



**UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO**  
**CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE**  
**PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM - MESTRADO**

**PRISCILLA DUARTE SOARES CORREA**

**PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DOS NEONATOS ADMITIDOS NA  
UTI NEONATAL EM UM HOSPITAL REFERÊNCIA NA BAIXADA  
FLUMINENSE**

**RIO DE JANEIRO**

**2019**

**PRISCILLA DUARTE SOARES CORREA**

**Perfil Epidemiológico dos neonatos admitidos na UTI Neonatal em um Hospital  
Referência na Baixada Fluminense**

Dissertação apresentada à Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro, como requisito parcial para obtenção do grau de Mestre em Enfermagem.

Orientadora: Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Inês Maria Meneses dos Santos

**RIO DE JANEIRO**

**2019**

Catálogo informatizado pelo(a) autor(a)

C824      Correa, Priscilla Duarte Soares  
            Perfil Epidemiológico dos neonatos admitidos na  
            UTI Neonatal em um Hospital Referência na Baixada  
            Fluminense / Priscilla Duarte Soares Correa. -- Rio  
            de Janeiro, 2019.  
            68p

            Orientador: Inês Maria Meneses dos Santos.  
            Dissertação (Mestrado) - Universidade Federal do  
            Estado do Rio de Janeiro, Programa de Pós-Graduação  
            em , 2019.

            1. Recém-nascido. 2. Epidemiologia. 3.  
            Mortalidade infantil. I. Santos, Inês Maria Meneses  
            dos, orient. II. Título.

**PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DOS NEONATOS ADMITIDOS NA UTI  
NEONATAL EM UM HOSPITAL REFERÊNCIA NA BAIXADA  
FLUMINENSE.**

Aprovada em, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ 2019.

**Banca Examinadora**

---

**Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Inês Maria** - Presidente  
Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro - UNIRIO

---

**Dr.<sup>a</sup> Isis Vanessa Nazareth**  
Universidade Federal do Rio de Janeiro - UFRJ  
1<sup>a</sup> Examinadora

---

**Dr.<sup>o</sup> Alexandre Sousa da Silva**  
Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro - UNIRIO  
2<sup>o</sup> Examinador

---

**Dr.<sup>o</sup> Ricardo de Mattos Russo Rafael**  
Universidade Estadual do Rio de Janeiro  
1<sup>a</sup> Suplente

---

**Dr.<sup>a</sup> Leila Rangel da Silva**  
Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro - UNIRIO  
2<sup>a</sup> Suplente

***Dedico este trabalho com carinho, aos pequenos e lindos 'bebês da UTI neonatal', que fazem de cada dia um novo milagre. São anjos que o Senhor nos permite cuidar!! A vocês, meus pequenos guerreiros, grandes Heróis!!***

## AGRADECIMENTOS

À Deus, pela tua soberania e graça, proteção diária, derramando bênçãos sem medida em minha vida mesmo sem merecer. Teu amor nos constrange, traz paz que excede todo entendimento. Dono do milagre da vida, sua presença pode ser sentida em cada amanhecer, na natureza, no nascimento de um bebê e em todas as boas obras da terra. A Ele toda honra e toda glória!

Aos meus pais, Danilo e Viviane, por terem me concedido à vida e ser minha primeira referência de amor e cuidado sempre acreditando e apoiando meus sonhos. Vocês são os melhores pais que eu poderia ter. Agradeço a Deus por ter escolhido vocês como meus pais, exemplos para minha vida. Amo vocês!

Ao Felipe, por ser meu marido, meu amor, minha paixão. Sua companhia maravilhosa me incentivou nos momentos bons e ruins. A tua paciência e compreensão me fizeram ter força para continuar. No seu abraço encontrei a força que precisava para prosseguir. Amo-te muito, muito, muito!

À Anna Clara, minha filha tão amada. Seu nascimento foi um presente de Deus para mim, sua existência é o que me impulsiona a ser uma pessoa melhor a cada dia. Amo mais que própria vida!

Aos meus sogros, Regina e Derly (*em memória*), por todo cuidado, carinho e preocupação com que sempre tem por mim, vocês são presentes que a vida me deu.

Aos meus queridos e amados irmãos, Fernando, Lucas e Danilo Filho cada um com seu jeito irmão de ser, sempre prontos a ajudar, base segura de amor. Amo vocês.

À toda minha grande família, que mesmo distante, torce pelo meu sucesso.

À Profª Inês, minha orientadora, por todo o conhecimento compartilhado nas valiosas orientações e por acreditar no meu potencial. Te admiro!

À Raquel, minha grande amiga, seu apoio e sua presença marcaram minha vida e agora mãe do meu, na qual já amo mesmo antes de existir. Sua contribuíram nesse trabalho foi decisório para a conclusão. Amo vocês.

À Marilene, minha companheira de trabalho, dupla fiel, sempre firme nos plantões sejam eles bons ou não tão bons assim.

Ao meu plantão SN2 do HEAPN, obrigada por compreender os momentos de cansaço e por me ajudarem nessa caminhada, vocês são as melhores técnicas de enfermagem que uma enfermeira poderia ter e juntas integramos a equipe melhor que há!

Aos professores, Isis, Alexandre, Ricardo e Leila, por aceitarem avaliar este estudo, contribuindo para o seu aprimoramento e sua concretização. Valeu a pena cada correção, sugestão e elogio. Vocês foram fundamentais nesse caminhar!

À UTI neonatal do Hospital Adão Pereira Nunes, por ser berço de minhas aprendizagens práticas no cuidado a recém-nascidos e suas famílias. Agradecimentos especiais à coordenação médica e coordenação de enfermagem, que disponibilizaram os dados para realização do trabalho. Vocês fazem diferença na vida de muitos pais e bebês!

Aos demais professores e amigos, pelo carinho que compartilhamos.

## DEPOIMENTO DE UMA ENFERMEIRA NEONATOLOGISTA

“Quase todo o mundo sabe que eu sou enfermeira. Uma enfermeira da UTI neonatal. Muita gente pensa que isto significa alimentar e ninar bebês, o que, ocasionalmente, eu tenho mesmo o privilégio de fazer, mas o meu trabalho exige muito mais do que isso.

Eu cuido de bebês nascidos cedo demais para conseguirem sobreviver sem a medicina moderna. Bebês colocados em respiradores, com monitoramento e medicamentos que salvam a sua vida.

Eu os avalio, cuido deles, faço exames, coloco no soro e dou remédios. Eu ensino um pai de primeira viagem a trocar a fralda do filhinho frágil pela primeira vez na vida. Eu coloco esses bebês no peito de suas mães (frequentemente com muitos fios e tubos conectados), depois de dias e às vezes até semanas em que elas não puderam segurá-los no colo.

Eu conforto aquela mãe enquanto ela vê o seu bebezinho frágil passar por uma quantidade de espetadas, agulhadas e procedimentos maior do que a maioria de nós vai passar na vida inteira. Eu celebro com os pais cada conquista: cada resultado positivo no exame de sangue, cada grama que foi ganho, cada tubo que foi retirado.

Eu me alegro no dia em que os pais finalmente levam seu bebê para casa, depois de terem passado meses dentro da UTI. Eu presencio milagres! Eu vejo pequenas vidas voltarem e vencerem probabilidades insuperáveis. Mas, às vezes, não. Eu ajudo a ressuscitar bebês quando o seu coração para e seu corpinho simplesmente não aguenta mais.

Eu me culpo pensando no que poderíamos ter feito melhor ou diferente quando todas as opções médicas acabam. Eu entrego essas pequenas vidas aos seus pais quando elas dão o seu último suspiro, quando a ciência e a medicina não são suficientes. Eu dou medicações a eles para deixá-los confortáveis nos seus últimos momentos aqui na Terra.

Eu ajudo a fazer moldes e lembranças que as suas famílias guardarão para sempre. Eu divido memórias com a família, e nós rimos e choramos no meio de tudo isso. A UTI vira a casa deles. Eu abraço os familiares deles quando eles saem do quarto do bebê pela última vez, e espero que as minhas palavras tenham dado algum conforto a eles.

Às vezes eu choro no meu carro, voltando para casa, no chuveiro, ou enquanto tento dormir antes de trabalhar cuidando de outras pequenas vidas.

Eu me apoio em meus colegas. Os outros profissionais com os quais eu tenho tanta sorte de trabalhar. Eu os procuro por causa dos seus conhecimentos, sabedoria e força.

Sim, o meu ‘trabalho’ é de enfermeira de UTI neonatal. Mas ele me prova, tantas vezes, que é muito mais do que isso”.

*Brittany French, (2017).*



## RESUMO

**CORREA, P. D. S. Perfil epidemiológico dos neonatos admitidos na UTI neonatal em um hospital referência na Baixada Fluminense.** 2019. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2019.

Esta pesquisa tem por objeto de estudo: O perfil dos recém-nascidos internados na Unidade de Terapia Intensiva (UTI) neonatal em um hospital da Baixada Fluminense. Os objetivos foram: 1) descrever o perfil epidemiológico dos neonatos internados na UTI neonatal de um hospital referência em gestação de alto risco na Baixada Fluminense. 2) estudar relações entre as condições clínicas dos recém-nascidos e a morbimortalidade infantil na UTI neonatal do hospital referência em gestação de alto risco na Baixada Fluminense. O presente estudo foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro (UNIRIO), sendo aprovado por meio do Parecer nº 2.708.887, em 12 de junho de 2018. Trata-se de uma pesquisa de natureza quantitativa. O cenário de estudo foi um hospital de referência em gestação de alto risco na Baixada Fluminense, localizado no município de Duque de Caxias – RJ. Os sujeitos da pesquisa foram 1.740 recém-nascidos admitidos na unidade entre os anos de 2014 a 2017. Constatou-se que o perfil dos recém-nascidos admitidos na UTI neonatal do hospital pesquisado foi de recém-nascidos com diagnóstico de prematuridade, sexo masculino, idade gestacional de 28 a 33 semanas e 6 dias, baixo peso ao nascer apresentando boas condições no APGAR 1º a 5º minuto. Quanto à necessidade de assistência ao nascer, 40% necessitaram de ventilação com pressão positiva (VPP), 31% foram intubados, 5% receberam massagem cardíaca e 3,8% receberam adrenalina em sala de parto. Visto que a saúde do recém-nascido tem início no período gestacional, este estudo demonstra a necessidade de melhorias na assistência pré-natal a fim de evitar causas previsíveis de nascimento prematuro, bem como sugere a implantação do Método Canguru no hospital pesquisado, pois esse método é a principal política pública voltada à clientela encontrada na pesquisa.

Descritores: Recém-nascido; Epidemiologia; Mortalidade infantil.

## ABSTRACT

CORREA, P. D. S. **Epidemiological profile of neonates admitted to neonatal ICU in a reference hospital in Baixada Fluminense.** 2019. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2019.

