00
9-10	868 (97,7)	20 (2,3)	-(0,61 - -) ¹
Idade gestacional			
até 36 semanas	44 (97,8)	1 (2,2)	1,00
de 36,1 – 40 semanas	682 (98,3)	12 (1,7)	0,77 (0,10 – 6,09)
40,1 semanas ou mais de tendência	249 (97,3)	7 (2,7)	1,24 (0,15 – 10,30) 0,60 (0,4373)
Tipo sanguíneo			
A	276 (98,2)	5 (1,8)	1,00
B	100 (99,0)	1 (1,0)	0,57(0,07-4,93)
AB	23 (95,8)	1 (4,2)	2,63(0,29-23,54)
O	369 (97,6)	9 (2,4)	1,36(0,45-4,10)
de tendência			1,14(p=0,482)

conclusão

A análise multivariada confirma as conclusões da análise univariada em relação ao nevo pigmentado e a consangüinidade (Tabela 36).

Tabela 36. Odds ratio e intervalo de confiança entre fatores independentemente associados ao nevo melanocítico congênito na análise multivariada.

Variável	Sem NMC n° (%)	Com NMC n° (%)	OR ¹	OR (IC 95%) ²
Consangüinidade				
Não	975 (98,2)	18 (1,8)	1,00	1,0
Sim	5 (71,4)	2 (28,6)	21,67	21,67(3,93-119,17)

1- Odds ratio da análise univariada

2- Odds ratio e intervalo de confiança ajustados por todas as variáveis.

4.4.4.10. Melanose pustulosa transitória do recém-nascido

Melanose pustulosa transitória presente em 0,6%(IC-95%: 0,36-0,84).

Na análise univariada, a melanose pustulosa transitória mostrou que a doença ocorreu somente em neonatos filhos de mulheres com trinta anos ou mais, não sendo possível o cálculo do odds ratio e medir a associação. Mostrou também que existe uma tendência estatisticamente significativa de maior risco da doença quanto maior o número de gestações anteriores ($p=0,005$) e quanto maior o número de filhos vivos ($p=0,0236$) (Tabela 37).

Tabela 37- Odds ratio e intervalo de confiança entre as variáveis parentais para a melanose pustulosa transitória

Variável	Sem MPTRN n° (%)	Com MPTRN n° (%)	OR (95% IC)
Consangüinidade			
Não	987 (99,4)	6 (0,6)	1,00
Sim	7 (100,0)	0 (0,0)	0,0(0,0 – 168,69)
Cor do pai			
Não branco	639 (99,4)	4 (0,6)	1,00
Branco	353 (99,4)	2 (0,6)	0,91 (0,11 – 5,82)
Cor da mãe			
Não Branca	882 (99,3)	6 (0,7)	1,00
Branca	112 (100,0)	0 (0,0)	0,0 (0,0 – 7,61)
Fumo			
Não	831 (99,4)	5 (0,6)	1,00
Sim	163 (99,4)	1 (0,6)	1,02 (0,0 – 9,12)
Drogas			
Não	988 (99,4)	6 (0,6)	1,00
Sim	6 (100,0)	0 (0,0)	0,0 (0,0 – 203,67)
HIV			
Negativo	916 (99,3)	6 (0,7)	1,00
Positivo	17 (100,0)	0 (0,0)	0,0 (0,0 – 56,61)
Tratamento			
Não	681 (99,3)	5 (0,7)	1,00
Sim	310 (99,7)	1 (0,3)	0,44 (0,02 – 3,91)
Aborto anterior			
Não	776 (99,4)	5 (0,6)	1,00
Sim	217 (99,5)	1 (0,5)	0,72 (0,03 – 6,38)
Natimortos			
Não	958 (99,4)	6 (0,6)	1,00
Sim	35 (100,0)	0 (0,0)	0,0 (0,0 – 27,35)
Neomortos			
Não	945 (99,5)	5 (0,5)	1,00
Sim	48 (98,0)	1 (2,0)	3,94 (0,0 – 36,22)
idade da mãe			
<20	196 (100,0)	0 (0,0)	1,00
20 – 29	519 (100,0)	0 (0,0)	1
30 e +	276 (97,9)	6 (2,1)	1
de tendência			1
Idade do pai			
<25	290 (99,7)	1 (0,3)	1,00
25-34	461 (99,6)	2 (0,4)	1,28 (0,12 – 14,14)
35 e +	237 (98,8)	3 (1,2)	3,74 (0,39 – 16,17)
de tendência			1,74 (p=0,187)

continua

continuação

Tabela 37- Odds ratio e intervalo de confiança entre as variáveis parentais para a melanose pustulosa transitória

Variável	Sem MPTRN n° (%)	Com MPTRN n° (%)	OR (95% IC)
Nº de filhos vivos			
0	383 (100,0)	0 (0,0)	1,00
1	257 (99,2)	2 (0,8)	- ¹
2	173 (99,4)	1 (0,6)	- ¹
3	100 (99,0)	1 (1,0)	- ¹
4 ou +	79 (97,5)	2 (2,5)	- ¹
χ^2 de tendência			5,13 (0,0236)
Gestações anteriores			
0	320 (100,0)	0 (0,0)	1,00
1	240 (99,6)	1 (0,4)	- ¹
2	176 (100,0)	0 (0,0)	- ¹
3	111 (98,2)	2 (1,8)	- ¹
4 ou +	147 (98,0)	3 (2,0)	- ¹
χ^2 de tendência			7,73 (0,005)
Hipertensão arterial			
Não	825 (99,4)	5 (0,6)	1,00
Sim	166 (99,4)	1 (0,6)	0,99 (0,0 – 8,89)
Diabetes			
Não	844 (99,4)	5 (0,6)	1,00
Sim	147 (99,3)	1 (0,7)	1,15 (0,0 – 10,29)
ITU			
Não	910 (99,3)	6 (0,7)	1,00
Sim	81 (100,0)	0 (0,0)	0,0 (0,0 – 10,92)

conclusão

Nenhuma variável relacionada às características do RN mostrou associação estatisticamente significativa com a melanose pustulosa transitória. (Tabela 38).

As seguintes variáveis apresentaram nível de significância menor que 0,3 e foram incluídas na análise multivariada: idade do pai, idade gestacional e comprimento.

Tabela 38- Odds ratio e intervalo de confiança entre as variáveis do RN para a melanose pustulosa transitória

Variável	Sem MPTRN n° (%)	Com MPTRN n° (%)	OR (95% IC)
Peso ao nascer			
<2500 g	182 (99,0)	1 (1,0)	1,00
2500 – 3499 g	611 (99,3)	4 (0,7)	0,62 (0,07 – 5,61)
3500 g e mais	279 (99,6)	1 (0,4)	0,34 (0,02 – 5,46)
χ^2 de tendência			0,61 (p=0,435)
Comprimento			
<45 cm	110 (99,1)	1 (0,9)	1,00
45-49 cm	708 (99,3)	5 (0,7)	0,76 (0,09 – 6,58)
50 cm e +	164 (100,0)	0 (0,0)	??
χ^2 de tendência			1,11 (p=0,292)

continua

continuação

Tabela 38- Odds ratio e intervalo de confiança entre as variáveis do RN para a melanose pustulosa transitória

Variável	Sem MPTRN n° (%)	Com MPTRN n° (%)	OR (95% IC)
Peso x idade gestacional			
PIG	36 (100,0)	0 (0,0)	1,00
AIG	846 (99,4)	5 (0,6)	1
GIG	99 (99,0)	1 (1,0)	1
de tendência			0,44 (p= 0,508)
Cor do RN			
Não branco	926 (99,4)	6 (0,6)	1,00
Branco	68 (100,0)	0 (0,0)	0,0 (0,0 – 13,29)
Sexo			
Masculino	510 (99,2)	4 (0,8)	1,00
Feminino	484 (99,6)	2 (0,4)	0,53 (0,07 – 3,39)
Fator Rh			
Negativo	81 (98,8)	(1,2)	1,00
Positivo	701 (99,9)	(0,1)	0,12 (0,0 – 4,34)
Apgar 1			
<8	181 (98,9)	2 (1,1)	1,00
8-10	810 (99,5)	4 (0,5)	0,45 (0,07 – 3,58)
Apgar 5			
<9	108 (99,1)	1 (0,9)	1,00
9-10	883 (99,4)	5 (0,6)	0,61 (0,07 – 14,2)
Idade Gestacional			
até 36 semanas	45 (100,0)	0 (0,0)	1,00
de 36,1 – 40 semanas	688 (99,1)	6 (0,9)	- ¹
40,1 semanas ou mais	256 (100,0)	0 (0,0)	- ¹
de tendência			1,10 (p=0,295)
Tipo sanguíneo			
A	280 (99,6)	1 (0,4)	1,00
B	101 (100,0)	0 (0,0)	- ¹
AB	24 (100,0)	0 (0,0)	- ¹
O	377 (99,7)	1 (0,3)	0,74(0,46-11,93)

1- não é possível o cálculo do odds ratio

Para a melanose pustulosa transitória do recém-nascido, não é possível definir outro modelo explicativo em virtude da impossibilidade de calcular odds para variáveis não dicotômicas pela caselas de valor zero nos estratos. As três variáveis que se mostraram associadas à doença na análise univariada devem ser consideradas isoladamente (idade da mãe, número de filhos vivos e número de gestações anteriores).

4.2.2.11. Equimose por fórceps

Equimose por fórceps presente em 0,4% (IC-95%: 0,2-0,6).das crianças.

Em relação às variáveis parentais, a única variável que mostrou associação estatisticamente significativa foi a idade da mãe. Os dados mostram que existe maior

probabilidade de ocorrência da equimose por fórceps quanto menor a idade da mãe, sendo o qui quadrado de tendência estatisticamente significativo ($p=0,011$). (Tabela 39).

Tabela 39- Odds ratio e intervalo de confiança entre as variáveis parentais para a equimose por fórceps

Variável	Sem EF n° (%)	Com EF n° (%)	OR (95% IC)
Consangüinidade			
Não	989 (99,6)	4 (0,4)	1,00
Sim	7 (100,0)	0 (0,0)	0,0 (0,0 – 279,34)
Cor do pai			
Não branco	641 (99,7)	2 (0,3)	1,00
Branco	353 (99,4)	2 (0,6)	1,82 (0,18 – 18,32)
Cor da mãe			
Não Branca	885 (99,7)	3 (0,3)	1,00
Branca	111 (99,1)	1 (0,9)	2,66 (0,0 – 29,26)
Fumo			
Não	833 (99,6)	3 (0,4)	1,00
Sim	163 (99,4)	1 (0,6)	1,70 (0,0 – 18,67)
Drogas			
Não	990 (99,6)	4 (0,4)	1,00
Sim	6 (100,0)	0 (0,0)	0,0 (0,0 – 339,27)
HIV			
Negativo	918 (99,6)	4 (0,4)	1,00
Positivo	17 (100,0)	0 (0,0)	0,0 (0,0 – 92,65)
Tratamento			
Não	683 (99,6)	3 (0,4)	1,00
Sim	310 (99,7)	1 (0,3)	0,73 (0,03 – 8,01)
Aborto anterior			
Não	777 (99,5)	4 (0,5)	1,00
Sim	218 (100,0)	0 (0,0)	0,0 (0,0 – 5,59)
Natimortos			
Não	960 (99,6)	4 (0,4)	1,00
Sim	35 (100,0)	0 (0,0)	0,0 (0,0 – 44,72)
Neomortos			
Não	946 (99,6)	4 (0,4)	1,00
Sim	49 (100,0)	0 (0,0)	0,0 (0,0 – 31,05)
Idade da mãe			
<20	193 (98,5)	3 (2,5)	1,00
20 – 29	518 (99,8)	1 (0,2)	0,12(0,13-1,20)
30 e +	282 (100,0)	0 (0,0)	- ¹
de tendência			6,48(p=0,011)
Idade do pai			
<25	288 (99,0)	3 (1,0)	1,00
25-34	463 (100,0)	0 (0,0)	- ¹
35 e +	239 (99,6)	1 (0,4)	0,40(0,04-3,89)
de tendência			1,61(p=0,2046)

Continua

continuação

Tabela 39- Odds ratio e intervalo de confiança entre as variáveis parentais para a equimose por fórceps

Variável	Sem EF n° (%)	Com EF n° (%)	OR (95% IC)
Nº de filhos vivos			
0	380 (99,2)	3 (0,8)	1,00
1	258 (99,6)	1 (0,4)	0,49(0,51-4,75)
2	174 (100,0)	0 (0,0)	- ¹
3	101 (100,0)	0 (0,0)	- ¹
4 ou +	81 (100,0)	0 (0,0)	- ¹
χ^2 de tendência			0,30(p=0,184)
Gestações anteriores			
0	317 (99,1)	3 (0,9)	1,00
1	240 (99,6)	1 (0,4)	0,44(0,05-4,26)
2	176 (100,0)	0 (0,0)	- ¹
3	113 (100,0)	0 (0,0)	- ¹
4 ou +	150 (100,0)	0 (0,0)	- ¹
χ^2 de tendência			0,27(p=0,145)
Hipertensão arterial			
Não	826 (99,5)	4 (0,5)	1,00
Sim	167 (100,0)	0 (0,0)	0,0 (0,0 – 7,77)
Diabetes			
Não	845 (99,5)	4 (0,5)	1,00
Sim	148 (100,0)	0 (0,0)	0,0 (0,0 – 8,98)
ITU			
Não	913 (99,7)	3 (0,3)	1,00
Sim	80 (98,8)	1 (1,2)	3,801 (0,0 – 42,13)

conclusão

Nenhuma variável relacionada às características do RN mostrou estar associada de forma significativa com a equimose por fórceps. (Tabela 40).