This research aims to study: The profile of newborns admitted to the neonatal Intensive Care Unit (ICU) in a hospital in Baixada Fluminense. The objectives were: 1) to describe the epidemiological profile of neonates admitted to the neonatal ICU of a high-risk pregnancy reference hospital in Baixada Fluminense. 2) to study the relations between the clinical conditions of newborns and infant morbidity and mortality in the neonatal ICU of a high-risk pregnancy reference hospital in Baixada Fluminense. This study was submitted to the Research Ethics Committee of the Federal University of the State of Rio de Janeiro (UNIRIO) and was approved under the Opinion No. 2,708,887 on June 12, 2018. This is a quantitative research. The study scenario was a high-risk pregnancy reference hospital in Baixada Fluminense, located in the municipality of Duque de Caxias - RJ. The study subjects were 1.740 newborns admitted to the unit between the years of 2014 and 2017. It was found that the profile of newborns admitted to the neonatal ICU of the hospital studied was that of newborns diagnosed with prematurity, male gender, gestational age from 28 to 33 weeks and 6 days, low birth weight presenting good conditions in 1 to 5 minute APGAR. As for the need for assistance at birth, 40% needed positive pressure ventilation (PPV), 31% were intubated, 5% underwent cardiac massage and 3.8% received adrenaline in the delivery room. Since newborn health begins in the gestational period, this study demonstrates the need for improvements in prenatal care in order to avoid predictable causes of premature birth and suggests the implementation of the Kangaroo Method in the researched hospital, since this method is the main public policy focused on the clientele found in the research.

Keywords: Newborn; Epidemiology; Child mortality.

## SUMÁRIO

<b>CAPÍTULO 1 – INTRODUÇÃO .....</b>	<b>15</b>
1.1- Apresentação.....	15
1.2- Introdução .....	17
Objeto de Estudo.....	19
Objetivos.....	19
Justificativa.....	20
<b>CAPÍTULO 2 — REFERÊNCIAS CONCEITUAIS.....</b>	<b>21</b>
2.1- Políticas Públicas de Atenção à Saúde da Criança .....	21
2.2- Recém-Nascido de Alto Risco: Definições, Classificação e Fatores de Risco	27
<b>CAPÍTULO 3 — METODOLOGIA.....</b>	<b>30</b>
3.1- Natureza da Pesquisa.....	30
3.2- Cenário da Pesquisa.....	30
3.3- Aspectos Éticos da Pesquisa.....	31
3.4- Coleta de Dados.....	31
3.5- Amostra.....	40
<b>CAPÍTULO 4 — RESULTADOS E DISCUSSÃO DOS DADOS.....</b>	<b>42</b>
4.1. Resultados .....	42
4.2. Discussão dos Resultados .....	49
<b>CAPÍTULO 5 — CONSIDERAÇÕES INICIAIS.....</b>	<b>58</b>
<b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....</b>	<b>59</b>

APÊNDICE 1 – Instrumento de Coleta de Dados – RNs admitidos na UTI neonatal do HEAPN– 2014 a 2017	63
APÊNDICE 2 – Planilha para análise dos dados .....	64
ANEXO 1 — Parecer favorável do Comitê de Ética em Pesquisa.....	65

## **LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS**

Aidpi	Atenção Integrada às doenças prevalentes na infância
BLH	Bancos de Leite Humano
ECA	Estatuto da Criança e do Adolescente
EEAP	Escola de Enfermagem Alfredo Pinto
EQN	Estratégia QualiNEO
ESF	Estratégia Saúde da Família
HIV	Vírus da Imunodeficiência Humana
IHAC	Iniciativa Hospital Amigo da Criança
MI	Mortalidade Infantil
MS	Ministério da Saúde
NuPEEMC	Núcleo de Pesquisa, Experimentação e Estudos em Enfermagem na Área da Mulher e da Criança
OMS	Organização Mundial da Saúde
OPAS	Organização Pan-Americana de Saúde
PACS	Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PAISC	Programa de Assistência Integral a Saúde da Criança
PNI	Programa Nacional de Imunizações
PNIAM	Programa Nacional a Incentivo ao Aleitamento Materno
PPGENF	Programa de Pós-Graduação em Enfermagem
PROASP	Programa de Assistência à Saúde Perinatal
PSF	Programa Saúde da Família
PSMI	Programa de Saúde Materno Infantil
RN	Recém-nascido
UTI	Unidade de Terapia Intensiva
UNIRIO	Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro
VPP	Ventilação com pressão positiva

## LISTA DE TABELAS

Tabela 1	Distribuição das admissões por ano na UTI neonatal do HEAPN. (n=1.758).....	37
Tabela 2	Participação na pesquisa. (n=1.758).....	38
Tabela 3	Aspectos Biológicos do RN admitido na UTI neonatal (n=1.740)..	41
Tabela 4	Caracterização dos dados dos recém-nascidos internados em unidade neonatal do HEAPN.....	37
Tabela 5	Características assistenciais de nascimento do RN de alto risco admitido na UTI neonatal. (n = 1740).....	44
Tabela 6	Distribuição das variáveis segundo o diagnóstico de internação dos recém-nascidos na UTI neonatal – HEAPN (n=1740)	46

## CAPÍTULO I - INTRODUÇÃO

---

### 1.1. APRESENTAÇÃO

O presente estudo integra a linha de pesquisa do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem – Mestrado (PPGENF): Saúde, História e Cultura: Saberes em Enfermagem. Está inserido na pesquisa institucional intitulada “Perspectivas atuais da assistência de enfermagem perinatal brasileira: reflexões acerca do cuidado de enfermagem”; e no Núcleo de Pesquisa, Experimentação e Estudos em Enfermagem na Área da Mulher e da Criança (NuPEEMC) do Departamento de Enfermagem Materno-Infantil, da Escola de Enfermagem Alfredo Pinto, da Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro (UNIRIO).

É uma pesquisa oriunda da minha vivência na assistência intensiva neonatal e no meu envolvimento e aproximação com a temática em questão: perfil do recém-nascido de alto risco.

A proximidade com a área infantil esteve presente desde a graduação e o desejo em contribuir para promoção a saúde da criança desde o acompanhamento da mulher no ciclo gravídico puerperal, incluindo o interesse por atividades educativas com a clientela no nível primário de atenção à saúde. Mas foi durante o período de internato que reflexões acerca do cuidado de Enfermagem ao neonato de risco se tornaram mais evidente.

A práxis como enfermeira na Unidade Terapia Intensiva (UTI) neonatal reforçou o interesse pela saúde neonatal. As observações da prática e os conhecimentos teóricos adquiridos me serviram de fundamentos para repensar meu saber/fazer no cuidado ao recém-nascido de alto risco.

Neste contexto, o conhecimento das características clínicas da população atendida e os fatores envolvidos possibilitam o planejamento do atendimento mais adequado aos recém-nascidos que necessitam de internação na UTI neonatal. Assim, o estudo em questão é fruto das minhas inquietações, nas quais observo a necessidade de traçar o perfil do neonato de risco identificando suas necessidades de cuidado a fim de aperfeiçoamento, visto que, em dimensão pública a mortalidade neonatal tem grande impacto na mortalidade infantil.

No mestrado, a definição em trabalhar com a temática: perfil do recém-nascido de alto risco deu-se após encontros com a orientadora, assim como leituras sobre políticas,

programas e ações da Organização Mundial de Saúde (OMS) e, a nível nacional, do Ministério da Saúde (MS), subsidiaram o desenho dessa pesquisa, manifestando a necessidade de estudar a temática na Baixada Fluminense. A compreensão das ações preconizadas pelos órgãos supracitados e o alto índice de mortalidade infantil no período neonatal norteou a problematização desse trabalho.

Uma introdução problematizadora, aponta questões importantes sobre situações de risco e saúde neonatal, apresentando os fatores de risco para os altos índices de mortalidade infantil principalmente no período neonatal.

Em seguida, apresenta as Referências Conceituais abordando os seguintes itens: Políticas Públicas de Atenção à Saúde da Criança; Recém-Nascido de Alto Risco: Definições, Classificação e Fatores de Risco, na qual embasaram teoricamente a pesquisa em questão.

Posteriormente, discorre sobre o referencial teórico metodológico e as estratégias de investigação seguida da análise e discussão dos dados encontrados. Por fim, as considerações finais.

Considerando a relevância da temática a nível nacional, destaca-se a importância da pesquisa para a avaliação das políticas públicas e pactos firmados em prol da diminuição da mortalidade infantil.



## 1.1. INTRODUÇÃO

O período neonatal, compreendido entre o nascimento até 28 dias de vida, é o momento de maior vulnerabilidade na vida do ser, compreende a adaptação do meio intrauterino para o meio extrauterino. Essa adaptação está ligada diretamente a fatores ambientais e biológicos na qual o neonato é submetido no período gestacional (MARQUES *et al*, 2018).

A condição de saúde do recém-nascido (RN) está intimamente ligada às condições socioeconômicas e culturais das famílias e a qualidade da assistência ao pré-natal, parto e nascimento na qual a mãe é submetida, bem como a assistência ao recém-nascido em sala de parto e nas unidades neonatais sendo esses fatores ambientais que influenciam na qualidade de saúde do RN (SILVA *et al*, 2014).

Dentre os fatores ambientais de risco para a saúde do RN destacam-se a mãe menor de 18 anos, mãe analfabeta, parto extra-hospitalar, número de irmãos vivos maiores ou igual a três, número de irmãos mortos maior ou igual a um, chefe da família desempregado, mãe sem companheiro, residente em área de risco (bairros periféricos listados na ficha de notificação e que têm em comum a urbanização precária pela falta de pavimentação, esgoto a céu aberto e as dificuldades de acesso aos serviços de saúde pela distância e pela precariedade dos meios de transporte coletivo), mãe sem seguimento pré-natal e dependência química do pai ou mãe ao álcool, ao fumo e às drogas lícitas e ilícitas (MELO; UCHIMURA, 2011).

Os fatores biológicos são aqueles relacionados aos eventos pré, peri e pós-natais, como idade gestacional, peso de nascimento e possíveis deficiências físicas. Dentre os riscos biológicos, estão aqueles relacionados com as condições da gravidez da mãe e do nascimento do RN, tais como: baixo peso ao nascer, prematuridade, malformação congênita, índice de Apgar no quinto minuto < 7, mãe com sorologia positiva para o Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV) ou outras doenças transmissíveis e mãe portadora de doença mental (MELO; UCHIMURA, 2011).

Assim, o nascimento do recém-nascido enfermo com necessidade de internação na UTI neonatal tem forte impacto no aumento das taxas de morbimortalidade infantil. Apesar da expansão das UTI Neonatais, dos avanços dos recursos técnico-científicos, terapêuticos e humanos, bem como a ampliação das políticas públicas de atenção à saúde materna infantil possibilitaram melhora na sobrevivência das crianças nascidas cada vez mais

prematuras e baixo peso, porém, os índices de morbidade e mortalidade infantil ainda são estatisticamente significativos e preocupantes (BEZERRA et al, 2016).

A mortalidade infantil (MI) representa um problema de saúde pública visto que, na maioria das vezes, são consideradas mortes evitáveis. Este tipo de ocorrência é um indicador da situação de saúde mensurando a qualidade de vida da população. Tal coeficiente é padronizado internacionalmente como número de óbitos de crianças abaixo de um ano sobre o número de nascidos vivos que ocorreram em determinado tempo, período e local. Pode ser classificada em Mortalidade Neonatal (0 a 28 dias de vida) e Mortalidade Pós Neonatal (29 dias a 1 ano) (BRASIL, 2016).

Dessa maneira, a mortalidade neonatal pode ainda ser subdividida em dois grupos: mortalidade neonatal precoce que compreende óbitos de recém-nascidos de 0 a 6 dias completos e mortalidade neonatal tardia que compreende óbitos de recém-nascidos de 7 a 28 dias de vida (BRASIL, 2016).

A MI está vinculada a causas preveníveis e ocorre como consequência de um conjunto de fatores biológicos, sociais, culturais associadas a condições precárias de saneamento e acesso aos cuidados de saúde. Portanto, a redução deste índice está condicionada ao compromisso de melhorar as condições de vida da população, a assistência e o cuidado em saúde, combater doenças, minimizar as desigualdades de acesso e a melhoria nos serviços de saúde, em especial a assistência ao pré-natal, parto e ao recém-nascido (SILVA et al, 2014).

Todavia, as causas de morte entre esses componentes se comportam de maneira diferente, sofrendo influência de diversos fatores. O componente pós-natal é mais sensível à melhoria das condições de vida e à intervenções do setor de saúde. Entretanto, o componente neonatal sofre influência de fatores relacionados à gestação, assistência ao parto e acesso à assistência neonatal, sendo mais difícil e lenta sua redução (NASCIMENTO, 2011).

Nas últimas décadas, houve uma redução considerável nos índices de MI em níveis mundiais devido às ações de promoção à saúde materna e infantil, onde se observa redução significativa da mortalidade infantil no período pós-natal. Contudo, o índice de mortalidade no período neonatal sofreu poucos avanços, apresentando-se atualmente como fator de impacto nos índices da MI e desafio mundial. No Brasil, o componente pós-natal predominou até o final da década de 80, a partir de então, prevalece o componente neonatal (SILVA et al, 2014).

A mortalidade neonatal, principal componente da MI, representa até 70% do óbito infantil em todas as regiões do Brasil, nesse contexto, o óbito neonatal precoce corresponde cerca de 50% das mortes infantis, evidenciando a estreita relação entre os óbitos infantis e a assistência ao pré-natal, parto e nascimento, sugerindo assim, falha na qualidade de assistência obstétrica e neonatal. Para tanto a saúde do recém-nascido deve ter início no período pré-natal, haja vista que as condições associadas à saúde materna influenciam diretamente no desenvolvimento fetal e infantil (SOARES, 2010).

Supracitada situação também está vinculada a causas preveníveis, relacionadas ao acesso e utilização dos serviços de saúde. Observa-se que as causas mais comuns relacionadas à morbidade e óbitos em recém-nascidos, antes de completar o primeiro mês de vida, são prematuridade, asfixia, infecções neonatais e malformações congênitas, passíveis de serem controladas quando ações preventivas são estabelecidas precocemente (BRASIL, 2016).

A prematuridade é a principal causa global de morbidade e mortalidade neonatal. Kenner (2011) afirma que a imaturidade geral do RN prematuro pode levar à disfunção em qualquer órgão do sistema corporal. Sendo assim, o neonato está exposto a sofrer de uma ampla faixa de complicações, incluindo síndrome do desconforto respiratório, apneia, displasia bronco pulmonar, persistência do canal arterial, termorregulação ineficaz, hiperglicemia, hemorragia intraventricular, disfunção gastrointestinal, retinopatia, hiperbilirrubinemia e infecção.

Por essas considerações, faz-se necessário o conhecimento do perfil sócio epidemiológico dos recém-nascidos admitidos na UTI neonatal assim como a assistência prestada em sala de parto de modo a pensar em estabelecer as melhores estratégias assistenciais buscando melhorar a qualidade dos cuidados prestados.

Nesta perspectiva, a questão que subsidiou a pesquisa foi: Qual o perfil epidemiológico dos recém-nascidos admitidos na UTI neonatal? Assim, o presente estudo apresenta como objeto “o perfil dos recém-nascidos internados na UTI neonatal em um hospital da baixada fluminense”.

Foram traçados os seguintes objetivos:

1. Descrever o perfil epidemiológico dos neonatos internados na unidade de terapia intensiva neonatal de um hospital referência em gestação de alto risco na baixada fluminense.

2. Estudar relações entre as condições clínica dos recém-nascidos à morbimortalidade infantil no UTI neonatal do hospital referência em gestação de alto risco na baixada fluminense.

Este estudo justifica-se pela importância de disponibilizar informações epidemiológicas adequadas e fundamentais para embasar a criação de políticas que propiciem a superação das dificuldades relacionadas à assistência prestada e ao acesso a este serviço de saúde, bem como desenvolver intervenções preventivas e terapêuticas mais apropriadas para a clientela em questão, na região da Baixada Fluminense do Rio de Janeiro.

A pesquisa fornecerá subsídios tanto para a assistência, como para pesquisa, ensino e extensão o que contempla os pilares de sustentação da Universidade brasileira.

## CAPÍTULO II - REFERÊNCIAS CONCEITUAIS

---

### 2.1. Políticas Públicas de Atenção à Saúde da Criança

A criança, no decorrer dos anos, passou por inúmeras transformações e ocupou diferentes posições na sociedade, a infância não era percebida pela família e nem pelo Estado como uma etapa do ciclo vital, com necessidades peculiares a essa faixa etária, levando-a enfrentar diversas situações de vida e de saúde. No século XI, não era vista como um ser em desenvolvimento, com características e necessidades próprias, e sim “homens de tamanho reduzido”, vistas como substituíveis, como ser produtivo que tinha uma função utilitária para a sociedade, pois a partir dos sete anos de idade era inserida na vida adulta (ARIES, 2011).

Nesta perspectiva, tornava-se útil na economia familiar, realizando tarefas e imitando seus pais e suas mães. Havia responsabilidade legal de cumprir seus ofícios perante a coletividade. Por outro lado, a infância não era representada na vida familiar, não havia a construção do sentimento de amor. Durante muitos séculos, o sentimento e a afeição entre pais e filhos não existiam (ARAÚJO *et al*, 2014).

Assim, no século XVIII, a criança começou a ocupar espaço no âmbito social, reconhecendo esse período cronológico como uma etapa distinta e com características próprias ao desenvolvimento humano. Neste período as famílias demonstraram sentimentos de carinho e amor ao infante. Porém, o abandono permaneceu por muito tempo como uma prática aceita pela sociedade (LOPES; MOREIRA, 2013).

A prática de abandono infantil, comum da época, era evidenciada por motivo de extrema pobreza, o nascimento de um filho sem um casamento, o abandono de filhos de escravas para que estas pudessem ser mães de leite para os filhos das famílias da elite, adoecimento ou morte dos pais. Nestes casos, as crianças eram deixadas em um local chamado Roda dos Enjeitados, ou, Rodas dos Expostos, ou, Rodas pertencentes às instituições de caridades ou hospitais (ARAÚJO *et al*, 2014).

No Brasil, nem a igreja nem o Estado assumiam a responsabilidade pela criança abandonada. Ficando elas aos cuidados da sociedade, pertencentes às casas de caridades até meados do século XIX, às instituições filantrópicas até a década de 1960 e a partir do século XX a criança torna-se sujeito de direito, tornando sob cuidados do Estado. A prática ilegal e quase aberta do abandono e o fatalismo com que era aceita a mortalidade infantil revelam a indiferença com que a criança era tratada. Sendo que as condições

sanitárias e sociais também eram precárias. As crianças viviam num único cômodo, sem o arejamento adequado, condições que, por si só, agravavam a saúde, elevando os altos índices de mortalidade da época (MARCÍLIO, 2008).

Na década de 1920, devido à ascensão capitalista com vistas à produção baseada em máquina e a entrada da mulher no mercado de trabalho, levou as autoridades públicas e privadas ao olhar para o adoecimento infantil. A criança era dependente dos trabalhadores da indústria recebendo assistência médica com caráter curativo e individualizado com o foco voltado à diminuição do absenteísmo das mães no trabalho (ARAÚJO, 2014).

Nessa época, iniciaram-se discussões a respeito do aleitamento materno, visto que, se as crianças menores permanecessem doentes aumentaria o número de faltas das trabalhadoras nas indústrias. Para tanto, o estímulo ao aleitamento materno teve como meta reduzir o adoecimento infantil para que suas mães cumprissem com a jornada de trabalho (LOPES; MOREIRA, 2013).

Porém, as iniciativas mais sistematizadas de programas direcionadas às crianças ocorreram no final dos anos 60 quando foi criado o programa de saúde materno infantil (PSMI) cujas ações estavam basicamente voltadas para o acompanhamento do pré-natal, o controle dos partos domiciliares, do puerpério e também para ações de promoção à saúde da criança (COSTA et al, 2010).

A partir do século XX, ocorreram, então, mudanças no cuidado à saúde da criança, principalmente no cuidado materno infantil com enfoque na assistência à saúde da mulher e do recém-nascido com a criação de instituições de assistência pública. As enfermeiras passaram a atuar nos consultórios de higiene infantil orientando as mães quanto aos cuidados pré-natais, durante o parto, pós-parto e os cuidados com os filhos. Houve, então, modificações em relação à política de assistência à infância, com a evolução das práticas médicas e hospitalares e o avanço de tecnologias para a sobrevivência de crianças prematuras (SILVA, 2005).

Entretanto, as modificações e evolução das práticas do cuidado à saúde perinatal trouxeram como consequência a institucionalização do parto. Antes, o processo de parturição considerado natural, íntimo e feminino auxiliado apenas por parteiras, agora, hospitalizado com a presença de profissionais médicos, constituindo-se numa das tentativas de se monitorizar e controlar o desenvolvimento da população. Desde então, o entendimento sobre os processos fisiológicos e patológicos referentes à gestante, ao parto e aos recém-nascidos avançaram pelo desenvolvimento científico e tecnológico,

permitindo a intervenção médica para a melhoria das condições de saúde materno-infantil (COSTA *et al*, 2010).