As seguintes variáveis apresentaram nível de significância menor que 0,3 e foram incluídas na análise multivariada: número de filhos vivos, gestações anteriores e idade do pai.

Tabela 40- Odds ratio e intervalo de confiança entre as variáveis do RN para a equimose por fórceps

Variável	Sem EF n° (%)	Com EF n° (%)	OR (95% IC)
Peso ao nascer			
<2500 g	103 (100,0)	0 (0,0)	1,00
2500 – 3499 g	611 (99,3)	4 (0,7)	- ¹
3500 g e mais	280 (100,0)	0 (0,0)	- ¹
χ^2 de tendência			0,36 (p=0,5503)
Comprimento			
<45 cm	111 (100,0)	0 (0,0)	1,00
45-49 cm	710 (99,6)	3 (0,4)	- ¹
50 cm e +	163 (99,4)	1 (0,6)	- ¹
χ^2 de tendência			0,56(p=0,4562)
Peso x Idade gestacional			
PIG	36 (100,0)	0 (0,0)	1,00
AIG	847 (99,5)	4 (0,5)	- ¹
GIG	100 (100,0)	0 (0,0)	- ¹
χ^2 de tendência			0,13(p=0,7171)

continua

continuação

Tabela 40- Odds ratio e intervalo de confiança entre as variáveis do RN para a equimose por fórceps

Variável	Sem EF n° (%)	Com EF n° (%)	OR (95% IC)
Cor do RN			
Não branco	929 (99,7)	3 (0,3)	1,00
Branco	67 (98,5)	1 (1,5)	4,62 (0,0 – 51,39)
Sexo			
Masculino	510 (99,2)	4 (0,8)	1,00
Feminino	486 (100,0)	0 (0,0)	0,0 (0,0 – 1,64)
Fator Rh			
Negativo	80 (97,6)	2 (2,4)	1,00
Positivo	700 (99,7)	2 (0,3)	0,11 (0,01 – 1,17)
Apgar 1			
<8	181 (98,9)	2 (1,1)	1,00
8-10	812 (99,8)	2 (0,2)	0,22 (0,02 – 2,26)
Apgar5			
<9	108 (99,1)	1 (0,9)	1,00
9-10	885 (99,7)	3 (0,3)	0,37 (0,03 – 9,37)
Idade gestacional			
até 36 semanas	44 (97,8)	1 (2,2)	1,00
de 36,1 – 40 semanas	692 (99,7)	2 (0,3)	0,13(0,01-1,43)
40,1 semanas ou maas	255 (99,6)	1 (0,4)	0,17(0,01-2,81)
χ^2 de tendência			0,73(p=0,3931)
Tipo sanguíneo			
A	280 (99,6)	1 (0,4)	1,00
B	101 (100,0)	0 (0,0)	- ¹
AB	24 (100,0)	0 (0,0)	- ¹
O	375 (99,2)	3 (0,8)	2,24(0,23-21,65)
χ^2 de tendência			p=0,4607

1- Não é possível o cálculo do odds ratio.

conclusão

Para a equimose por fórceps, a única variável independentemente associada foi a idade da mãe.

4.4.4.12. Outras doenças

As seguintes alterações tegumentares não mostraram associação significativa do ponto de vista estatístico com nenhuma das variáveis estudadas: pé torto congênito, hipertricose lanuginosa, mancha café com leite, milio, conjuntivite química, hiperpigmentação por nitrato de prata, miliária, polidactilia, meningocele, trissomia do 21, seio sacral, fenda labial, bolha de sucção, tragus acessório, candidíase oral, hidrocefalia, leucemia mielóide aguda conata, nevo acromico, nevo sebáceo, isoimunização por Rh.

4.3. Alterações dermatológicas diagnosticadas

4.3.1. Bolha de sucção

Duas crianças apresentaram a dermatose, ambas nos membros superiores, sendo a frequência 0,2 %.

O diagnóstico de uma dermatose bolhosa em recém-nascido, feita na sala de parto, traz preocupação não só para a equipe médica mas também para a família. Existem poucas doenças bolhosas que podem ser diagnosticadas já ao nascimento, tais como: epidermólise bolhosa, incontinência pigmentar (doença de Bloch-Sulzberger) e sífilis conata, mas elas podem ser facilmente descartadas por um profissional experiente. O conhecimento dessa afecção bolhosa do neonato é importante porque com isso se evitará procedimentos diagnósticos desnecessários.

A BS pode se apresentar como bolha tensa, flácida, erosão ou crosta, dependendo de seu tempo de duração no momento do exame (Fig. 01).



Figura 1. Bolha na face dorsal do indicador direito

A lesão ocorre caracteristicamente no lado radial do antebraço, punho, ou mão. Pode também aparecer no dorso do polegar e indicador, podendo ser unilateral ou bilateral e simétrica. Sua frequência é de 1: 250 (Murphy & Lanagley, 1963). Ela é

conseqüência da sucção vigorosa da criança na própria pele durante a vida intra-uterina (Alchorne & Alchorne, 2002). As referências bibliográficas dessa dermatose são raras

4.3.2. Candidíase mucosa

Apenas uma criança apresentou a doença, que se manifestou no 5º dia de vida; freqüência 0,1%.

O comprometimento da mucosa do neonato, por cândida, se manifesta por lesões esbranquiçadas, que atingem a língua, gengivas, mucosa jugal e lábios (fig. 02). As pseudomembranas se assemelham a coágulos de leite, são friáveis e constituídas por células epiteliais descamadas, elementos fúngicos e células inflamatórias, quando raspadas, uma superfície erosada, avermelhada e brilhante é exposta (Martin & Kobayashi, 1999).

A presença de CM em recém-nascido indica que houve contaminação durante a passagem da criança pelo canal de parto, sendo que as lesões só irão aparecer alguns dias após o nascimento, geralmente entre o quinto e o oitavo dias. O agente etiológico mais comum é a *Candida albicans*.



Figura 2. Candidíase Mucosa

4.3.3. Cutis marmorata fisiológica

Vinte e três neonatos com esse diagnóstico, frequência de 2,3%. Também denominada livedo (termo introduzido por Hebra), corresponde a uma estase sangüínea principalmente nos plexos venosos superficiais (Pibouin et al., 1990).

Evidencia-se por uma alteração da coloração da pele, que ocorre com maior ou menor intensidade dependendo da temperatura ambiente, intensificando-se com a exposição ao frio e desaparecendo quando a criança é aquecida. Pode persistir durante as primeiras semanas de vida e é mais intensa quando presente em crianças portadoras de trisomia do 18, trisomia do 21 e síndrome de Cornelia Lange. A CMF não deve ser confundida com a cutis marmorata telengectática congênita, a qual é persistente e freqüentemente associada a outras malformações (Esterly & Spraker, 1885).

4.3.4. Descamação fisiológica

Foram diagnosticadas setenta e duas crianças, frequência de 7,2%. A descamação é um achado comum que varia em sua intensidade. Em estudo realizado com 300 crianças, examinadas no primeiro dia de vida, encontrou-se frequências de 70% de descamação leve, 17% moderada e 0,7% severa totalizando 87,7% (Griffiths, 1966). O mesmo autor considera que a DF pode ser utilizada para avaliar a idade gestacional apenas nos recém-nascidos bem nutridos, pois ela está aumentada nas crianças com desnutrição clinicamente evidente.

4.3.5. Eritema tóxico neonatal

Cento e noventa e sete crianças apresentaram essa dermatose, o que representa uma frequência de 19,7 %. Leiner, em 1912, denominou-o de *erythema toxicum neonatorum* e em 1927 Mayerhofs, verificando as altas taxas de eosinófilos no sangue periférico e nas pústulas da dermatose, mudou a denominação para *erythema neonatorum allergicum*. Seguindo esse raciocínio, Keitel et al. estudaram a possibilidade de associação com atopia, mas os dados por eles obtidos descartam essa eventualidade (Desmons & Chevillar, 1974).

As lesões aparecem do primeiro ao sexto dia, raramente já estão presentes ao nascimento e desaparecem espontaneamente. Clinicamente se apresentam como

máculas eritematosas de tamanhos variados, pápulas urticadas com halo eritematoso, vesículas ou pústulas também com halo, mas nunca apresentam descamação ou exsudação (Desmons & Chevillar, 1974). Os quadros clínicos discretos, podem ser tão parecidos com picada de inseto que é comum as mães acharem que as crianças foram picadas durante a noite por pernilongos. Os casos em que a dermatose é intensa e disseminada, com múltiplas lesões elementares, mas com a predominância de pústulas, pode apresentar dificuldades diagnósticas, aventando-se a possibilidade de a criança apresentar alguma infecção neonatal e induzindo ao uso de antibióticos sistêmicos, sem que haja qualquer necessidade desse procedimento terapêutico (Figura 03).

A frequência é bastante variável na literatura porque, na maioria das vezes, o exame dermatológico só foi realizado uma vez, e a dermatose pode aparecer do primeiro ao sexto dia de vida. Pode ocorrer uma recidiva sete a 15 dias após a primeira erupção haver regredido, ou seja, na segunda ou terceira semanas de vida.



Figura 3. Eritema Tóxico Neonatal. Lesões pápulo-pústulo-eritematosas

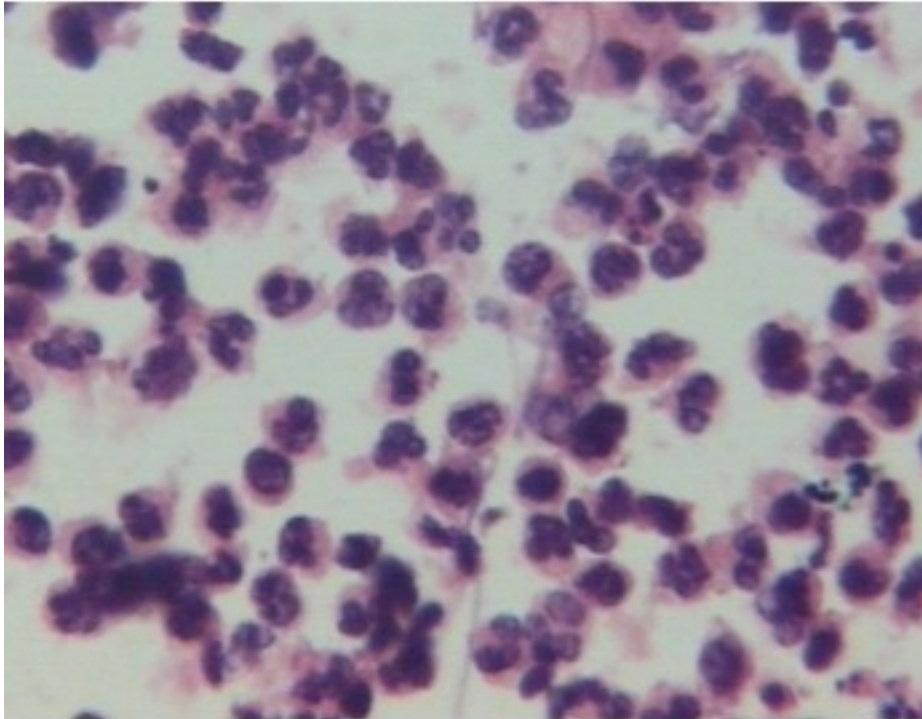


Figura 4. Eritema tóxico neonatal. Esfregaço contendo grande quantidade de eosinófilos. H.E. 400X

4.3.6. Equimose por fórceps

Uma criança apresentou, freqüência de 0,1%.

Lesões traumáticas produzidas pelo uso do fórceps podem ocorrer na face e couro cabeludo.