A partir dos anos 70, iniciaram-se discussões sobre a universalização do cuidado no âmbito internacional, incentivadas pela Organização Mundial de saúde (OMS) e pela Organização Pan-Americana da saúde (Opas) no intuito de reduzir os níveis de morbidade e mortalidade de crianças por doenças imunopreveníveis. No Brasil, foram adotadas importantes iniciativas, das quais se destaca o Programa Nacional de Imunizações (PNI) instituído em 1973, com a ampliação da cobertura vacinal média da população, em especial às crianças (BRASIL, 2018).

Em 1981 o Programa Nacional de Incentivo ao Aleitamento Materno (Pniam) foi criado para induzir um conjunto de ações relacionadas à promoção, proteção e ao apoio ao aleitamento materno. O Programa de Assistência Integral a Saúde da Criança (PAISC) foi implantado em 1984, como estratégia de enfrentamento às adversidades nas condições de saúde infantil com objetivo de promover a saúde de forma integral, priorizando menores pertencentes a grupo de risco procurando qualificar a assistência e aumentar a cobertura dos serviços de saúde (KLOSSOSWSKI *et al*, 2016).

O sistema de saúde no Brasil, por muitos anos, manteve a saúde da criança interligada à saúde materna pelo Programa de Saúde Materno Infantil (PSMI) obtendo seu desdobramento, em 1984, nos Programas de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PAISM) e no Programa de Atenção Integral à Saúde da Criança (PAISC), o PAISC foi, sem dúvida, um grande marco para o desenvolvimento da saúde da criança em muitos aspectos (COSTA *et al*, 2010).

A ênfase nessas ações se justificava pelo perfil de morbimortalidade infantil observado à época: as principais causas de óbito em menores de um ano eram as doenças diarreicas, as infecções respiratórias e as doenças imunopreveníveis. Gomes (2004) ainda analisa que a extensa atuação nesses agravos contribuiu de forma decisiva para a diminuição da mortalidade infantil observada nas últimas décadas. Essa redução se concentrou no componente pós-neonatal da mortalidade infantil.

A seguir, em 13 de julho de 1990, foi aprovada a lei nº 8.069, que dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), assim, os mesmos passaram a adquirir um conjunto de direitos civis, sociais, econômicos e culturais de promoção e proteção à integridade física e psicológica bem como lazer e bem-estar, devendo ser amparados pela família, comunidade e Estado (PEREZ; PASSONE, 2010).

Com a aprovação do ECA, os recém-nascidos passaram a integrar as preocupações no contexto das políticas, assegurando à gestante, através do Sistema Único de Saúde (SUS), o atendimento pré e pós-parto, possibilitando condições adequadas ao aleitamento materno aos filhos de mulheres sujeitadas à medida privativa de liberdade, e também, a implantação de alojamento conjunto nos hospitais e maternidades de saúde, proporcionando a permanência do neonato junto à genitora (COSTA *et al*, 2014).

Sequencialmente, o MS instituiu o Programa de Assistência à Saúde Perinatal (PROASP) no qual priorizava a atenção perinatal nos cuidados à unidade mãe-feto e ao recém-nascido. Esta proposta organizou a assistência com o intuito de hierarquizar e regionalizar o atendimento, melhorar a qualidade da assistência ao parto e ao recém-nascido; promovendo a alojamento conjunto e reservando o berçário para os recém-nascidos de risco e incentivando o aleitamento materno (ARAUJO *et al*, 2014).

Com o objetivo de assegurar os princípios de humanização do atendimento materno infantil, em 1993 foi instituído pelo MS através da portaria GM/MS nº.1.016, a obrigatoriedade da implantação do alojamento conjunto durante o período de hospitalização do binômio em todo território brasileiro, objetivando incentivar a lactação e o aleitamento materno assim como favorecer o vínculo afetivo entre mãe e bebê e desenvolver educação em saúde durante o período de internação. Também no contexto da assistência perinatal, o MS em 1994 lançou a Iniciativa de Hospitais Amigos da Criança (IHAC) através de duas portarias: a primeira garantia o pagamento de 10% a mais sobre a assistência ao parto aos Hospitais Amigos da criança vinculados ao SUS, e a segunda estabelecia critérios para credenciamento dos hospitais como Amigos da Criança (10 passos para o sucesso do aleitamento materno) (BRASIL, 2009).

Paralelamente, nos anos 90, foi implantado o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (Pacs) e a proposta do Programa de Saúde da Família (PSF). Inicialmente inserido como programa, posteriormente, ampliando para uma estratégia de governo, Estratégia de Saúde da Família (ESF) buscou viabilizar os serviços de atenção básica nos municípios atuando na ampliação do acesso aos serviços de saúde e teve influência significativa na atenção à saúde da criança (BRASIL, 2018).

Esses programas reestruturaram os serviços de saúde dos municípios, trazendo mudanças do modelo soberano centrado na medicalização para o modelo com foco na promoção de saúde e na participação da comunidade. Essa nova forma de fazer saúde descaracteriza a passividade das pessoas e cria vínculos de saúde entre profissionais e população. Contudo, apesar dos esforços, a taxa de mortalidade infantil permanecia alta



e evidenciava as desigualdades regionais e entre grupos populacionais. Dessa maneira, houve a incorporação da estratégia Atenção Integrada às Doenças Prevalentes na Infância (Aipim) na atenção básica, principalmente nas regiões norte e nordeste do país onde índices de MI permaneciam elevados comparados aos demais estados do Brasil (MENDES, 2012).

Essa estratégia, adotada no Brasil, em 1996, de acordo com proposição da OMS e do Fundo das Nações Unidas para a Infância, tem como objetivos: a redução da mortalidade de crianças menores de cinco anos de idade, diminuição da incidência e/ou gravidade dos casos de doenças infecciosas, especialmente pneumonia, diarreia, parasitoses intestinais, meningites, tuberculoses, malária, sarampo e, também desnutrição, garantia de adequada qualidade da atenção à saúde dos menores de cinco anos, tanto nos serviços de saúde como no domicílio e na comunidade, o fortalecimento da promoção à saúde e de ações preventivas na infância (FIGUEIREDO; MELO, 2007).

Em 2000, identificou-se a necessidade de maior investimento e foco na organização e na qualificação da atenção obstétrica e neonatal, considerando-se o aumento do impacto do componente neonatal na mortalidade infantil na última década. Neste ano, o Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento (PNHN) institui a organização regionalizada e integral da atenção à saúde da gestante desde o pré-natal até o parto e o pós-parto. Incentivou ainda a qualificação e a humanização da atenção ao parto e ao recém-nascido, considerando o direito da mulher e da criança (BRASIL, 2018).

A partir do ano 2000, em consideração ao grande número de nascimentos prematuros e RNs de baixo peso, o MS lançou, pela Portaria GM/MS n° 693/2000, a Norma de Atenção Humanizada do Recém-Nascido de Baixo Peso – o Método Canguru, atualizada e substituída posteriormente pela Portaria GM/MS n° 1.683/2007 (BRASIL, 2018).

Esta proposta de atenção tem como objetivo favorecer a inserção dos pais no contexto do cuidado do recém-nascido prematuro e ou baixo peso permitindo o contato pele a pele do bebê com sua mãe e/ou pai em posição canguru de forma crescente e com liberdade de tempo proporcionando valorização da família na assistência, a minimização da separação pais-filho, o estímulo ao aleitamento materno e à competência e confiança dos pais no manuseio do bebê além de favorecer a melhora clínica e maior ganho de peso nos RNs (KLOSSOSWSKI et al, 2015).

Em 2011, foi implantada pela Portaria nº 1.459/2011 a Rede de Atenção à Saúde da Mulher e da Criança, denominada Rede Cegonha, na qual abrange uma rede de cuidados com vistas a assegurar às mulheres o direito à segurança e qualidade assistencial em todo o seu ciclo gravídico e à atenção humanizada à gravidez, ao parto e puerpério e às crianças o direito ao nascimento seguro, ao crescimento e ao desenvolvimento saudáveis (BRASIL, 2011).

A Rede Cegonha (RC) tem como proposta governamental a ampliação do acesso, acolhimento com avaliação e classificação de risco e vulnerabilidade, melhoria da qualidade de pré-natal, vinculação da gestante à unidade de referência para o parto e oferta de transporte adequado no período de pré-natal e parto, boas práticas e segurança na atenção ao parto e nascimento com garantia do acompanhante de livre escolha da gestante no período de parto, atenção integral ao lactente de 0 a 24 meses com qualidade e resolutividade e por último ações de planejamento reprodutivo (ARAÚJO et al, 2014).

Contudo, foi agregada à RC, em 2013, a Estratégia Nacional para a Promoção do Aleitamento Materno e Alimentação Complementar Saudável no Sistema Único de Saúde - “Estratégia Amamenta Alimenta Brasil”, instituída pela Portaria 1.920/2013. Tal estratégia busca intensificar a promoção, proteção e apoio a amamentação por dois anos de idade ou mais, sendo exclusiva nos primeiros seis meses de vida e complementada com alimentos saudáveis após os seis meses (BRASIL, 2018).

Nesse sentido, o Brasil fomenta estratégias no que diz respeito ao aleitamento materno, tanto nas unidades hospitalares quanto na atenção básica de saúde, tendo como exemplos de ações que vêm em processo de ampliação ao longo dos anos: a Iniciativa Hospital Amigo da Criança (IHAC), os Bancos de Leite Humano (BLH) e os postos de coleta de Leite Humano.

Além disso, um conjunto de leis de proteção ao aleitamento como o Programa Empresa Cidadã que prorroga por 60 dias a duração da licença maternidade, a Norma Brasileira de Comercialização de Alimentos para lactentes, criança de primeira infância, bicos, chupetas e mamadeiras (NbcAl) e a Lei nº 11.265/2006 regulamentada pelo Decreto nº 8.552/2015, que estabelece critérios para comercialização de alimentos para lactentes e crianças de primeira infância (BRASIL, 2018).

Nessa direção de atenção à saúde do neonato, o Brasil possui como principal problemática no contexto de mortalidade infantil a difícil diminuição dos índices de mortalidade neonatal, apresentando, em 2017, a “Estratégia Quine-o (EQN)” na qual agrega ações no PNAISC de qualificação da assistência aos recém-nascidos como

recepção do RN no local de nascimento, realização das boas práticas (contato pele a pele, amamentação na primeira hora de vida, clampeamento do cordão umbilical em tempo oportuno e a garantia do acompanhante), triagem neonatal eficaz, IHAC, Método Canguru, Reanimação e Transporte Neonatal, prevenção e investigação do óbito infantil (BRASIL, 2016).

O progresso histórico da participação da criança na sociedade assim como a assistência voltada à essa população, apresentou grandes avanços, tendo como resposta a redução da MI principalmente no período pós-natal e o estabelecimento de diversas políticas públicas de saúde que melhoraram de forma significativa a qualidade de vida dessa clientela.

No entanto, existe um longo e difícil caminho a percorrer, pois o cuidado à saúde da criança encontra-se em um processo de construção, em um movimento de mudanças de paradigma do modelo centrado na patologia e na criança, para um modelo de construção de redes, em prol da inclusão da família e da integridade do cuidado pautado no foco de promoção de saúde através de uma atenção preventiva (ARAÚJO et al, 2014).

## **2.2. Recém-Nascido de Alto Risco: Definições, Classificação e Fatores de Risco**

O recém-nascido (RN) de risco é definido como aquele que, independentemente do peso de nascimento e idade gestacional, apresenta risco mais elevado comparado aos demais RN de morbidade e mortalidade em virtude de distúrbios ou condições superpostas ao curso normal de eventos associados com o nascimento e a adaptação à existência extrauterina. O período de risco neonatal compreende desde o momento de viabilidade (idade gestacional em média a partir de 23 semanas) até 28 dias de vida e engloba ameaça à vida e à saúde desse ser durante os períodos pré, peri e pós-natal (HACKENBERRY; WILSON, 2014).

O RN de risco pode ser identificado no pré-natal através da avaliação criteriosa e sistematizada a gestante, visto que as condições maternas acometem diretamente o feto, durante o período de parto apresentando qualquer intercorrência neste período como trabalho de parto prolongado, ruptura precoce das membranas, líquido amniótico fétido ou com presença de mecônio entre outras. Até mesmo pode ocorrer uma gestação de baixo risco e parto adequado, porém, ao nascer o RN pode apresentar dificuldade na adaptação ao meio extrauterino e necessidade de internação na UTI neonatal (SILVA; VIEIRA, 2008).

O Ministério da Saúde pondera que o RN de risco apresenta no mínimo um destes elementos: baixo peso ao nascer (<2500g), idade gestacional inferior a 37 semanas, nível de APGAR menor que 7 no quinto minuto (asfixia grave), internação ou intercorrência na maternidade no período gestacional; mãe adolescente (< 18 anos), mãe com pouca instrução (< 8 anos de estudo), residência em área de risco; história de morte de crianças (< 5 anos) na família, mãe HIV positivo (FORMIGA; SILVA; LINHARES, 2018).

A população de RN de alto risco é heterogênea e são frequentemente classificados conforme seu peso de nascimento, idade gestacional e problemas fisiopatológicos predominantes que norteiam à assistência qualificada a cada recém-nascido, permitindo, assim, definir grupos de maior risco de morbi/mortalidade e a partir de então planejar ações preventivas e terapêuticas adequadas (HACKENBERRY; WILSON, 2014).

Quanto à idade gestacional (IG), os recém-nascidos são classificados como:

- Recém-nascido pré-termo: IG inferior a 37 semanas.
- Recém-nascido a termo: IG entre 37 e 41 semanas completas
- Recém-nascido pós-termo: IG gestacional igual ou superior a 42 semanas. (BRASIL, 2016)

A prematuridade é fator de risco para várias patologias, lesões e sequelas. Em função disso, o grupo de prematuros é reclassificado para melhor avaliar o risco em função do grau de prematuridade. Com base em características biológicas, os prematuros podem ser divididos em três subcategorias:

- Tardio – idade gestacional de 34 a 37 semanas incompleta de gestação. Correspondem a 84% do total mundial de nascimentos prematuros (12,5 milhões) sendo que a maioria sobrevive e, geralmente, necessitam apenas cuidados de suporte.
- Moderado – idade gestacional de 28 a 34 semanas incompletas. Tais bebês necessitam de um suporte de vida mais avançado, entretanto, a maioria, quando bem conduzida, vai sobreviver.
- Extremamente prematuro – idade gestacional inferior a 28 semanas. Estes recém-natos são de extremo risco e precisam de suporte de terapia intensiva envolvendo cuidados sofisticados e caros. Ainda assim, a chance de sobrevivência desses bebês em países desenvolvidos chega a 90%, embora muitos possam conviver com algumas incapacidades físicas, neurológicas e cognitivas. (BRASIL, 2016)

Nos países subdesenvolvidos ou de baixa renda, apenas 10% dos RN extremamente prematuros sobrevivem (BLENCOWE et al., 2012).

O peso é importante fator de avaliação das condições intrauterinas em que o RN foi submetido durante a gravidez, é também o principal referencial de detecção de risco

aumentado, sendo em escala inversamente proporcional, ou seja, quanto maior o risco, menor o peso de nascimento. O Ministério da Saúde (2016) define como RN de baixo peso todos os bebês com peso inferior a 2.500 gramas independente da idade gestacional, e ainda subdivide o RN baixo peso em três subgrupos:

- Extremo baixo peso ao nascer: < 1000g
- Muito baixo peso ao nascer: 1000g a 1500g
- Baixo peso: 1501g a 2500g (BRASIL, 2016)

Antigamente, considerava-se que o peso ao nascimento retratava com exatidão a idade gestacional, dessa forma, se o peso de nascimento do recém-nascido fosse maior que 2.500 g, ele seria conceituado desenvolvido. Porém, atentou-se que as taxas de crescimento intrauterino não condizem para todos os fetos, e que outras condições (p. ex., hereditariedade, insuficiência placentária, doença materna) desempenham também influência no crescimento intrauterino e no peso ao nascimento. A partir disso, desenvolveu-se um sistema de classificação com dados mais significativos, incluindo o peso ao nascimento, idade gestacional e a evolução neonatal (HACKENBERRY; WILSON, 2014). Assim, a classificação de peso x idade gestacional ficou:

- Adequado para a idade gestacional (AIG): peso de nascimento entre o percentil (p) 10 e 90 na curva de crescimento.
- Pequeno para a idade gestacional (PIG): peso de nascimento abaixo do p10.
- Grande para a idade gestacional (GIG): peso de nascimento acima do p90.
- Retardo de crescimento intrauterino (RCIU) – Encontrado em recém-nascidos cujo crescimento intrauterino é restringido (utilizado algumas vezes como referência ao recém-nascido PIG) (BRASIL, 2016)

O parto prematuro e o retardo de crescimento intrauterino representam os dois principais fatores, isolados ou associados, para o nascimento de bebês baixo peso ao nascimento, assim como recém-nascidos classificados como PIG são mais vulneráveis às lesões e sequelas (VIANA et al, 2013).

## **CAPÍTULO III - METODOLOGIA**

---

### **3.1. Natureza da Pesquisa**

Utilizou-se uma abordagem de natureza quantitativa, descritiva e de base populacional com informações geradas através do prontuário eletrônico.

Os estudos descritivos descrevem padrões de doenças em relação a variáveis relativas a pessoas, lugares e tempo. Os dados provenientes dos estudos descritivos são essencialmente utilizados por gestores públicos de saúde no reconhecimento de populações ou subgrupos populacionais que mais são afetados por doenças, permitindo uma maior eficiência de recursos alocados, atingindo segmentos específicos da população em programas de educação e prevenção (HENNEKENS, 1987).

### **3.2. Cenário da Pesquisa**

O Hospital Estadual Adão Pereira Nunes (HEAPN) inaugurado em 1998 está localizado em Saracuruna - Duque de Caxias – Rio de Janeiro - Brasil. Integra a rede estadual de saúde, é especializado no atendimento as gestantes e recém-nascidos de médio e alto risco, sendo a unidade referência para esse atendimento na Baixada Fluminense. O fluxo da clientela é contínuo e se dá por atendimento de demanda espontânea e referenciada.

Supracitado Hospital oferece atendimento à mulher no período gestacional de alto risco, colposcopia, ultrassonografia e cardiotocografia. Ainda possui 51 leitos de alojamento conjunto, 12 leitos de Unidade de Terapia Intensiva Neonatal e 8 Unidades Intermediárias Neonatal.

A Unidade de Terapia Intensiva Neonatal atende em média 20 pacientes/dia, com média de internação de 20 pacientes por mês e tempo de internação variável dependendo do diagnóstico e complicações estabelecidas por cada paciente.

Conta com estrutura física e com profissionais capacitados para o suporte neonatal de risco e possui ambulância própria que proporciona maior agilidade no transporte de pacientes com indicação para a internação e exames externos. O quadro de funcionários é composto por: Equipe médica – coordenador médico, dois médicos rotina, três plantonistas médicos por plantão. Equipe de enfermagem: enfermeira coordenadora, enfermeira rotina, duas enfermeiras plantonistas, oito técnicos de enfermagem plantonistas, fisioterapeuta plantonista 24 horas.

### **3.3. Aspectos Éticos da Pesquisa**

Em conformidade com as diretrizes nacionais e internacionais para pesquisa com seres humanos do Conselho para a Organização Internacional de Ciências Médicas (CIMS) e da resolução nº 466/12-CNS-MS do Conselho Nacional de Saúde, o presente projeto foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa sendo aprovado em 12 de Junho de 2018, sob o parecer número: 2.708.887 (ANEXO 1). Com autorização do diretor do hospital para acesso ao prontuário eletrônico da unidade; do coordenador médico e coordenadora de enfermagem da UTI Neonatal para acesso ao sistema computacional adotado.

### **3.4. Coleta de Dados**

A coleta de dados foi realizada entre junho a outubro de 2018, no sistema de prontuário eletrônico chamado Epi Med® que contém as variáveis da pesquisa (determinantes biológicos do RN, determinantes assistenciais e determinantes de morbidade fatores de risco), dos recém-nascidos internados na UTI Neonatal do Hospital Estadual Adão Pereira Nunes.

O recorte temporal foi de 1º de janeiro de 2014 a 31 de dezembro de 2017.

O critério de inclusão foi ser recém-nascido internado na UTI Neonatal, cadastrado no sistema de prontuário eletrônico no período determinado. Foram excluídos aqueles recém-nascidos cujos dados fossem inconsistentes ou incompletos no prontuário eletrônico.

Os dados foram armazenados em uma planilha única criada no programa Excel®, sendo tratados pela pesquisadora.

### **3.5. Variáveis da Pesquisa**

#### **3.5.1. Determinantes Biológicos do RN**

- **Idade Gestacional**

A avaliação da Idade Gestacional (IG) é de grande importância para o atendimento do RN, uma vez que é por meio dessa avaliação que podem ser realizados os cuidados específicos para todos os RN, direcionando o tratamento e cuidado prestado (TAMEZ, 2013).