4.3.7. Fenda labial

Dois recém-nascidos com a má formação; freqüência de 0,2%. As fendas do lábio e do palato, apesar de serem entidades distintas, estão intimamente relacionadas, tanto do ponto de vista funcional quanto embriológico e genético. A fenda labial resulta de uma falha da fusão das proeminências maxilar e nasal medial, provavelmente por hipoplasia da camada mesenquimal. A fenda palatina parece ser devida a uma falha na fusão dos processos palatinos. A incidência da fenda labial com ou sem fenda palatina é de 1:1.000 e da fenda palatina isolada é de 1:2.500. A fenda labial pode variar desde uma pequena incisura no lábio até uma separação completa, estendendo-se ao assoalho do nariz.

(Johnsen, 1994)



Figura 5. Fenda labial

4.3.8. Hiperpigmentação por nitrato de prata

Quatro crianças apresentaram a dermatose, frequência de 0,4%. A prevenção da oftalmia gonocócica neonatal pela instilação de colírio de nitrato de prata em recém-nascidos logo após o nascimento, foi instituída por Carl Sigmund Franz Crede em 1881. Pode resultar em oftalmia química e também pigmentação na pele ao redor dos olhos devido à deposição de prata reduzida, que desaparece lentamente (Pereira, 001).



Figura 6. Hiperpigmentação peri-ocular por nitrato de prata.

4.3.9. Hiperplasia das glândulas sebáceas

Setenta e nove crianças com a dermatose, freqüência de 7,9%. A HGS é uma alteração fisiológica caracterizada por pequenas pápulas de coloração amarelada, localizadas principalmente no dorso e ápice do nariz (figura 7), mas também nas bochechas, lábios superiores e eventualmente na região frontal, aréolas, genitália e membros (Pereira et al., 2001). É devida aos andrógenos maternos e desaparece espontaneamente nas primeiras semanas de vida.



Figura 7. Hiperplasia sebácea no dorso do nariz em portador de trisomia do 21

4.3.10 Hipertricose lanuginosa

Encontrada em 103 crianças, freqüência de 10,3%. O lanugo, pêlo fino e claro, recobre totalmente o feto e cerca de trinta dias antes do parto essa lanugem é eliminada, mas pode persistir em algumas crianças, principalmente os prematuros, após o nascimento (Pereira et al. 2001).



Figura 8- Hipertricose no tórax, membro superior e abdome

4.3.10. Leucemia cutânea

Uma criança, freqüência de 0,1%. A leucemia, quando compromete crianças, é classificada em congênita quando diagnosticada ao nascer, neonatal durante o primeiro mês de vida e leucemia da infância após o primeiro mês, entretanto alguns autores ampliam o diagnóstico de leucemia congênita para os casos que ocorrem dentro das primeiras quatro a seis semanas de vida. A ocorrência de leucemia congênita é incomum, em um levantamento bibliográfico feito de 1958 a 1985 foram encontrados 13 casos (Isaacs, 1986), até 1993 foram reconhecidos 175 casos sendo que desses apenas 41 apresentavam leucemia cutânea bem documentada. (Resnik, Brod, 1993).

A causa da leucemia congênita é desconhecida, mas como a hematopoiese ocorre na pele durante a embriogênese normal, é provável que a leucemia cutânea represente um início precoce dessa forma de leucemia (Grundy et al., 2000).

O diagnóstico de leucemia congênita deve preencher os seguintes critérios: 1- proliferação de células imaturas sangüíneas da linhagem branca. 2- Infiltração dessas células nos tecidos não hematopoiéticos. 3- ausência de qualquer outra doença que possa causar uma reação leucemóide imitando a leucemia. Entre essas doenças se

destacam: sífilis congênita, incompatibilidade sangüínea materno-fetal, rubéola, toxoplasmose, herpes simples, doença de inclusão citomegálica, infecções bacterianas, alterações constitucionais que possam estar associadas a hematopoiese anormal, como por exemplo a trisomia do 21, outras doenças proliferativas malignas como: neuroblastoma, rabdomiossarcoma e histiocitose de células de Langerhans. (Resnik, Brod, 1993; Grundy et al., 2000).



Figura 9- Leucemia cutânea. Tumores na têmpora esquerda, abdômen e coxa direita

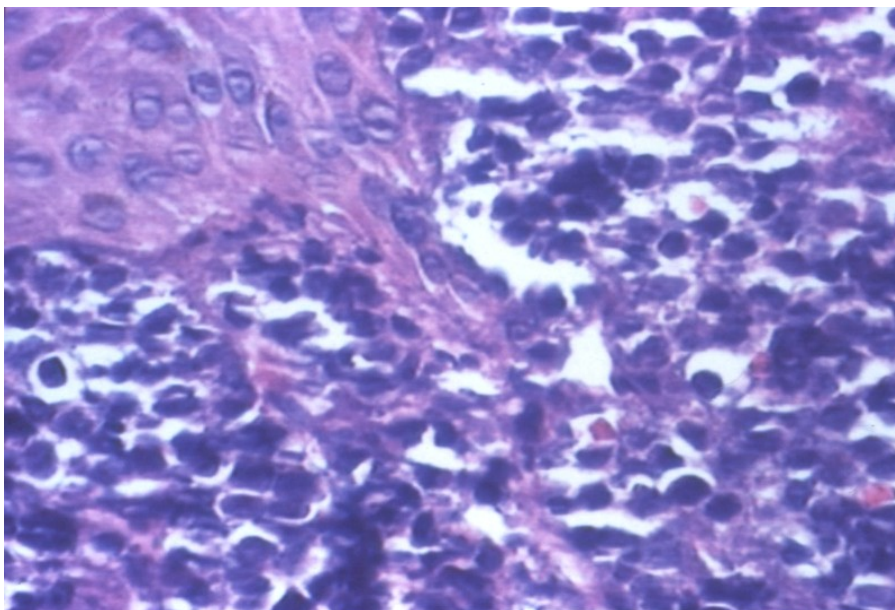


Figura 10-

Leucemia cutânea. Infiltração linfocitária maciça na derme. HE 40

Apesar da gravidade da doença, foram descritos 17 casos de remissão espontânea, sendo que em 14 havia comprometimento da pele (Grundy et al., 2000).

4.3.11. Mancha café com leite

Diagnosticada em 18 crianças; freqüência de 1,8%.

São lesões discretas, bem delimitadas, de coloração marron clara uniforme, cujo tamanho pode variar de dois a 20 mm, já estão presentes ao nascimento ou aparecem logo após. São lesões comuns mas podem ser marcadores para doenças sistêmicas. Histologicamente apresentam aumento de melanina na epiderme, os melanócitos estão presentes em número normal ou discretamente aumentados, mas os queratinocitos apresentam um aumento do número de melanossomas.

A presença de múltiplas manchas café com leite (seis ou mais) permite o diagnóstico de neurofibromatose do tipo 1 (NF-1) na maioria dessas crianças antes dos cinco anos de idade (Mosher et al., 1999).



Figura 11- Mancha café com leite na face posterior da perna

4.3.12. Mancha Mongólica

A mancha mongólica foi diagnosticada em 698 crianças (Figura 12) sendo que em 21 a mancha era extensa, pois localizava-se na região sacral, nádegas e uma terceira localização (coxa, perna, membros superiores ou tronco). A freqüência foi de 69,8%.

A primeira descrição da mancha mongólica foi feita pelo padre Gumilla, missionário no novo mundo, que em 1745 a descreveu perfeitamente em seu livro. A existência da mancha mongólica nos europeus é explicada pela invasão dos uncos e mongóis e sua presença em outras partes da Ásia, Malásia e África, pela imigração dos mongóis (Cordova, 1981).

O termo foi cunhado por um médico alemão chamado Baelz, que vivia em Tóquio e era casado com uma mulher japonesa. Ensinava medicina interna na universidade de Tóquio em 1885, e denominou-as de manchas mongólicas porque acreditava que fossem uma característica racial (Levin, 1981).

A mancha mongólica é freqüente em crianças orientais, negras e pardas, caracteristicamente sofre regressão espontânea. De acordo com sua evolução, pode ser classificada em: 1- Mancha Mongólica Comum 2- Mancha Mongólica Extensa e 3- Mancha Mongólica Persistente. (Kikuchi, Inoue, 1980).

Niedelman afirma que nunca encontrou mancha mongólica em crianças brancas e Epstein, em 20 anos de exercício da medicina, refere ter visto apenas 25 manchas mongólicas entre crianças brancas de origem germânica, em circunstâncias em que não havia a possibilidade de mistura genética. Ele calcula que a freqüência da mancha mongólica entre crianças brancas é cerca de um para 600, ou seja uma freqüência de 0,16% (apud Pratt, 1953), entretanto, em um estudo entre 4346 recém-nascidos brancos, foram encontradas duas crianças com mancha mongólica, o que significa uma freqüência de, 0,04%, mas uma dessas crianças tinha um dos pais classificado pelo autor como cigano e a outra tinha ambos (Karvonen et al., 1992). Ferreira, em 1924, verificou em São Paulo a freqüência de 4% entre crianças brancas (Cordova, 1981).



Figura 12- Mancha mongólica

Quando isolada ou em pequeno número a mancha mongólica não tem significado clínico de maior importância, entretanto se for extensa pode, eventualmente, estar associada a erros inatos do metabolismo como mucopolissaridoses (síndrome de Hurler e síndrome de Hunter), e gangliosidosis (Snow, 2005; Ashrafi et al, 2006), permitindo diagnóstico e tratamento precoces antes que ocorram danos irreversíveis.

4.3.13. Máscara equimótica

Foi observada em duas crianças; frequência de 0,2%. Conseqüente ao aumento da pressão venosa no segmento cefálico pela presença de circular do cordão umbilical ao redor do pescoço.

4.3.14. Melanose pustulosa transitória do recém-nascido

Diagnosticada em seis neonatos; frequência de 0,6%.

Descrita em 1976, com essa denominação, por Ramamurthy, entretanto em 1961 Perrin já havia descrito a mesma dermatose com a denominação de *lentiges neonatorum*, procurando associá-la à presença de metaplasia escamosa da placenta (Perrin et al., 1961), o que não foi confirmado por outros autores devido ao número

insuficiente de placentas examinadas (Ramamurth et al., 1976).

A MPTRN caracteriza-se por lesões vésico-pustulosas sem eritema ao redor e máculas pigmentadas, com descamação que forma um colarete na periferia. As máculas podem ocorrer sem descamação, sendo esta devida ao rompimento das vésico-pústulas. Característica importante da dermatose é estar presente já ao nascimento. Mais freqüente nas crianças negras, raramente é vista em recém-nascidos brancos. Na publicação em que descreveu a doença, Ramamurth faz o diagnóstico diferencial com o eritema tóxico neonatal, pois antes de seu trabalho, os casos de MPTRN eram diagnosticados como eritema tóxico, na sua forma pustulosa. No quadro 1 encontramos as principais diferenças entre essas duas dermatoses.

Quadro 1- Diferenças entre melanose pustulosa e eritema tóxico neonatal

	MPTRN	ETN
INCIDÊNCIA	MAIS COMUM EM CRIANÇAS NEGRAS	IGUAL EM BRANCOS E NEGROS
IDADE DE INÍCIO	SEMPRE PRESENTE AO NASCIMENTO	RARAMENTE PRESENTE
TIPOS DE LESÃO	VESICO-PÚSTULAS SEM ERITEMA AO REDOR, COM COLARETE DESCAMATIVO. MÁCULA PIGMENTADA	PÁPULAS E VÉSICO-PÚSTULAS CIRCUNDADAS POR ERITEMA
LOCAL	PRESENÇA NAS PALMAS E PLANTAS	AUSÊNCIA EM PALMAS E PLANTAS
DURAÇÃO	VESICO-PÚSTULAS DESAPARECEM EM 24-48 HORAS. MÁCULAS EM 3 SEMANAS A 3 MESES	PERSISTEM POR ATÉ 6 DIAS, ÀS VEZES MAIS. NÃO DEIXAM MÁCULAS PIGMENTADAS
ESFREGAÇO DO CONTEÚDO DAS LESÕES	POLIMORFOS NUCLEARES, RAROS EOSINÓFILOS	NUMEROSOS EOSINÓFILOS
HISTOPATOLOGIA DA PÚSTULA	PÚSTULAS INTRA E SUBCÓRNEAS COM INFILTRADO POLIMORFONUCLEAR, EOSINÓFILOS VARIÁVEIS	PÚSTULA SUBCÓRNEA OU INTRAEPIDÉRMICA ENVOLVENDO A PORÇÃO SUPERFICIAL DA UNIDADE PILOSEBÁCEA. DENSO INFILTRADO DE EOSINÓFILOS
MÁCULAS PIGMENTADAS	HIPERQUERATOSE E HIPERPIGMENTAÇÃO FOCAL DA BASAL	

(Ramamurth, 1976)



Figura13- Melanose pustulosa transitória. Máculas com halo descamativo e pústulas

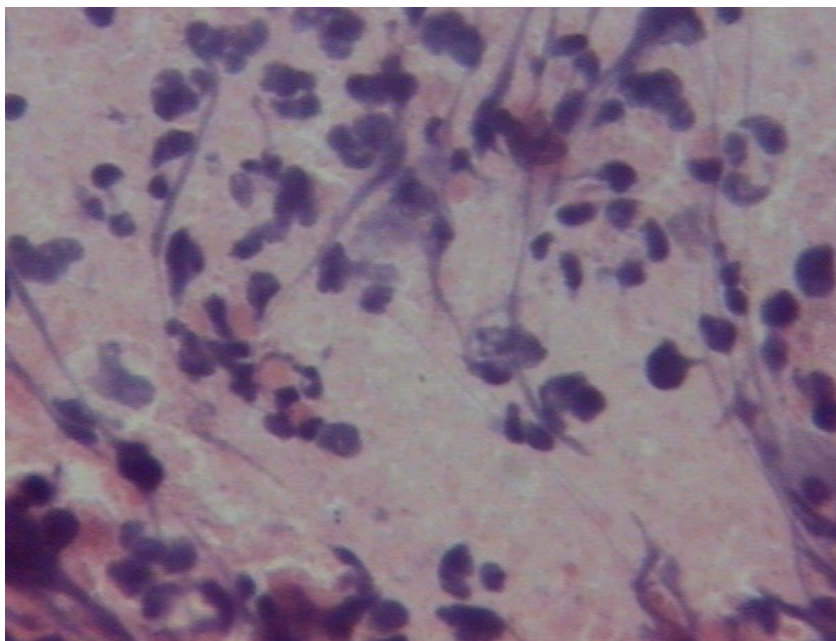


Figura 14- Melanose

pustulosa transitória. Esfregaço contendo poucos eosinófilos (HE 400X)

4.3.15. Miliária

Cinco neonatos com a dermatose; freqüência de 0,5%.

Em consequência da incompleta diferenciação da epiderme e seus apêndices, particularmente nos prematuros, é freqüente o aparecimento da miliária no período neonatal. Isso ocorre com maior freqüência nos países de clima tropical e em maternidades sem ar condicionado. Podem ocorrer três tipos de miliária: cristalina, rubra e pustulosa. A miliária cristalina ocorre pela retenção do suor no ducto da glândula sudorípara ao nível da camada córnea, formando-se vesículas flácidas e pequenas, com conteúdo translúcido. A miliária rubra tem a mesma fisiopatologia, mas como ocorre extravasamento do suor na derme, há uma resposta inflamatória com eritema ao redor da vesícula e também, ocasionalmente, formação de pápulas e raras pústulas. Quando a resposta inflamatória se faz com predomínio de pústulas, teremos o quadro clínico de miliária pustulosa, cujas pústulas são estéreis ou colonizadas por microorganismos não patogênicos (Romiti et al., 2001).

4.3.16. Milio

Diagnosticado em 16 crianças; freqüência de 1,6%. É a retenção cística de queratina na derme superficial. Pequenos traumas na superfície da pele, durante o trabalho de parto, podem contribuir para sua formação. Nas primeiras semanas de vida, há ruptura dos cistos com descamação e desaparecimento das lesões (Weston, Lane, 1999).



Figura 15. Milio, Lesão papulosa amarelada

4.3.17. Nevo acrômico

Também denominado *nevus depigmentosus*. Foi encontrado em apenas uma criança; frequência de 0,1%.

Compromete igualmente ambos os sexos e pode afetar qualquer grupo étnico. Ocorre em três formas clínicas: uma mácula circular ou retangular isolada, tomando um dermatomo ou sistematizado. Raramente está associado a outros achados, como convulsões, retardo mental e hipertrofia de membros (Ortonne et al. 2003).

4.3.18. Nevo angiomaso

141 crianças com esse diagnóstico; frequência de 14,1%.

Sabe-se que os angiomas podem não estar presente já ao nascimento, mas aparecerem dias após. Por esse motivo Pratt (1953) examinou os recém-nascidos próximo ao dia em que receberiam alta.

A classificação dos angiomas evolui a partir de 1976 quando se realizou o primeiro Seminário Sobre Anomalias Vasculares. O grupo continuou a se reunir a cada dois anos e atualmente há uma participação multidisciplinar, com membros de todos os continentes. Em 1992 foi criada a Sociedade Internacional para o Estudo das Anomalias Vasculares (SIEAV) e sua meta atual é melhorar a terapêutica. (Enjolras, Mulliken, 1997).

A classificação adotada pela SIEAV no Seminário de Roma em 1996 leva em conta dados clínicos, radiológicos, histológicos e biológicos. Distinguem dois grupos: tumores vasculares e malformações vasculares. As malformações são constituídas por vasos displásicos e mal formados, sem que haja um aumento da taxa de reposição celular, enquanto que os tumores vasculares se desenvolvem por hiperplasia (Enjolras, 2001).

O angioma plano é a malformação mais freqüente, podendo ser uma alteração cutânea sem significado maior como, por exemplo, os angiomas da nuca ou da fronte, mas também pode permitir reconhecer um problema mais complexo, devido à sua topografia. Por exemplo: um angioma plano na região dos ramos maxilar e oftálmico do trigêmio obriga a pesquisa da existência de um glaucoma do mesmo lado, do mesmo modo que um angioma plano de um membro é, freqüentemente, o primeiro sintoma de uma malformação vascular complexa (síndrome de Klippel-Trenaunay, síndrome de Parkes-Weber).



Figura 16. Angioma plano. Lesão maculosa, violácea, na face

4.3.19. Nevo melanocítico congênito

Diagnosticado em 20 crianças; frequência de 2%.

Os nevos melanocíticos são comuns e apresentam uma ampla variedade clínica e histopatológica. A forma congênita é encontrada em aproximadamente 1% dos recém nascidos, mas as crianças mais velhas e os adultos apresentam uma prevalência maior, o que sugere que os nevos melanocíticos desenvolvem-se, também, após o nascimento, quando são então denominados nevos melanocíticos adquiridos. São sinônimos de nevo melanocítico congênito (NMC) nevo em calção, nevo pigmentar e piloso, nevo gigante, nevo verrucoso e nevo pigmentado gigante. Os nevos melanocíticos congênitos têm sido classificados, arbitrariamente, segundo o seu tamanho em: pequenos quando seu maior diâmetro está abaixo de 1,5 cm, médios quando situado entre 1,5 cm e 19,9 cm e gigantes quando seu tamanho é 20,0 centímetros de diâmetro ou maior, mas a grande maioria dos nevos congênitos são pequenos (Mackie, 1992).



Figura 17- Nevo melanocítico congênito

Não há um meio, que seja totalmente satisfatório, de separar os nevos melanocíticos congênitos pequenos dos grandes. Definições baseadas na facilidade de remoção e no tamanho absoluto, são as mais utilizadas. O nevo pode ser definido como pequeno se ele puder ser excisado facilmente e a sutura ser feita sem deformidades ou utilização de enxertos ou rotação de retalhos. Segundo essa definição, um nevo considerado pequeno se situado na nádega ou dorso, pode ser considerado grande se estiver localizado na face, genitália ou dedos.

Em geral os nevos melanocíticos congênitos são, na média, maiores que os adquiridos, mas não há como diferenciá-los apenas pelo tamanho para lesões menores que 1,5 cm. Lesões com mais de 1,5 cm são, provavelmente, displásicos, congênitos ou malignos. Nevo melanocítico congênito gigante tem sido definido como todo nevo que tenha o tamanho da palma da mão do paciente, se estiver localizado na face ou pescoço e duas vezes esse tamanho se estiver localizado em outras áreas do corpo. (Rhodes, 1999)

4.3.20. Nevo Sebáceo

O nevo sebáceo já está presente ao nascimento no couro cabeludo e menos freqüentemente na face, pescoço ou tronco, tendo sido reportado nevo sebáceo ocorrendo exclusivamente na mucosa oral (Ho, 1999). Permanece inalterado durante a

infância, mas na puberdade a lesão freqüentemente se torna nodular ou verrucosa e durante a vida adulta vários tumores, de diferentes tipos, podem aparecer em sua superfície, tais como adenoma apócrino, adenoma sebáceo, hidradenoma, siringoma, queratoacantoma, tricoblastoma, tendo sido descritos inclusive tumores malignos como o carcinoma epidermóide e o carcinoma basocelular (Lorette, et al., 2001). Nevos sebáceos extensos estão muitas vezes associados com epilepsia, retardo mental, comprometimento neurológico e anormalidades esqueléticas (Hashimoto, Lever, 1987).



Figura 18- Nevo sebáceo

4.3.20. Seio dérmico sacral

Duas crianças apresentaram o SDS. Freqüência de 0,2%.

Qualquer depressão localizada na linha media posterior do corpo recebe o nome de seio dérmico e com maior probabilidade estará localizada na região lombo-sacra (figura 19) ou suboccipital e craniana. Recebendo a denominação de acordo com a localização.



Figura 19- Seio dérmico sacral

São revestidos por epitélio escamoso estratificado e podem conter glândulas sudoríparas, sebáceas ou folículos pilosos. Não são comuns e geralmente não diagnosticados. Apesar de terem aparência benigna, podem estar associados a alterações graves como meningite, abscessos, comprometimento neurológico das extremidades inferiores e ausência de controle dos esfíncteres vesicais e retais (Pereira, 1997).

4.3.22 Trago Acessório

Presente em dois neonatos, freqüência de 0,2%.

O trago acessório está presente ao nascimento, podendo ser único, múltiplo, unilateral ou bilateral. São pápulas ou nódulos, sésseis ou pediculados, que podem estar localizados desde a região pré-auricular até a região esterno-clavicular. A histopatologia é característica: o estrato córneo é fino e compacto, a camada granular varia de uma a quatro camadas de espessura. Acantose, exocitose e espongiose são raramente evidentes. Numerosos, espaçados e finos folículos pilosos telógenos são observados. Músculos horripiladores são raramente vistos. Glândulas sebáceas e sudoríparas écrinas são bem desenvolvidas. Os vasos da papila são dilatados e circundados por poucos linfócitos (Brownstein et al., 1971).

4.3.23. Conjuntivite Química

Seis crianças apresentaram a conjuntivite química.

Conseqüente ao uso de colírios de nitrato de prata para prevenção da oftalmia gonocócica.

4.3.24. Icterícia fisiológica

Presente em 118 recém-nascidos.

A icterícia ocorre em cerca de 50% dos recém-nascidos, é a manifestação clínica de uma hiperbilirrubinemia. Toda icterícia no neonato deve ser considerada patológica até prova em contrário. Pode ser classificada em não colestática, onde predomina a bilirrubina não conjugada (indireta), e colestática com predomínio da bilirrubina conjugada (direta). A causa mais comum de icterícia no recém-nascido é a chamada icterícia fisiológica, que surge no 2° ou 3° dia de vida e desaparece em torno do 5° ao 8° dia (Murahovschi, 1998). É devida a maior produção de bilirrubina em decorrência da degradação de hemácias fetais, combinada com uma limitação da conjugação da bilirrubina pelo fígado. São fatores de risco: diabetes materno, raça (chineses japoneses, coreanos), prematuridade, drogas (vitamina K, novobiocina), altitude, policitemia, sexo masculino, trissomia do 21, equimoses cutâneas, cefalo-hematomas, perda ponderal, eliminação tardia de mecônio e irmão que teve icterícia fisiológica (Kliegman, 1997). O número de neonatos com icterícia fisiológica em nosso estudo (11,8%) foi muito abaixo do encontrado na literatura provavelmente porque muitos recém-nascidos tiveram alta no segundo ou terceiro dia de vida, ou seja antes do aparecimento da mesma.

4.3.25. Polidactilia

Três neonatos apresentaram essa anomalia. Freqüência de 0,3%. Denomina-se polidactilia à presença de um número maior de dedos nas mãos ou pés. O dedo anormal freqüentemente é rudimentar, localizado na base do quinto dedo (Figura 20).