Ela pode ser expressa em semanas ou em dias completos, decorrido entre o primeiro dia da última menstruação normal da mulher grávida e o nascimento. A IG pode

ser estimada pela ultrassonografia obstétrica precoce (se realizada no primeiro trimestre da gestação) ou pelo exame físico do recém-nascido através método de Capurro ou Ballard rotineiramente realizado no atendimento em sala de parto (CAPURRO et al., 1978). O método Ballard foi o utilizado na pesquisa pelo fato de ser o padronizado para avaliação da idade gestacional pós-natal na instituição e de ser o único dado encontrado em todos os prontuários. A idade gestacional está categorizada, segundo Tamez (2013):

- ♥ Pré-termo extremo: < 28 semanas
- ♥ Pré-termo moderado: 28 semanas a 33 semanas e 6 dias
- ♥ Pré-termo Tardio: 34 semanas a 36 semanas e 6 dias
- ♥ A Termo: 37 semanas a 41 semanas e 6 dias
- ♥ Pós-termo: > 42 semanas (BRASIL, 2016)

- **Peso de Nascimento**

Peso de nascimento do RN mensurado em sala de parto descrito em gramas, classificado, segundo Tamez (2013):

- ♥ Extremo baixo peso ao nascer: < 1000g
- ♥ Muito baixo peso ao nascer: 1000g a 1500g
- ♥ Baixo peso: 1501g a 2500g
- ♥ Peso normal: > 2500g

- **Sexo**

Caracterizado em Feminino ou Masculino.

### 3.5.2. Determinantes Assistenciais

- **Escala de Apgar**

O índice de Apgar é um parâmetro utilizado na avaliação do RN na sala de parto, consiste na avaliação de cinco sinais: frequência cardíaca (FC), esforço respiratório, tônus muscular, irritabilidade reflexa e cor (BRASIL, 2014).

Quadro 1: Escala de Apgar



Sinal	0	1	2
Frequência cardíaca	Ausente	Lenta (abaixo de 100 batimentos por minuto)	Maior que 100 batimentos por minuto
Respiração	Ausente	Lenta, irregular	Boa, chorando
Tônus muscular	Flácido	Alguma flexão nas extremidades	Movimento ativo
Irritabilidade reflexa	Sem resposta	Careta	Tosse, espirro ou choro
Cor	Azul, pálido	Corpo rosado, extremidades azuis	Completamente rosado

Fonte: Ministério da Saúde, 2014.

A avaliação é realizada no 1º e 5º minuto após o nascimento atribuindo-se a cada um dos sinais uma pontuação de 0 a 2. O somatório da pontuação resultará no índice de Apgar. O Ministério da Saúde (2013) define boa vitalidade ou grau de asfixia:

- ♥ 0 – 2: Asfixia de grau grave
- ♥ 3 – 4: Asfixia de grau moderado
- ♥ 5 – 7: Asfixia de grau leve
- ♥ 8 – 10: Boa vitalidade

O índice de Apgar não deve ser utilizado como meio de avaliar a necessidade de reanimação. Sua aplicação permite avaliar a resposta do paciente às manobras realizadas e a eficácia delas (TAMEZ, 2013).

- **Ventilação com pressão positiva (VPP) em sala de parto**

A VPP é indicada para RN que apresenta FC menor que 100 bpm, apneia e/ou respiração irregular, após execução dos passos iniciais (prover calor e permeabilidade das vias aéreas) nos primeiros 30 segundos. A ventilação pulmonar é o procedimento mais simples, importante e efetivo na reanimação do recém-nascido em sala de parto deve ser realizado na frequência de 40 a 60 movimentos por minuto, de acordo com a regra prática “aperta/solta/solta/”. A insuflação dos pulmões acarreta dilatação da vasculatura pulmonar, permitindo que a hematose possa ocorrer de forma apropriada (BRASIL, 2011).

- **Ventilação com cânula traqueal (Intubação orotraqueal) em sala de parto**

As situações mais frequentes para indicação de intubação orotraqueal incluem: ventilação com máscara facial inefetiva, ou seja, se após a correção de possíveis problemas técnicos relacionados ao seu uso não há melhora clínica do RN; ventilação

com máscara facial prolongada; e necessidade de aplicação de massagem cardíaca e/ou de adrenalina. Além dessas situações, a intubação oro-traqueal é obrigatória em RN com algumas anomalias congênitas e deve ser considerada em RN prematuros extremos, que poderão receber surfactante exógeno profilático de acordo com a rotina do serviço (BRASIL, 2011).

Supracitado procedimento deve ser realizado por profissional qualificado minimizando os riscos de complicações como hipoxemia, apneia, bradicardia, pneumotórax, laceração de tecidos moles, perfuração de traqueia ou esôfago, além de maior risco de infecção. A confirmação da posição se dá na prática pela posição da cânula por meio da inspeção do tórax, auscultação das regiões axilares e gástrica, visualização de condensação na cânula traqueal e observação da FC (BRASIL, 2011).

- **Massagem Cardíaca em sala de parto**

A asfixia pode desencadear vasoconstrição periférica, hipoxemia tecidual, diminuição da contratilidade miocárdica, bradicardia e, eventualmente, parada cardíaca. A ventilação adequada reverte esse quadro na grande maioria dos casos, porém, a massagem cardíaca deve ser iniciada, após 30 segundos de ventilação adequada em RN intubado que apresenta FC inferior a 60 bpm (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2011).

No RN, a massagem cardíaca e ventilação são realizadas de forma sincrônica, mantendo-se uma relação de 3:1, ou seja, 3 movimentos de massagem cardíaca para 1 movimento de ventilação, com uma frequência de 120 eventos por minuto (90 movimentos de massagem e 30 ventilações) (BRASIL, 2011).

- **Uso de adrenalina na sala de parto**

A adrenalina está indicada quando a ventilação adequada e a massagem cardíaca efetiva não elevaram a FC acima de 60 bpm. Recomenda-se sua administração por via endovenosa na dose de 0,01-0,03 mg/kg. Enquanto o acesso venoso está sendo obtido, pode-se administrar uma única dose de adrenalina (0,05-0,1 mg/kg) por via traqueal, mas, a absorção por via pulmonar é lenta e imprevisível (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2011).

### **3.5.3. Determinantes de morbidade e fatores de risco**

- **Diagnóstico clínico de internação na UTI neonatal**

## **A. Prematuridade/ Prematuridade extrema**

O recém-nascido prematuro (RNPT) é definido pela OMS como todo nascido vivo com menos de 37 semanas de gestação (<259 dias) contadas a partir do primeiro dia do último ciclo menstrual (WORLD HEALTH ORGANIZATION - WHO, 2013). É a população responsável por 75 a 80% da mortalidade e morbidade fetais. O principal fator de risco para o nascimento de um RN prematuro está condicionado a fatores maternos como DHEG (doença hipertensiva específica da gestação), infecções maternas, história de partos prematuros prévios, diabetes, doença cardíaca, doença renal, anomalia uterina, placenta prévia (PP), descolamento prematuro da placenta (DPP), uso abusivo de cigarros, álcool e drogas ilícitas, má nutrição. (TAMEZ, 2013)

## **B. Desconforto Respiratório**

A principal adaptação do RN do meio intrauterino para o meio extrauterino é a respiração. O RN deve realizá-la nos primeiros segundos após o nascimento. Seu pulmão deverá transformar-se rapidamente de um órgão preenchido de líquido e com pouco fluxo sanguíneo em um órgão arejado e com muito fluxo de sangue, que seja capaz de executar uma forma inteiramente diferente de respiração, ou seja, a troca direta de gás com o meio ambiente. O sucesso no processo de adaptação imediata à vida extrauterina depende essencialmente da presença de uma função cardiopulmonar adequada. (TAMEZ, 2013)

Desse modo, os sinais e os sintomas de dificuldade respiratória são manifestações clínicas importantes e comuns logo após o nascimento sendo observada, na sua maioria, nas primeiras horas de vida, de forma inespecífica. Para tanto, deve ser realizado um diagnóstico correto baseado a partir da análise cuidadosa da história clínica materna e do parto, e sintomatologia clínica, em conjunto com a propedêutica de diagnóstico por imagem. (BRASIL, 2013).

Os sinais e sintomas que definem o início da intervenção terapêutica estão voltados basicamente para a observação e inspeção do RN, e podem ser agrupados naqueles que retratam o padrão respiratório (taquipneia, apneia e respiração periódica), o aumento do trabalho respiratório (batimento de asas nasais, gemido expiratório, headbobbing, retrações torácicas) e a cor (cianose, má perfusão periférica) (BRASIL, 2012).

## **C. Sífilis Congênita**

A sífilis congênita, causada pela bactéria *Treponema pallidum*, é transmitida ao feto por mãe portadora de infecção ativa em qualquer estágio (principalmente nos estágios primário e secundário). A sífilis congênita pode ser prevenida ou tratada eficientemente intraútero, desde que sejam realizados o diagnóstico e o tratamento da gestante, em momento adequado, e se evite a sua reinfecção (BRASIL, 2011).

A prevalência de sífilis congênita é um evento sentinela em saúde, porque reflete a eficácia tanto dos programas de controle, quanto dos serviços que oferecem assistência pré-natal. Essa doença tem recebido grande atenção de organismos de saúde pública internacionais e brasileiros. Apesar disso, os dados disponíveis revelam que sífilis congênita continua sendo problema de saúde relevante, principalmente nos países em desenvolvimento, onde ocorrem 90% dos casos. (BRASIL, 2011).

Esta é uma infecção de vários órgãos, que pode causar morte fetal ou neonatal, sequelas neurológicas e esqueléticas. Ela é dividida em dois períodos: a precoce (até o segundo ano de vida) e a tardia (surge após segundo ano de vida). A maior parte dos casos de sífilis congênita precoce é assintomática (cerca de 70%), porém o recém-nascido pode apresentar prematuridade, baixo peso, hepatomegalia, esplenomegalia, lesões cutâneas (pênfigosifilítico, condiloma plano, petéquias, púrpura, fissura peribucal), periostite, osteocondrite, pseudoparalisia dos membros, sofrimento respiratório com ou sem pneumonia, rinite sero-sanguinolenta, icterícia, anemia, linfadenopatia generalizada, síndrome nefrótica, convulsão e meningite, trombocitopenia, leucocitose ou leucopenia. Na sífilis congênita tardia, as manifestações clínicas são raras e resultantes da cicatrização da doença sistêmica precoce, podendo envolver vários órgãos (BRASIL, 2006).

#### **D. Asfixia Perinatal/ Sofrimento fetal**

A asfixia perinatal ocorre como consequência da falta de oxigenação adequada fetal-neonatal no parto, ao nascimento e nos primeiros minutos de vida. A asfixia causa, inicialmente, uma redistribuição do débito cardíaco com o objetivo de preservar o cérebro, o coração e as glândulas adrenais, ocasionando perda parcial da oferta de oxigênio aos tecidos periféricos, vísceras abdominais e pulmões. É uma forma de proteção do organismo, preservando a função dos órgãos considerados mais nobres, pois é necessária oferta de oxigênio adequada aos tecidos para que as células mantenham o metabolismo aeróbico e suas funções vitais (DARIPA et al, 2013).

Com a evolução do processo de hipóxia-isquemia, há redução do fluxo sanguíneo cerebral causando glicólise anaeróbica, produção de lactato e consequente acidemia

metabólica. Essa mudança de metabolismo aeróbico para anaeróbico promove disfunções orgânicas. Caracteristicamente, na hipóxia-isquemia grave é comum à lesão cerebral (BRASIL, 2012).