Figura 20. Polidactilia

4.3.26. Puberdade em miniatura

As alterações hormonais que ocorrem durante a gravidez na gestante podem, através da placenta, agir no feto provocando uma série de modificações cutâneas e genitais, conhecidas como puberdade em miniatura. As mais comuns são:

- 1- Hiperpigmentação da linha alba, que pode persistir por alguns meses (Figura 21).
- 2- Hiperpigmentação dos genitais externos e mamilos, mais freqüente nos neonatos de pele mais escura.
- 3- Grandes lábios edemaciados (Figura 22).
- 4- Hipertrofia do clitóris (figura 23).
- 5- Hipertrofia de glândulas mamárias com ou sem secreção
- 6- Secreção vaginal com aspecto cremoso (Figura 22)., eventualmente sanguinolenta. (Pereira, Gontijo, Silva, 2001)

Quarenta e três crianças apresentaram uma ou mais alterações que permitiram o diagnóstico; freqüência de 4,3 %.



Figura 21- Hiperpigmentação da linha alba e do genital



Figura 22- Edema dos grandes lábios e secreção vaginal



Figura 23- Hipertrofia do clitóris

4.3.27. Trissomia do 21

A trissomia do 21, também conhecida como síndrome de Down ou mongolismo é a síndrome cromossômica mais freqüente (Fig 07).

Sua incidência é de um para 600 nascimentos, mas sua freqüência é o dobro nas concepções, sendo que mais da metade dos fetos portadores da trissomia são abortados espontaneamente (Jones, 1994).

Distingue-se dois tipos de acordo com a origem da trissomia. O primeiro, que corresponde a 95% dos casos, é conseqüência da não disjunção durante a meiose, usualmente de origem materna, está relacionado com a idade da mãe. O outro tipo, menos comum e indistinguível clinicamente, não apresenta relação com a idade materna e é freqüentemente familiar. A criança tem número normal de cromossomos, mas um dos pais é portador de translocação de parte do cromossoma 21. Alguns pacientes são mosaico e tendem a ter inteligência um pouco menos comprometida e estígmias físicos em menor intensidade (Harper, 1992).

A correlação da trissomia do 21 com a idade materna foi demonstrada por um estudo realizado no estado de New York, onde a freqüência aumentou de um em 1.925 nascimentos em mães com 20 anos para um em 12 nascimentos em mulheres com 49 anos de idade (Jones, 1994).

4.4. Diagnóstico de doenças não dermatológicas

4.4.1. Isoimunização Rh

Apenas uma criança apresentou a sensibilização.

A criança recebe os determinantes antigênicos dos pais. Esses antígenos dirigem a produção de vários fatores dos grupos sanguíneos (C, c, D, d, E, e). Cerca de 90% dos casos decorrem do antígeno D e os demais do C ou E.

A isoimunização pelo antígeno D é cerca de três vezes mais freqüente em brancos do que em negros (Kliegman, 1997).

4.4.2. Meningocele

Duas crianças apresentaram. Freqüência de 0,2%.

A meningocele é a forma mais simples de hérnia medular na qual se encontra a distensão da leptomeninge pelo líquido céfalo-raquiano, daí a denominação hidromeningocele também utilizada. Havendo, além da leptomeninge, tecido medular na herniação, a denominação passa a ser mielocistocele (Maffei, 1951).

4.4.3. Pé torto congênito

Diagnosticado em sete crianças. Freqüência de 0,7%.

Deformidade congênita, cuja incidência de acordo com a literatura internacional varia de 1:1.000 em crianças brancas até 6,8:1.000 em polinésios. A herança é poligênica e inclui quatro anormalidades distintas, denominadas: eqüina, aduzida, vara e rotação medial. O comprometimento é bilateral em 50% dos pacientes e a proporção entre os sexos é de dois meninos para uma menina.

A forma adquirida pode ser encontrada em: meningomielocele, poliomielite, tumores da espinha, miopatias, paralisia cerebral, síndrome de Guillain-Barré e diastematomyelia (Staheli, 1994).

4.4.4. Hidrocefalia

Uma criança apresentou a alteração. Freqüência de 0,1%

Discussão

5.1. Limitações do estudo

Considerando que o estudo visava avaliar a ocorrência de todas as doenças dermatológicas incidentes nos recém nascidos, optou-se estimar o tamanho da amostra necessária para verificar a incidência de doenças com mínimo de 8%, nível de significância de 95% e erro máximo de 20% da incidência, o que pode implicar em estimativas menos precisas para doenças de menor ocorrência.

Para facilitar a realização da análise multivariada, escolheu-se o odds ratio como medida de efeito. O odds ratio não é um bom índice para estimar o risco relativo para doenças com maior incidência, o que ocorre, neste estudo, principalmente para a avaliação de presença de alguma dermatose e para a mancha mongólica.

Muitas variáveis escolhidas não permitem estabelecer, segundo literatura existente, explicação causal com plausibilidade biológica para as doenças estudadas. Estas variáveis devem ser entendidas como marcadores de fatores de um grupo componente de etiologias que ainda não são conhecidas.

O diagnóstico das dermatoses foi feito no período de permanência dos neonatos no hospital, e variou de dois a oito dias. É possível que algumas doenças de ocorrência tardia tenham sido subestimadas nos casos de alta precoce. Foram excluídos os recém-nascidos que necessitaram de tratamento em UTI. Não foi realizada avaliação de amostra destas crianças para verificar a possibilidade de vício de seleção que, caso exista, deve ser mínimo, dado que apenas seis recém-nascidos foram excluídos do estudo por este motivo.

5.2. Comparação das metodologias utilizadas nas publicações

As metodologias utilizadas foram muito diferentes nos 27 trabalhos consultados; podemos dizer que não há dois trabalhos em que metodologia e resultados pudessem ser comparados em sua totalidade.

As diferenças são mais evidentes nos seguintes itens:

5.2.1. Idade do recém-nascido

Pratt, em 1953, examinou os neonatos do 4^o ao 8^o dias, pois seu objetivo principal era detectar a presença de angiomas, o que ocorre, freqüentemente, mais tardiamente. Quatro trabalhos não fazem qualquer referência à idade do neonato. (Desmons e Chevillard, 1974; Dikson e Yue, 1979; Hidano et al., 1986; Prada e Sarmiento, 1987). Dois trabalhos referem o exame até o 30^o dia de vida, tendo um iniciado o estudo nas primeiras horas, ou seja zero dias de vida (Nascimento et al., 1992) e outro no 2^o dia (Saraçlı et al., 1963). Em quatro as crianças foram examinadas com menos de sete dias de vida (Rivers et al., 1990; Prigent et al., 1991; Karvonen et al. 1992; Lorenz et al., 2000). Rohr (1975) examinou com exatamente três dias de vida. Um autor examinou diariamente do 1^o ao 4^o dia de vida (Sezer et al., 1965). Cerca de 12 examinaram durante as primeiras 96 horas de vida (Jacobs e Walton, 1976; Walton et al., 1976; Fox et al., 1979; Alper et al., 1979; Alper e Holmes, 1983; Valle et al., 1989; Pereira, 1997; Kahana et al., 1995), sendo que entre esses, três examinaram com menos de 48 horas de vida (Nanda, 1989; Plantin et al., 1990; Tsai e Tsai, 1993), um examinou com no máximo 48 horas (Moosavi e Hosseini, 2006) e um com menos de 24 horas em 90% dos recém-nascidos (Osburn et al., 1987). Em um a idade variou de um a 20 dias (Magana-Garcia e Gonzalez-Campos, 1997)

Essa grande variação na idade do RN por ocasião do exame dermatológico, pode explicar as diferenças encontradas na literatura em relação à freqüência de certas dermatoses. Quando o exame é realizado mais tardiamente, pode-se perder a oportunidade de diagnosticar lesões que regredem espontaneamente em pouco tempo, como é o caso do eritema tóxico neonatal e a melanose pustulosa transitória do recém-nascido. Quando o exame é realizado apenas nas primeiras horas de nascimento, pode ocorrer que não sejam diagnosticadas lesões de aparecimento mais tardio como os angiomas. Em alguns trabalhos, a idade variou de zero a trinta dias, o que compromete a qualidade do estudo.

5.2.2. Número de recém-nascidos examinados

O número de recém-nascidos examinados variou amplamente de trabalho para trabalho. Como pode ser visualizado na figura 23, em três trabalhos o número de crianças examinadas foi 100, em um foi próximo de 2.000, em seis foi bem acima de 3.000, em q

Quatro ficou próximo de 500 e na grande maioria, ou seja em 13, o número de crianças examinadas foi 1.000 ou ficou muito próximo dessa quantidade.

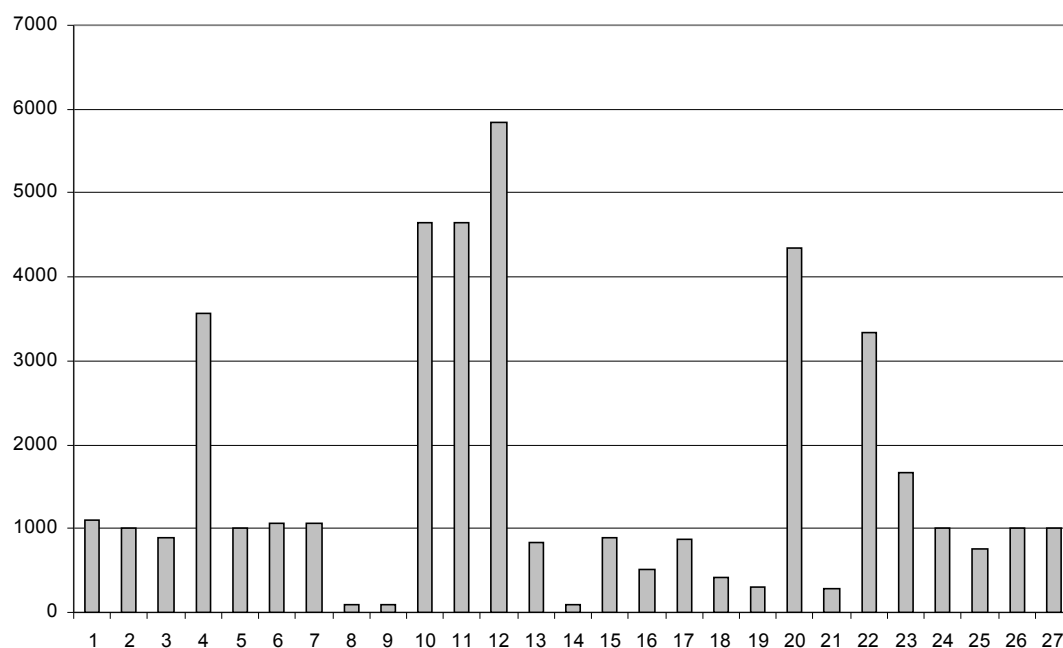


Figura 23. Gráfico da distribuição do número de neonatos em cada trabalho

5.2.3. Cor do recém-nascido

Seis publicações não fazem referência à cor das crianças (Sezer et al, 1965; Desmond e Chevillard, 1974; Rohr, 1975; Valle et al, 1989; Magana-Garcia e Gonzalez-Campos, 1997; Moosavi e Hosseini, 2006). Dois autores examinaram apenas crianças negras (Saraçli et al., 1963; Fox et al., 1979). Dois examinaram somente crianças asiáticas (Hidano et al., 1986; Tsai e Tsai, 1993). Um somente crianças brancas (Karvonen et al., 1992). Um examinou indianos e mestiços (Nanda et al., 1989). Um examinou crianças divididas em dois grupos de acordo com a linhagem dos pais, em árabes e judeus (Kahana et al., 1995). Nos demais trabalhos as crianças eram de variadas etnias.

5.2.4. Principal objetivo

Pratt, em 1953, procurou estudar os angiomas e, secundariamente, os nevos e mancha mongólica. Walton se interessou por lesões pigmentadas e Fox por lesões pigmentadas em neonatos negros. Os demais trabalhos estudaram as dermatoses em geral.

5.2.5. Especialidade do examinador

Quatro trabalhos não fazem referência à especialidade do examinador. Em um trabalho o exame dermatológico foi realizado por pediatra. Em todos os outros havia um dermatologista, pelo menos, também responsável pelo exame.

5.2.6. Exames realizados

Em 22 trabalhos foi realizado apenas o exame clínico e em cinco, além do exame clínico realizaram-se também exames histológicos.

5.2.7. Países onde o trabalho foi realizado

Essa pesquisa foi realizada em diversos países, como: EUA (Pratt, 1953; Saraçli et al.,1963; Jacobs et al.,1976; Walton et al.,1976; Fox et al.,1979; Alper et al.,1979; Alper e Holmes,1983; Osburn et al.,1987), Austrália (Rohr,1975; Dickson e Yue,1979; Rivers et al.,1990), Turquia (Sezer et al.,1965), França (Desmons e Chevillard,1974; Plantin et al.,1990; Prigent et al.,1991), Japão (Hidano et al.,1986), Bolívia (Prada e Sarmiento,1987), Índia (Nanda et al.,1989), Argentina (Valle et al., 1989), China (Tsai e Tsai ,1983), Finlândia (Karvonen et al.,1991), Brasil (Nascimento et al.,1992; Pereira, 1997), Israel (Kahana et al.,1995). México (Magana-Garcia e Gonzalez-Campos,1997), Alemanha (Lorenz et al., 2000) e Iran (Moosavi e Hosseini, 2006).

5.3. Comparação da frequência dos diagnósticos com a literatura mundial

A bolha de sucção foi diagnosticada em dois neonatos (0,2%). Encontra-se frequências de 0,13% (Pereira, 1997), 0,3% (Prigent et al., 1991), 0,39% (Desmons e Chevillard, 1974), 0,78% (Valle et al., 1989), 1% (Nascimento et al.,1992) e 9,8% (Rivers et al.,1990).

A candidíase da mucosa oral foi encontrada em uma criança (0,1%). Na literatura existe apenas uma referência com freqüência de 0,19% (Valle et al., 1989).

A cutis marmorata fisiológica encontrada em 23 crianças (2,3%). A freqüência na literatura foi de 0,14% (Desmons e Chevillard, 1974) e 1,2% (Pereira, 1997).

A descamação fisiológica, identificada em 7,2%, tem sua freqüência variando de 14,6% (Saraçli et al., 1963) a 76% (Rohr, 1975).

O eritema tóxico neonatal, diagnosticado em 19,7%, é a dermatose que apresenta a maior variação de freqüência encontrada na literatura, oscilando de 1,3% (Nascimento et al., 1992) até 65% (Rohr, 1975).

Equimose por fórceps é referida apenas em um trabalho, na freqüência de 7,1% (Nanda et al, 1989). Em nosso estudo só foi diagnosticada em um neonato (0,1%).

A fenda labial, com freqüência de 0,2%, é referida apenas por Desmons e Chevillard (1974) em 0,14%.

Hiperpigmentação por nitrato de prata, encontrada em 0,4%, foi diagnosticada por Pereira (1997) em 0,26%.

Hiperplasia das glândulas sebáceas, diagnosticada em 7,9%, na literatura variou de 17,71% (Valle et al., 1989) a 80,3% (Rohr, 1975).

Hipertricose lanuginosa, encontrada em 10,3%, é referida apenas em um trabalho em 29% (Rivers et al, 1990).

Leucemia cutis, diagnosticada em uma criança, não foi citada na literatura internacional.

A mancha café com leite, diagnosticada em 1,8%. Na literatura encontra-se porcentagem desde 0,3% (Kahana et al, 1995) até 2,77% (Osburn et al, 1987).

A mancha mongólica, encontrada em 69,8%, foi diagnosticada em porcentagens que variaram de 0,1% (Desmons e Chevillard, 1974) até 86,3% em crianças orientais (Tsai e Tsai, 1993). Em um trabalho brasileiro, foi diagnosticada em 57% das crianças brancas (Nascimento et al., 1992), o que provavelmente se deve ao fato de essas crianças não serem realmente de ascendência branca, e sim mestiças, apesar de sua pele clara.

Máscara equimótica, encontrada em dois neonatos (0,2%), não é citada especificamente em nenhum trabalho.

Melanose pustulosa transitória do recém-nascido foi diagnosticada em seis crianças (0,6%). Na literatura há referência de 15%, em um trabalho realizado com recém-nascidos negros (Fox et al., 1979). A menor frequência foi 1,33% em um trabalho realizado na França (Prigent et al., 1991). Em trabalho brasileiro a frequência foi 9,57% (Pereira, 1997).

Miliária com uma frequência de 0,5%. A mais alta foi de 16,9% (Saraçlı et al., 1963) e a mais baixa foi 0,3% (Nanda et al., 1989).

Milio com 1,6%. Foi diagnosticado em 60,5% (Nascimento et al., 1992), 36% (Rivers et al., 1990), 34,9% (Nanda et al., 1989), 5,51% (Valle et al., 1989).

Nevo angiomatoso em 14,1%. Na literatura variou de 1,5% (Desmons e Chevillard, 1974) a 68,6% (Alper e Holmes, 1983).

Nevo melanocítico congênito (2%). Encontrado de 0,22% (Desmons e Chevillard, 1974) a 7,9% (Nascimento et al., 1992).

Nevo sebáceo encontrado em apenas um neonato neste trabalho (0,1%). Na literatura encontra-se de 0,03% (Desmons e Chevillard, 1974) a 0,46% (Plantin et al., 1990).

Seio sacral (0,2%). Relatado de 0,06% (Alper e Holmes, 1983) a 2% (Dickson e Yue, 1979).

O trago acessório foi encontrado em dois recém-nascidos (0,2%). Na literatura encontra-se frequência de 0,1% (Rohr, 1975), 1% unilateral e 2% bilateral (Fox et al., 1979) e 1,7% (Tsai e Tsai, 1993).

Conjuntivite química diagnosticada em 0,6%. Há relato de 9,71% (Pereira, 1997) Icterícia fisiológica presente em 11,4%. Dois trabalhos fazem referência, um com 6% de incidência (Fox et al., 1979) e o outro com 64% (Rohr, 1975).

Polidactilia, diagnosticada em três neonatos (0,3%). A maior frequência foi 1% (Fox et al., 1979) e a menor 0,084% (Desmons e Chevillard, 1974).

Puberdade em miniatura, diagnosticada em 43 recém-nascidos. (4,3%). Referência de 13,37% (Valle et al. 1989), 31,33% (Nascimento et al., 1992).

Trissomia do 21 foi diagnosticada em dois neonatos (0,2%). Não há citações nos trabalhos.

Para os diagnósticos que podem ser considerados como não dermatológicos temos:

Isoimunização Rh, presente em um neonato (0,1%). Não há referência. Meningocele, diagnosticada em duas crianças (0,2%). Não há referência. Pé torto congênito, encontrado em sete recém-nascidos (0,7%). Sem referência.

5.4. Interpretação dos resultados da análise estatística

Por tratar-se de hospital público de referência para o litoral sul do estado de São Paulo, as mães gestantes vieram de todos os municípios da baixada santista, desde Bertioga até Itanhaém, sendo 66% de Santos e São Vicente, em proporções praticamente iguais entre os dois municípios.

Cerca de 87,9% dos neonatos apresentaram uma ou mais alterações tegumentares, o que não difere muito dos números encontrados na literatura, onde as maiores porcentagens foram: 96% (Moosavi e Hosseini, 2006), 99,34% (Pereira, 1998) e 99,3% (Rivers et al, 1990).

A presença de alguma alteração tegumentar na análise multivariada, associada à cor do recém-nascido, pode ser entendida pela alta incidência de mancha mongólica em crianças não brancas, do mesmo modo a associação ao peso é devida à alta incidência de eritema tóxico nas crianças de maior peso. A associação ao Apgar 1 pode ser explicada pela estreita correlação entre a boa nutrição do RN e conseqüente hígidez, revelados pelo peso e pelo Apgar 1 acima de oito.

A mancha mongólica com associação estatisticamente significativa à cor do RN, sendo mais freqüente nos não brancos, já é referido pela literatura. A dermatose foi diagnosticada em apenas cinco crianças classificadas como brancas. É provável que se o pai dessas crianças tivesse sido examinado (a cor do pai foi informada pela mãe) o número de crianças brancas com mancha mongólica seria menor. O tipo sanguíneo AB também mostrou-se associado estatisticamente à mancha mongólica, fato não citado na literatura.

O eritema tóxico neonatal apresenta associação com o maior peso do RN, isso já é referido na literatura (Pereira, 1997). A associação com sexo e Apgar 1 encontrada neste trabalho não tem referência bibliográfica. A associação com Apgar 1 acima de oito está de acordo a noção de que o eritema tóxico neonatal é característico de neonatos maduros e saudáveis. O sexo masculino mostrou maior risco de apresentar a lesão, outro fato não descrito, até agora, na literatura.

Não encontramos explicação com plausibilidade biológica clara para a associação estatisticamente significativa do nevo angiomaso com as variáveis comprimento ao nascer, hipertensão arterial da mãe, sexo do neonato e cor branca do pai. Talvez sejam marcadores de risco associados a algum fator que não conseguimos detectar.

O estudo mostrou uma associação entre aparecimento de icterícia fisiológica e a idade gestacional. Estes resultados são esperados na medida que essa alteração fisiológica é devida ao retardo do desenvolvimento do metabolismo das bilirrubinas (Murahovschi, 1987). Os resultados também mostram associação entre uso de drogas por parte da mãe e a icterícia fisiológica. Entre as seis crianças filhas de mães que utilizaram drogas, três apresentaram icterícia fisiológica, sendo que duas mães usaram maconha e uma era usuária de crack.

Não encontramos referência na literatura para a associação encontrada neste estudo entre hiperplasia de glândulas sebáceas e RN de pai branco

Em relação à descamação fisiológica, a associação com idade gestacional com mais de quarenta semanas é descrita na literatura, mas a associação com o Apgar 5 não, entretanto há referência da maior frequência em desnutridos (Griffiths, 1966). Isso pode explicar o fato de Apgar 5 maior que nove ser fator de proteção para a dermatose (OR=0,46), pois indica crianças bem nutridas e em ótimas condições gerais.

Uma hipótese explicativa para a associação entre puberdade em miniatura e crianças de baixo peso poderia ser aventada, considerando que exista maior sensibilidade aos hormônios maternos em consequência da menor massa corpórea, do mesmo modo que o maior peso das crianças de mães diabéticas as protegeria. A maior susceptibilidade do sexo feminino, também poderia ser explicada da mesma forma, ou seja, devido ao seu menor peso em média.

Não foi possível encontrar uma explicação biológica para nenhum dos dois modelos possíveis de cútis marmorata.

A consangüinidade mostrou ser um fator importante para o nevo pigmentado, com uma frequência de 28,6% nas crianças filhas de pais consangüíneos, o que permite a hipótese de etiologia genética nesta alteração cutânea.

Todos os RN com melanose pustulosa transitória do recém nascido eram não brancos, o que está de acordo com a literatura, mas o fato de todas as crianças serem filhas de mulheres com 30 anos ou mais e com quatro gestações anteriores ou mais não é referido na literatura e não encontramos hipótese explicativa biologicamente plausível.

A maior frequência de equimose por fórceps nos RN de mãe com menos de 20 anos não tem explicação biológica plausível.

6. Conclusões

Após o exame de 1.000 recém-nascidos em enfermaria para gestantes de risco do Hospital Guilherme Álvaro (Santos, S.P.), pudemos chegar às seguintes conclusões:

- 1- Foram realizados 31 diagnósticos nos recém-nascidos examinados, sendo que quatro deles sem relação com lesões do tegumento.
- 2- A frequência de 87,9% de neonatos com uma ou mais dermatoses está dentro dos limites encontrados na literatura.
- 3- A icterícia fisiológica apresentou relação estatisticamente significativa com a variável uso de droga pela mãe.
- 4- A puberdade em miniatura mostrou relação estatisticamente significativa com a presença de diabete na mãe.
- 5- A consangüinidade demonstrou ser fator de risco para aparecimento de nevo melanocítico congênito

7. ANEXOS

Anexo 1 – Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa do HGA



SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
COORDENADORIA DE SAÚDE DO INTERIOR
HOSPITAL GUILHERME ÁLVARO

Formulário de Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa

Data da Aprovação: 22.04.02

Título do Protocolo: "Avaliação da incidência de dermatoses em neonatos em enfermaria para gestantes de risco do Hospital Guilherme Álvaro".

Investigador Principal: Dr. José Roberto Paes de Almeida

Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa

Em reunião de 22.Abril.2002 o Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Guilherme Álvaro, AVALIOU o Protocolo, bem como o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, a ser conduzido no Ambulatório do Hospital Guilherme Álvaro – Santos, e o APROVOU, constando em ata.

Assinatura manuscrita de Joaquim Gonçalves Neto, escrita em tinta preta sobre uma linha horizontal.

Dr. Joaquim Gonçalves Neto
Coordenador do Comitê de Ética em Pesquisa
Hospital Guilherme Álvaro

Anexo 2 – Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da UNIFESP

Anexo 2 – Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da UNIFESP



Universidade Federal de São Paulo
Escola Paulista de Medicina

Comitê de Ética em Pesquisa
Hospital São Paulo

São Paulo, 15 de setembro de 2006
CEP 1204/06

Ilmo(a). Sr(a).
Pesquisador(a) JOSÉ ROBERTO PAES DE ALMEIDA
Co-Investigadores: Mauricio Mota de Avelar Alchorne (orientador)
Disciplina/Departamento: Dermatologia da Universidade Federal de São Paulo/Hospital São Paulo
Patrocinador: Recursos Próprios.

PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA INSTITUCIONAL

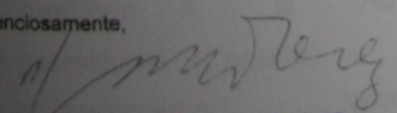
Ref. Projeto de pesquisa intitulado: "Avaliação da incidência de dermatoses em neonatos de enfermária para gestantes de risco do hospital Guilherme Álvaro (cidade de Santos - SP)".

CARACTERÍSTICA PRINCIPAL DO ESTUDO: GRUPO III - estudo clínico observacional - prospectivo.
RISCOS ADICIONAIS PARA O PACIENTE: sem risco, desconforto mínimo. Estudo clínico observacional - avaliação de RN.
OBJETIVOS: Avaliar, dentro da população de gestantes de risco, a constatação de que as dermatoses apresentadas pelos RN estão relacionadas às doenças das gestantes.
RESUMO: A coleta de dados será realizada no Hospital Guilherme Álvaro (Santos, S.P) em enfermária para gestantes de risco. Todas as crianças nascidas consecutivamente até completar o número de 1000 neonatos serão examinadas, o que deve ocorrer em um período de sete meses. Os RN serão examinados pela primeira vez nas primeiras 24 a 36 horas de vida e esse exame repetido diariamente, enquanto elas estiverem internadas. A finalidade será diagnosticar dermatoses que pudessem manifestar-se após a criança já ter sido examinada uma ou mais vezes. Os exames dermatológicos devem ser realizados com a criança completamente desnuda, em ambiente bem iluminado e após a mesma ter sido banhada para a retirada do vernix caseoso. Todos os exames serão realizados pelo mesmo pesquisador. As variáveis estudadas nos RN serão: sexo, cor, peso, comprimento, tipo sanguíneo, fator RH, Apgar 5 e peso x idade gestacional.
FUNDAMENTOS E RACIONAL: Estudo bem fundamentado, procurando testar a hipótese de que algumas dermatoses estão relacionadas à doenças de base da mãe.
MATERIAL E MÉTODO: Estão descritos os procedimentos e instrumentos que serão realizados.
TCLE: adequado.
DETALHAMENTO FINANCEIRO: SEM FINANCIAMENTO EXTERNO.
CRONOGRAMA: 7 meses.
OBJETIVO ACADÊMICO: MESTRADO.
ENTREGA DE RELATÓRIOS PARCIAIS AO CEP PREVISTOS PARA: 10/9/2007 e 4/9/2008.

O Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de São Paulo/Hospital São Paulo **ANALISOU e APROVOU** o projeto de pesquisa referenciado.

1. Comunicar toda e qualquer alteração do projeto e termo de consentimento livre e esclarecido. Nestas circunstâncias a inclusão de pacientes deve ser temporariamente interrompida até a resposta do Comitê, após análise das mudanças propostas.
2. Comunicar imediatamente ao Comitê qualquer evento adverso ocorrido durante o desenvolvimento do estudo.
3. Os dados individuais de todas as etapas da pesquisa devem ser mantidos em local seguro por 5 anos para possível auditoria dos órgãos competentes.

Atenciosamente,


Prof. Dr. José Osmar Medina Pestana
Coordenador do Comitê de Ética em Pesquisa da
Universidade Federal de São Paulo/ Hospital São Paulo

RECOMENDAÇÃO: Deixar claro que o trabalho já realizado está sendo utilizado para tese de mestrado, isto na metodologia (e que os exames dos RNs são os de rotina no Hospital Guilherme Álvaro)

Anexo 3 - Protocolo

Data do 1º. Exame Número

Pais

Casamento consangüíneo ? Não Sim Primos 1º. Grau Primos
 2º. Grau Tio(a) / Sobrinha(o) Outros Ignorado

Nome do pai Idade Profissão

Cor: Amarelo Branco Pardo Negro Outros
 Ignorado

Nome da mãe Idade Profissão

Cor: Amarelo Branco Pardo Negro Outros
 Ignorado

Procedência.....

Fumou durante a gravidez? Sim não ignorado
 Uso regular de álcool? Sim não ignorado
 Uso de droga ilícita? Sim não ignorado

Qual droga?

HIV Positivo? Sim não ignorado

Tratamento durante a gravidez Nenhum Diabetes Hipertensão Arterial
 Crônica Infecção do Trato Urinário Diabetes + Hipertensão Diabetes + ITU
 Hipertensão + ITU Diabetes + Hipertensão + ITU Outros Ignorado

Gestações anteriores AbortosNatimortos . .Neomorto ... Vivos...

Recém-nascido Data do nascimento

Cor: Amarelo Branco Pardo Negro Outros Ignorado

Sexo Masculino Feminino Ignorado

Tipo sangüíneo A B AB O Rh Positivo Negativo

Idade gestacional (Capurro) Apgar 1: Apgar 5:

Peso ao nascimento: gramas Comprimento ao nascimento
cm

Peso / Idade gestacional: PIG AIG GIG Ignorado

Diagnóstico 1 (CID10) Diagnóstico 2 (CID10)

Diagnóstico 3 (CID10) Diagnóstico 4 (CID10)

Diagnóstico 5 (CID10) Diagnóstico 6 (CID10)

Diagnóstico 7 (CID10) Diagnóstico 8 (CID10)

Diagnóstico 9 (CID10) Diagnóstico 10 (CID10)
Diagnóstico 11 (CID10)Diagnóstico 12 (CID10)

. Os dados relativos ao pai (cor, idade, profissão) foram fornecidos pela mãe, bem como os relativos à ela (idade, profissão, procedência, consangüinidade e informações relativas à gravidez). A cor da mãe foi definida pelo pesquisador utilizando-se o exame dermatológico e informações relativas a seus antepassados. A cor e sexo dos recém-nascidos foram determinados pelo pesquisador e todos os outros dados, relativos ao mesmo, foram retirados do prontuário.

Anexo 4

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Título da Pesquisa: “Avaliação da incidência de dermatoses em neonatos de enfermaria para gestantes de risco do Hospital Guilherme Álvaro (Santos, S.P.)”

Nome do (a) Pesquisador: José Roberto Paes de Almeida

Nome do (a) Orientador: Prof. Dr. Mauricio Mota de Avelar Alchorne

A sra (sr.) está sendo convidada (o) a permitir que o seu filho recém-nascido participe desta pesquisa clínica que tem como finalidade verificar a ocorrência de lesões tegumentares nas crianças que nasceram neste hospital durante um determinado tempo.

Participarão da pesquisa os primeiros 1.000 recém-nascido cujos pais permitirem sua inclusão no estudo.

Ao participar deste estudo a sra (sr) permitirá que o pesquisador Dr. José Roberto Paes de Almeida, utilize os dados obtidos do exame clínico de seu recém-nascido. A sra (sr.) tem liberdade de se recusar a participar e ainda se recusar a continuar participando em qualquer fase da pesquisa, sem qualquer prejuízo para o recém-nascido. Sempre que quiser poderá pedir mais informações sobre a pesquisa através do telefone do pesquisador do projeto e, se necessário através do telefone do Comitê de Ética em Pesquisa.

A participação nesta pesquisa não traz complicações legais. Não há qualquer risco ou desconforto para a criança pois a mesma só será submetida a exames clínicos de rotina. Os procedimentos adotados nesta pesquisa obedecem aos Critérios da Ética em Pesquisa com Seres Humanos conforme Resolução no. 196/96 do Conselho Nacional de Saúde. Nenhum dos procedimentos usados oferece riscos à sua dignidade. O recém-nascido será submetido a um exame clínico diário enquanto estiver internado para que se possa diagnosticar qualquer doença dermatológica que ocorre desde o nascimento até a sua alta do hospital.

Todas as informações coletadas neste estudo são estritamente confidenciais. Somente o pesquisador e o orientador terão conhecimento dos dados.

Ao participar desta pesquisa a sra(sr) não terá nenhum benefício direto. Entretanto, esperamos que este estudo traga informações importantes sobre o tema pesquisado de forma que o conhecimento que será construído a partir desta pesquisa possa ser útil para outros pacientes,

sendo que o pesquisador se compromete a divulgar os resultados obtidos.

A sra (sr.) não terá nenhum tipo de despesa para participar desta pesquisa, bem como nada será pago por sua participação.

Após estes esclarecimentos, solicitamos o seu consentimento de forma livre para participar desta pesquisa. Portanto preencha, por favor, os itens que se seguem:

Tendo em vista os itens acima apresentados, eu, de forma livre e esclarecida, manifesto meu consentimento em participar da pesquisa

Nome do Participante da Pesquisa

Assinatura do Participante da Pesquisa

Assinatura do Pesquisador

Assinatura do Orientador

TELEFONES

José Roberto Paes de Almeida

Telefone (13) 32342416 Fax- (13) 32342416 e-mail: jrpaesalmeida@globo.com.

Comitê de Ética do Hospital Guilherme Álvaro

Rua Oswaldo Cruz, 197 Telefone (13) 32021300

-Comitê de Ética da UNIFESP

Rua Botucatu, 572, 1º. andar, conj 14 telefones (11) 55711062 – (1155397162

8. REFERÊNCIAS

- Alchorne MMA, Alchorne AOA. Condições dermatológicas. In: Segre, CAM. Perinatologia. Fundamentos e prática. 1ª ed. São Paulo: Sarvier; 2002. p.752-65.
- Alper J, Holmes LB, Mihm MC. Birthmarks with serious medical significance: nevocellular nevi, sebaceous nevi, and multiple café au lait spots. *J Pediatr.* 1979;95(5):696-700.
- Alper JC, Holmes LB. The incidence and significance of birthmarks in a cohort of 4641 newborns. *Pediatr Dermatol.* 1983;1(1):58-68.
- Arnold HL, Odom RB, James WD. The skin: basic structure and function. In: Andrews'. "Diseases of the skin. Clinical dermatology. 8th ed. W. B. Saunders Company, 1990. p.01-13.
- Ashrafi MR, Shabanian R, Mohammadi M et al. Extensive mongolian spots: a clinical sign merits special attention. *Pediatr Neurol.* 2006;34:143-5.
- Atherton DJ. The neonate. In: Champion RH, Burton JL, Ebling, FJG. Rook/Wilkinson /Ebling Textbook of dermatology. 5th ed. London: Blackwell, 1992. p.381-443.
- Brownstein MH, Wanger N, Helwig EB. Accessory tragi. *Arch Dermatol,* 1971;104(6):625-31.
- Cordova A. The mongolian spot. A study of ethnic differences and a literature review. *Clin Pediatr.* 1981;20(11):714-19.
- Desmons F, Chevillard Y. Fréquence des diverses dermatoses du nouveau-né et du nourrisson pendant les dix premiers jours de la vie. *Bull Soc Fr Dermatol Syphiligr.* 1974;81(2):169-258.
- Dickson J, Yue P. A study of the incidence of neonatal dermatoses. *Australas J Dermatol.* 1979;20(2):78-81.
- Enjolras O, Mulliken JB. Vascular Tumors and vascular malformations, new issues. *Adv Dermatol.* 1997;13:375-423.

Enjolras O. Anomallies vasculaires superficielles: les "angiomes". In: *Encycl Méd Chir.* (Editions Scientifiques et Médicales Elsevier SAS, Paris). Dermatologie, 98-745.A-10,2001, 15 p

Esterly NB, Spraker MK. Neonatal skin problems. In: Moschella and Hurley. *Dermatology.* 2th ed. W.B. Saunders Company, 1985. p.1882-1903.

Fox JN, Walton RG, Gottlieb B et al. Pigmented skin lesions in black newborn infants. *Cutis.* 1979;24(4):399-402

Grundy RG, Martinez A, Kempinski H et al, A. Spontaneous remission of congenital leukemia. A case for conservative treatment. *J Pediatr Hematol Oncol.* 2000;22(3):252-5

Griffiths AD. Skin desquamation in the newborn. *Biol Neonat.* 1966;10(3):p.127-39.

Harper J. Genetics and genodermatoses. In: Rook/Wilkinson/Ebling. *Textbook of Dermatology.* 5th ed. Blackwell, 1992. vol1, p.305-72.

Hashimoto K, Lever WF. Tumor of skin appendages. In: *Fitzpatrick's Dermatology in General Medicine.* 3th ed. 1987. p.773-93.

Hidano A, Purwoko R, Jitsukawa K. Statistical survey of skin changes in Japanese neonates. *Pediatr Dermatol.* 1986;3(2):140-4.