Os critérios para diagnóstico de asfixia neonatal se dá pelos achados clínicos: acidemia metabólica ou mista profunda ( $\text{pH} < 7,0$ ) em sangue arterial de cordão umbilical, escore de Apgar de 0 – 3 por mais de cinco minutos, manifestações neurológicas no período neonatal (convulsões, hipotonia, hiporreflexia, coma, entre outras), disfunção orgânica multissistêmica, ou seja, alterações nos sistemas cardiovascular, gastrointestinal, pulmonar, hematológico ou renal (BRASIL, 2012).

### **E. Seps e choque séptico**

A seps neonatal é uma síndrome clínica caracterizada por sinais sistêmicos de infecção acompanhados pela presença de bacteremia no primeiro mês de vida. A seps precoce apresenta-se com comprometimento multissistêmico e curso clínico, muitas vezes, fulminante ocorre nas primeiras 48 horas de vida e está relacionada diretamente a fatores gestacionais e/ou do período periparto (SILVEIRA; PROCIANOY; 2012).

O diagnóstico da seps neonatal precoce deve ser o mais precoce possível em função da sua elevada morbimortalidade da seps precoce; portanto baseia-se em: fatores de risco maternos e neonatais, manifestações clínicas do recém-nascido e exames laboratoriais. Os fatores de risco materno são febre materna ( $>37,5^{\circ}\text{C}$ ), infecção urinária no parto, colonização por *Streptococcus agalactiae*, infecção do trato genital (coriamnionite, líquido fétido, leucorreia, herpes etc.) e ruptura das membranas ( $>18$  horas). Enquanto os fatores de risco do RN são taquicardia fetal ( $>180$  bpm), prematuridade, Apgar 5 min  $<7$ , sexo masculino e primeiro gemelar (BRASIL, 2014).

As manifestações clínicas do recém-nascido são inespecíficas. É necessário que se associe os fatores de risco maternos e neonatais para se suspeitar de seps e iniciar a investigação laboratorial no recém-nascido. No entanto, existem apresentações clínicas mais evidentes, como dificuldade respiratória (taquipneia, gemência, retrações torácicas, batimentos de asas nasais), apneia, letargia, febre ou hipotermia, icterícia sem outra causa determinante, vômitos e diarreia, ou ainda manifestações cutâneas, incluindo petéquias, abscesso e escleredema (SILVEIRA; PROCIANOY; 2012).

### **F. Icterícia Neonatal**

A icterícia neonatal é definida como coloração amarela da pele e das escleróticas, resultantes do aumento da concentração sérica de bilirrubina indireta, atingindo RN portador de doença hemolítica, os prematuros e os que apresentam fatores agravantes de hiperbilirrubinemia. Os RN ictéricos apresentam os seguintes sintomas: hipotonia, debilidade de sucção, recusa alimentar e convulsões. Esse conjunto de sintomas progride em três a quatro dias para hipertonia, opistótono, hipertermia e choro com tonalidade aguda (BRASIL, 2014).

### **G. Malformação congênita**

A malformação congênita é considerada toda anomalia funcional ou estrutural no desenvolvimento do feto, podendo ser de origem genética, ambientais ou desconhecidos que ocorre antes do nascimento. Elas podem ser classificadas como maiores ou menores. Sendo a primeira resultante de graves defeitos anatômicos, funcionais ou estéticos, que podem levar, muitas das vezes, a morte, enquanto a segunda, em sua maioria, geralmente sem importância cirúrgica, médica ou estética, sobrepõe-se aos fenótipos normais (RODRIGUES et al, 2014).

Supracitada situação tem como principais causas os transtornos congênitos e perinatais, em sua maioria decorrente de doenças transmissíveis, uso de drogas lícitas e ilícitas, de medicações teratogênicas, falta de assistência ou atenção adequada às mulheres na fase reprodutiva, entre outros fatores (AMORIM, 2006).

### **H. Pneumonia neonatal**

A pneumonia neonatal é um processo inflamatório dos pulmões resultante de infecção bacteriana, viral, fúngica ou de origem química. Podendo ser classificada como precoce (até 48 horas de vida) ou tardia. As pneumonias precoces são subdivididas em adquiridas antes do nascimento ou congênicas ou adquiridas durante o nascimento (TAMEZ, 2013).

Considerada como um dos primeiros sinais de infecção sistêmica, estando associada a quadros como sepse e meningite neonatal. Estima-se que a pneumonia ocorra em cerca de um terço dos neonatos que evoluem para óbito nas primeiras 48 horas de vida (BRASIL, 2014).

As pneumonias neonatais em geral são de difícil identificação. As manifestações clínicas e radiológicas são inespecíficas, pois os sinais e sintomas respiratórios e os de reação inflamatória sistêmica são comuns a outros quadros pulmonares e

extrapulmonares. Os parâmetros laboratoriais também são de pouco valor, pois indicam alterações sistêmicas inespecíficas. Assim, deve-se suspeitar de pneumonia neonatal em qualquer RN com desconforto respiratório acompanhado de hemocultura positiva (BRASIL, 2014).

### **I. Hipoglicemia**

A hipoglicemia é definida quando RN apresenta níveis de glicose plasmática inferiores a 45mg/dL ou do sangue total abaixo de 40mg/dL em RN a termo ou prematuros. Na sua maioria ela é assintomática, porém o RN pode indicar sinais inespecíficos que se confundem com outras doenças como tremores, hipotonia, irritabilidade, letargia, torpor, crises de apneia, cianose, bradicardia, taquipneia, sucção ausente ou débil, hipotermia e crises convulsivas (BRASIL, 2012).

Sua causa pode estar condicionada a três fatores: aumento da utilização da glicose, diminuição de reservas e causas mistas. A primeira está relacionada à macrossomia fetal é mais frequente em RN grande para a idade gestacional (GIG), filhos de mãe diabética, portadores de eritroblastose fetal. Enquanto o segundo acontece quando os níveis de insulina são normais e as reservas de glicose diminuídas. É frequente no RN prematuro e no pequeno para a idade gestacional (PIG). E as causas mistas compreendem grupo heterogêneo e amplo de causas e ocorre nas situações de estresse (asfixia, sepse, hipotermia, dificuldade respiratória grave) entre outros (BRASIL, 2011).

### **J. Baixo peso ao nascer/ Pequeno para idade gestacional**

O peso ao nascer é um parâmetro utilizado para avaliar as condições de saúde do recém-nascido. O baixo peso ao nascer é definido pela OMS como todo RN com peso inferior a 2500g e é associada a maior mortalidade e morbidade neonatal e infantil, sendo considerado o fator isolado mais influente na sobrevivência nos primeiros anos de vida (BRASIL, 2014).

O recém-nascido pequeno para idade gestacional é definido pelo peso de nascimento inferior ao décimo percentil da curva de referência em relação à idade gestacional. Tal condição é causada por nível de desnutrição intrauterino e/ou crescimento intrauterino restrito (CIUR). E essa condição pode levar a alterações do neurodesenvolvimento infantil (ARIAS et al, 2011).

- **Estadia na unidade**

O tempo de estadia em dias na UTI Neonatal.

- **Destino**

Unidade Intermediária Neonatal, alojamento conjunto, óbito, transferência para outro hospital, residência.

### 3.5- Amostra

A amostra foi composta por todos os recém-nascidos admitidos na UTI neonatal do hospital em estudo, no período estimado conforme critérios de inclusão e exclusão, constituindo-os como participantes da pesquisa.

**Tabela 1 – Distribuição das admissões por ano na UTI neonatal do HEAPN. (n=1.758).**

<b>Ano de Admissão</b>	<b>Total Nascimento</b>	<b>N</b>	<b>% Total de admissão</b>	<b>% (ano) Admissão x nascimento</b>
<b>2014</b>	3.100	406	23,1	13
<b>2015</b>	4.159	491	28	11,8
<b>2016</b>	3.338	458	26	13,7
<b>2017</b>	3.449	403	22,9	11,6
<b>Total</b>	14.046	1.758	100	

Fonte: coleta de dados referente ao período de 01/01/2014 a 31/12/2017, Duque de Caxias/RJ

Considerando os anos estudados foi possível observar que houve maior número de internações no ano de 2015 (28%) seguido do ano 2016 (26%). Porém ao observar a média de admissão entre os anos, pode-se identificar baixa diferença entre os anos. No que se refere ao quantitativo de internações comparado ao quantitativo de nascidos vivos, observa-se que o ano de maior percentual de internação foi o de 2016, com 13,7% dos nascidos vivos admitidos na UTI neonatal. A tabela 2 demonstra as perdas da amostra:

**Tabela 2 – Participação na pesquisa. (n=1.758).**

	<b>N</b>	<b>%</b>
Participantes Incluídos	1740	98,9
Participantes Excluídos	18	1,1
<b>Total</b>	<b>1758</b>	<b>100</b>

Fonte: coleta de dados referente ao período de 01/01/2014 a 31/12/2017, Duque de Caxias/RJ

Dos 1758 recém-nascidos admitidos no sistema de prontuário eletrônico da UTI Neonatal, 1740 recém-nascidos participaram da pesquisa e 18 foram excluídos por apresentarem os prontuários preenchidos de maneira incorreta ou incompleta. Assim, a



amostra final totalizou 1740 sujeitos, ou seja, 98,9% do total de admitidos na UTI neonatal no período estimado.

## CAPÍTULO IV – RESULTADOS E DISCUSSÃO DOS DADOS

---

### ➤ Perfil Epidemiológico e Assistência Prestada ao RN admitido na UTI Neonatal

O conhecimento das características biológicas do RN serve de base para o direcionamento ideal da assistência prestada a essa clientela.

#### 4.1- RESULTADOS

No período entre 1º de janeiro de 2014 e 31 de dezembro de 2017, 1758 recém-nascidos foram admitidos na UTI neonatal do Hospital Estadual Adão Pereira Nunes, sendo que destes, utilizou-se como amostra desta pesquisa 1740 aplicando os critérios de inclusão e exclusão. O sexo masculino foi predominante totalizando 989 (56,8%) RNs das internações contra 751 (43,2%) feminino. A causa mais frequente de internação foi a prematuridade representando 991 (56,9%) dos admitidos, seguida de desconforto respiratório 222 (12,7%), prematuridade extrema 200 (11,5%), sofrimento fetal 108 (6,2%), má formação congênita 87 (5,0%) e outras causas como sífilis congênita, sepsis ou choque séptico, icterícia neonatal, pneumonia, hipoglicemia, pequeno para idade gestacional e baixo peso, totalizando 132 (7,5%).

O peso de nascimento ficou entre 1501g a 2500, sendo representado por 684 (39,3%) da amostra. Um total de 1203 (69%) apresentava baixo peso (<2500g), sendo que desses, 297 (17%) muito baixo peso (1000g a 1500g) e 222 (12,7%), de extremo baixo peso (<1000g). Apenas 537 (31%) apresentava peso ideal (< 2500g).