Ho VCY. Benign Epitelial Tumors. In: *Fitzpatrick's Dermatology in General Medicine.* 5th ed. McGraw-Hill International Edition, 1999.p.873-90.

Isaacs H Jr. Congenital and neonatal malignant tumors. A 28-year experience at Children's Hospital of Los Angeles. *Am J Pediatr Hematol Oncol.* 1987;9(2):121-9.

Jacobs AH, Walton RG. The incidence of birthmarks in the neonates. *Pediatrics.* 1976;58(2):218-22.

Jakubovic HR, Ackerman AB. Structure and function of skin. In: Moschella and Hurley. *Dermatology* 2th .ed. W. B. Saunders Company, 1985. p.01-74.

- Johnsen DC. O sistema digestivo. In: Behrman RE, Kligman RM, Nelson Tratado de Pediatria. 14ª ed. Guanabara-Koogan. 1994.p. 812-23.
- Jones KL. Anormalidades clínicas dos autossomos. In: Behrman, Kligman, Nelson Tratado de Pediatria. 14ª ed. Guanabara-Koogan. 1994.p. 252-71.
- Kahana M, Feldman M, Abudi Z et al. The incidence of birthmarks in israeli neonates. *Int J Dermatol.* 1995;34(10):704-6.
- Karvonen SL, Vaajalahti P, Marenk M et al. Birthmarks in 4346 Finnish newborns. *Acta Derm Venereol.* 1992;72(1):55-7.
- Kikuchi I, Inoue S. Natural history of the mongolian spot. *J Dermatol.* 1980;7(6):449-50
- Kliegman RM. O sistema digestivo. In: Behrman, Kligman, Nelson Tratado de Pediatria. 15ª ed. Guanabara-Koogan. 1997.p. 574-77.
- Levin S. Mongolian spot; Afro-Asian stain; sacral stain. *S Afr Med J.* 1981;60(4):123-4
- Lippi, UG. Enfoque de risco. In: Segre, CAM. Perinatologia. Fundamentos e prática. 1ª ed. São Paulo: Sarvier; 2002. p.55-60.
- Lorenz S, Maier C, Segerer H, Landthaler M, Hohenleutner U. Hautveränderungen bei Neugeborenen den ersten 5 Lebenstagen. *Hautarzt.* 2000;51(6):396-400.
- Lorette G, de Muret A, Machet L. Hamartomes cutanés. *Encycl Méd Chir (Editions Scientifiques et Médicales Elsevier SAS), Paris, Dermatologie, 98-750-A-10, 2001, 12 p.*
- Mackie RM. Melanocític naevi and malignant melanoma. In: Rook/Wilkinson/Ebling. *Textbook of dermatology 5th editions.* Blackwell scientific Publications, 1992 p.1525-60,.
- Maffei WE. Alterações do desenvolvimento. In: *As bases neuropatológicas da neuratria e psiquiatria, São Paulo, 1951. p.69-175,.*

Magana-Garcia M, Gonzalez-Campos N. Skin lesion in a 1000 newborns. A case and control study. *Gac Méd Méx*, 1997;133(5):407-11.

Martin AG, Kobayashi GS. In: Fitzpatrick's. *Dermatology in general medicine*. 5th ed. International Edition, McGraw-Hill. 1999. p.2358-71.

Moosavi Z, Hosseini T. One-year survey of cutaneous lesions in 1000 consecutive Iranian newborns. *Pediatr Dermatol*. 2006; 23(1):p.61-3.

Mosher DB et al. Hypomelanoses and Hypermelanoses. In: Fitzpatrick's. *Dermatology in general medicine*. 5th ed. International Edition, McGraw-Hill.1999. p.945-1017.

Murahovschi J. Icterícia na infância. In: Murahovschi J. *Pediatria diagnóstico + tratamento*. 5^{ed}. São Paulo: Sarvier, 1998. p.415-19,

Murphy WF, Lanagley AL. Common bullous lesions-presumably self-inflicted-occurring in utero in the newborn infant. *Pediatrics*. 1963;32:1099-100.

Nanda A. et al. Survey of cutaneous lesions in Indian newborns. *Pediatr Dermatol*. Boston, 1989;6(1):39-42.

Nascimento LV et al. Prevalência de dermatoses em recém-nascidos no berçário de um hospital universitário. *An Bras Dermatol*. 1992;67(6):305-7.

Ortonne JP et al. In: Fitzpatrick's. *Dermatology In General Medicine*. 6th ed. McGraw-Hill, 2003. p.836-81.

Osburn K, Schosser RH, Everett MA. Congenital pigmented and vascular lesions in newborn infants. *J Am Acad Dermatol*.1987;16(4),788-92.

Pereira LB. Prevalência de dermatoses no recém-nascido: estudo comparativo entre dois hospitais de Belo Horizonte, Brasil. Belo Horizonte, 1997. 205p. Dissertação (Mestrado) – Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais.

Pereira LB, Gontijo B, Silva CMR. Dermatoses neonatais. *An Bras Dermatol*. 2001;76(5):505-37.

- Perrin E, Sutherland J, Baltazar S. Inquiry into the nature of lentigines neonatorum: demonstration of a statistical relationship with squamous metaplasia of the amnion. *Am J Dis Child.* 1961;102:648-9.
- Pibouin M, Nilias G, Chevrant-Breton J. Livedo reticularis. *Revue de la littérature. Ann Dermatol Venerol.* 1990;117:557-68..
- Plantin P. et al. Lésions cutanées bénignes observées dans les 48 premières heures de vie chez 874 nouveau-nés d'une maternité de chu. *Ann Dermatol Venereol,* 1990;117:181-4.
- Prada EMG, Sarmiento ME. Manchas congenitas. *Rev Soc Boliv Pediatr.* 1987;26(3):207-14.
- Pratt AG. Birthmarks in infants. *Arch Dermatol.* 1953;67:302-5
- Prigent F, Vige P, Martinet C. Lésions cutanées au cours de la première semaine de vie chez 306 nouveau-nés consécutifs. *Ann Dermatol Venereol.* 1991;118(10):697-9.
- Ramamurthy RS, Revel M, Esterly NB et al. Transient neonatal pustular melanosis. *J Pediatr.* 1976;88(5):831-5.
- Resnik KS, Brod BB. Leukemia cutis in congenital leukemia. Analysis and review of the world literature with report of an additional case. *Arch Dermatol.* 1993;129:1301-6.
- Rivers JK, Frederiksen PC, Dibdin C. A prevalence survey of dermatoses in the Australian neonate. *J Am Acad Dermatol.* 1990;23(1):77-81.
- Rhodes AR. Benign neoplasias and hyperplasias of melanocytes. In: Fitzpatrick's. *Dermatology in general medicine.* 5th ed. International Edition, McGraw-Hill, 1999. p.1018-59.
- Rohr JB. The skin of the newborn. *Australas J Dermatol.* 1975;16(3):118-20.
- Romiti N, Almeida JRP, Dinato SLM et al. Miliária pustulosa, relato de dois casos. *An Bras Dermatol.* 2001;5:593-5.

Saraçlı T, Kenney JR JA, Scott, RB. Common skin disorders in the newborn negro infant: observations based on the examination of 1.000 babies. *J Pediatr*, 1963;62(3):358-62.

Sezer V, Ovack E, Oran O. Common skin disorders in newborn infants. *Turk J Pediatr*. 1965;7(2):104-11.

Snow, TM. Mongolian spots in the newborn: do they mean anything? *Neonatal Netw*. 2005;24(1):31-33.

Staheli LT. Ossos e articulações. Problemas ortopédicos. In: Nelson. *Tratado de Pediatria*. 14ª ed. Guanabara-Koogan. 1994. p.1493-1556.

Tsai F, Tsai C. Birthmarks and congenital skin lesions in Chinese newborns. *J Formos Med Assoc*. 1993;92:838-41.

Valle LE, Gomez JL, Rausa PM. Dermatoses en el recién nacido. *Rev Arg Dermatol*. 1989;70(2):102-11.

Walton RG, Jacobs AH, Cox AJ. Pigmented lesions in newborn infants. *Br J Dermatol*. 1976;95(4):389-96.

Weston WL, Lane AT. Neonatal dermatology. In: Fitzpatrick's. *Dermatology in general medicine*. 5th ed. International Edition, McGraw-Hill, 1999, vol.1, cap. 143, p. 1663-81.

Abstract

Objectives: To verify the incidence of newborn skin diseases in infirmary for pregnant of risk at a public hospital of the city of Santos, S.P. (Hospital Guilherme Alvaro) determining the possible relationship of newborn skin diseases with illnesses presented by the mothers.

Methods: The author examined 1,000 neonates in the first 36 hours of life from December 27, 2000 to July 30, 2001. The examination was repeated daily in each child while they remained interned. This study was mainly clinical, with only one case, that of a child who had cutaneous leukemia, for which a biopsy of skin was performed for the diagnosis. The paternal and newborn variables were submitted to analysis through the test χ^2 and logistic regression to detect significant statistical relationship. **Results:** Thirty one different diagnoses were made in the neonate ones. About 87.9% of the children presented one or more cutaneous disorders, being the most frequent: mongolian spot (69.8%), erythema toxicum neonatorum (19.7%), physiological jaundice (11.8%), angiomatous naevi (13.9%), hypertrichosis lanuginosa (10.3%), hyperplasia of sebaceous gland (7.8%), physiological desquamation (7.0%), puberty in miniature (4.1%), cutis marmorata (2.2%) had been most frequent. For all the other joined skin diseases the percentage of incidence was equal or lesser that 2.0%. **Conclusions:** The puberty in miniature had low incidence between the neonates of diabetic mother and the physiological jaundice was more frequent in the children whose mother had made drug use. The mongolian spot showed very low between newborns classified as white.

BIBLIOGRAFIA CONSULTADA

Houaiss A, Villar MS, Franco FMM. Dicionário houaiss da língua portuguesa. 1ª ed. Rio de Janeiro: Objetiva; 2001.

Sampaio SAP, Rivitti EA. Dermatologia. 2ª ed. São Paulo: Artes Médicas; 1998.

Rother DT, Braga MER. Como elaborar sua tese: estrutura e referências. 2ª ed.rev. e ampliada. São Paulo, 2005.

Lowy G, Alonso FJF, Cestari SCP, Cestari TF, Oliveira ZN. Atlas de dermatologia pediátrica. Topográfico e morfológico. 1ª ed. MEDSI Editora Médica e Científica Ltda, 2000.

Soares JF, Siqueira AL. Introdução à estatística médica. 1ª ed. Belo Horizonte: Departamento de Estatística- UFMG, 1999.

Livros Grátis

(<http://www.livrosgratis.com.br>)

Milhares de Livros para Download:

[Baixar livros de Administração](#)

[Baixar livros de Agronomia](#)

[Baixar livros de Arquitetura](#)

[Baixar livros de Artes](#)

[Baixar livros de Astronomia](#)

[Baixar livros de Biologia Geral](#)

[Baixar livros de Ciência da Computação](#)

[Baixar livros de Ciência da Informação](#)

[Baixar livros de Ciência Política](#)

[Baixar livros de Ciências da Saúde](#)

[Baixar livros de Comunicação](#)

[Baixar livros do Conselho Nacional de Educação - CNE](#)

[Baixar livros de Defesa civil](#)

[Baixar livros de Direito](#)

[Baixar livros de Direitos humanos](#)

[Baixar livros de Economia](#)

[Baixar livros de Economia Doméstica](#)

[Baixar livros de Educação](#)

[Baixar livros de Educação - Trânsito](#)

[Baixar livros de Educação Física](#)

[Baixar livros de Engenharia Aeroespacial](#)

[Baixar livros de Farmácia](#)

[Baixar livros de Filosofia](#)

[Baixar livros de Física](#)

[Baixar livros de Geociências](#)

[Baixar livros de Geografia](#)

[Baixar livros de História](#)

[Baixar livros de Línguas](#)

[Baixar livros de Literatura](#)
[Baixar livros de Literatura de Cordel](#)
[Baixar livros de Literatura Infantil](#)
[Baixar livros de Matemática](#)
[Baixar livros de Medicina](#)
[Baixar livros de Medicina Veterinária](#)
[Baixar livros de Meio Ambiente](#)
[Baixar livros de Meteorologia](#)
[Baixar Monografias e TCC](#)
[Baixar livros Multidisciplinar](#)
[Baixar livros de Música](#)
[Baixar livros de Psicologia](#)
[Baixar livros de Química](#)
[Baixar livros de Saúde Coletiva](#)
[Baixar livros de Serviço Social](#)
[Baixar livros de Sociologia](#)
[Baixar livros de Teologia](#)
[Baixar livros de Trabalho](#)
[Baixar livros de Turismo](#)