No tocante, idade gestacional, importante fator biológico de classificação do RN, têm como predominância na amostra recém-nascidos prematuros com idade gestacional inferior a 37 semanas representando 72,2%, com predomínio de pré-termos moderados (43,6%) seguido dos prematuros tardios (17,5%) e os prematuros extremos (11,1%). Os recém-nascidos a termo representam 27,6% da amostra. Seguem abaixo os dados apresentados na tabela 3 a partir da análise estatística.

**Tabela 3 – Aspectos Biológicos do RN admitido na UTI neonatal (n=1.740).**

Variável	Opção	2014	2015	2016	2017	%	N
<b>Sexo</b>	Masculino	12,7	16,2	15,2	12,7	56,8	989
	Feminino	10	11,6	11,1	10,5	43,2	751
	Total	22,7	27,8	26,3	23,2	100	1740
<b>Peso</b>	< 1000 g	3,6	2,5	3,7	2,9	12,7	222
	1000g a 1500g	4,7	4,4	3,8	4,1	17	297
	1501g a 2500g	9,2	10,9	10,5	8,7	39,3	684
	> 2500g	5,2	10	8,2	7,6	31	537
	Total	22,7	27,8	26,2	23,3	100	1740
<b>Idade Gestacional</b>	< 28 semanas	2,8	2,9	2,9	2,6	11,2	193
	28s a 33s6d	11,6	11,4	11	9,5	43,5	758
	34s a 36s6d	3,5	5	4,7	4,3	17,5	305
	37s a 41s6d	4,7	8,4	7,6	6,9	27,6	481
	> 42 semanas	0	0	0,08	0,12	0,2	3
	Total	22,6	27,7	26,28	23,42	100	1740
<b>Diagnóstico</b>	Prematuridade	9,4	18,7	15,4	13,4	56,9	991
	Desconf. Resp	4,9	2,1	3,3	2,4	12,7	222
	Sífilis Congênita	0,6	0,2	0,2	0,3	1,3	22
	Prematuridade extrema	3,3	2,5	2,8	2,9	11,5	200
	Sofrimento Fetal	1,8	2,1	1	1,3	6,2	108
	Sepse e choque séptico	0,5	0,5	0,5	0,6	2,1	38
	Icterícia Neonatal	0,3	0,1	0,8	0,2	1,4	25
	Má formação Cong.	0,8	1,2	1,6	1,6	5,2	87
	Pneumonia	0,3	0,1	0,1	0,2	0,7	11
	Hipoglicemia	0,3	0,2	0,7	0,3	1,5	26
	Peq. Para IG	0,1	0	0,1	0	0,2	4
	Baixo Peso ao nascer	0,2	0	0	0,1	0,3	6
	Total	22,5	27,7	26,5	23,3	100	1740

Fonte: coleta de dados referente ao período de 01/01/2014 a 31/12/2017, Duque de Caxias/RJ

A tabela 4 apresenta a média das seguintes variáveis: Idade gestacional, peso, Apgar no primeiro e no quinto minuto e tempo de internação. Tais dados demonstram que a população de estudo se apresenta de forma variada, com extremos de IG entre 24 semanas (prematureo extremo) até 42 semanas (pós-termo); peso de 510 gramas (recém-nascidos de extremo baixo peso) até neonatos com peso de admissão 4.810 gramas; índice de Apgar de 0 a 9 no primeiro minuto e de 0 a 10 no segundo minuto, variando de asfixia grave a boa vitalidade ao nascer. O tempo de internação se apresenta de forma variada, com tempo mínimo de 1 dia até 226 dias, com tempo médio de internação 15 dias.

**Tabela 4 – Caracterização dos dados dos recém-nascidos internados em unidade neonatal pública (n=1.740).**

Variável	Mínima	Máxima	Média
IG	24 semanas	42 semanas	35 semanas
Peso	510 g	4.810g	2115g
Apgar 1º min	0	9	6
Apgar 5º min	0	10	8
Tempo Internação	1	226	15

Fonte: coleta de dados referente ao período de 01/01/2014 a 31/12/2017, Duque de Caxias/RJ

Já a tabela 5 demonstra a assistência prestada em sala de parto ao Recém-nascido admitido na UTI neonatal comparados com as variáveis: sexo, peso, diagnóstico, Idade Gestacional e Apgar no 1º minuto e no 5º minuto.

Entre os neonatos pesquisados, 698 (40,2%) realizaram ventilação por pressão positiva (VPP), 540 (31%) foram intubados nos primeiros cuidados, 88 (5,1%) precisaram de massagem cardíaca e 70 (4,1%) necessitaram de uso de adrenalina na sala de parto.

No tocante ao gênero, observa-se que entre o sexo masculino e feminino necessitaram dos seguintes cuidados respectivamente, VPP em sala de parto 22,9% e 17,2%, intubação orotraqueal 16,6% e 14,3%, massagem cardíaca 2,4% e 2,7%, uso de adrenalina 1,8% e 2,3%.

Em relação ao peso de nascimento e idade gestacional, os dados coletados demonstram que quanto menor o peso e a idade gestacional do recém-nascido maior a necessidade de cuidados em sala de parto. Dos 222 recém-nascidos >1000g e dos 193 RNs >28 semanas, respectivamente, 157 (70,7%) e 141 (73%) realizaram VPP, 193 (86,9%) e 174 (90,1%) precisaram ser intubados, 32 (14,4%) e 32 (16,5%) necessitaram

de massagem cardíaca, 24 (10,8%) e 25 (12,9%) fizeram uso de adrenalina em sala de parto.

Dentre as afecções, os recém-nascidos com diagnóstico de prematuridade extrema (n=200) se destacaram na assistência prestada, 142 (71%) realizaram VPP, 174 (87%) foram submetidos à intubação orotraqueal, 29 (14,5%) massagem cardíaca e 22 (11%) uso de adrenalina. Seguido de recém-nascidos diagnosticados com sofrimento fetal (n=108), representando 74 (68,5%) os que necessitaram de VPP, 61 (56,5%) foram intubados em sala de parto, 15 (13,8%) necessitaram de massagem cardíaca e 14 (12,9%) submetidos ao uso de adrenalina logo após o nascimento.

Recém-nascidos com notas de APGAR 0 - 2 no 1º minuto (n=108), 97 (89,8%) realizaram VPP, 94 (87%) foram intubados, 32 (29,6%) necessitaram de massagem cardíaca e 21 (19,4%) uso de adrenalina. Os recém-nascidos que apresentaram 3 - 4 (n=274), VPP = 237 (86,5%), intubação orotraqueal 187 (50%), massagem cardíaca 23 (8,3%) e uso de adrenalina 21 (7,6%). Neonatos com Apgar 5 - 7 (n=274) e 8 - 10 (n=804); obteve a necessidade de cuidados respectivamente, 316 (57%) e 48 (6%) ventilação por pressão positiva, 192 (34,6%) e 67 (8,3%) intubação orotraqueal, 17 (3%) e 16 (2%) realizaram massagem cardíaca, 11 (2%) e 11 (1,3%) necessitaram do uso de adrenalina em sala de parto.

A pesquisa apresenta que 19 neonatos com escala 0 - 2, desses 13 (68,4%) precisaram de VPP, 19 (100%) foram intubados, 18 (94,7%) realizaram massagem cardíaca e 15 (78,9%) necessitaram de adrenalina.

**Tabela 5 – Características assistenciais de nascimento do RN de alto risco admitido na UTI neonatal. (n = 1740).**

	Variável	N	VPP (%)	Intubação (%)	Massagem Cardíaca (%)	Uso de Adrenalina (%)
	Amostra Total	1740	40,2	31	5,1	4,1
<b>Sexo</b>	Masculino	989	22,9	16,7	2,4	1,8
	Feminino	751	17,3	14,3	2,7	2,3
<b>Peso</b>	< 1000g	222	9	11	1,8	1,4
	1000g a 1500g	297	7,4	7,1	1,1	0,7
	1501 a 2500g	684	12,8	7,4	1,3	1,1
	> 2500g	537	11	5,4	0,9	0,8
<b>Diagnóstico</b>	Prematuridade	991	22,2	14,4	2	1,7
	Desconf. Resp.	222	3,4	2,0	0,2	0,2
	Prem. Extrema	200	8,2	10	1,7	1,3
	Sofrim. Fetal	108	4,2	3,5	0,9	0,8
	Má Formação	87	1	0,6	0,1	0,05
	Outros	132	1,2	0,4	0,2	0,05
<b>Idade Gestacional</b>	28 Semanas	193	8,1	10	1,8	1,4
	28s a 33s6d	758	17,3	13,3	1,9	1,3
	34s a 36s6d	305	5,2	2,7	0,5	0,4
	37s a 41s6d	481	9,5	5	0,9	0,6
	42 semanas	03	0,1	00	00	00
<b>Apgar 1º Minuto</b>	0 – 2	108	5,7	5,4	1,8	1,5
	3 – 4	274	13,6	10,7	1,4	1,2
	5 – 7	554	18,1	11,1	0,9	0,6
	8 – 10	804	2,8	3,8	1	0,6
<b>Apgar 5º Minuto</b>	0 – 2	19	0,7	1,1	1,1	0,9
	3 – 4	38	1,8	1,8	0,7	0,6
	5 – 7	414	18,9	15	2,4	1,8
	8 – 10	1269	18,8	13,3	1,3	0,8

Fonte: coleta de dados referente ao período de 01/01/2014 a 31/12/2017, Duque de Caxias/RJ

A tabela 6 demonstra a relação da variável diagnóstico com as variáveis sexo, peso, idade gestacional, apgar no 1º e no 5º minuto, estadia e destino. Dentre esse grupo, os recém-nascidos com diagnóstico de prematuridade foram os mais prevalentes na amostra representando 56,9% da amostra total. O perfil dessa clientela é recém-nascido do sexo masculino, com peso entre 1501g a 2500g, idade gestacional entre 28s a 33s e 6d. Com índice de Apgar 8 – 10 no 1º minuto e no 5º minuto, tempo de internação de 1 a 7 dias e a maioria foram transferidos para outro hospital.

Os recém-nascidos com desconforto respiratório têm como predominantes o sexo masculino, peso ideal >2500g, a termo IG 37s a 41s 6d, Apgar de 8 – 10 no 1º minuto e no 5º minuto, tempo de estadia na unidade de 1 a 7 dias e com destino para a unidade intermediária neonatal.

Os prematuros extremos tiveram a maioria sexo masculino, peso > 1000g, idade gestacional > 28 semanas, Apgar no 1º minuto entre 5 -7 e no 5º minuto entre 8 – 10, o tempo de estadia de 1 a 7 dias e destino óbito.

Os neonatos com diagnóstico de sofrimento fetal são meninos, peso > 2500g, a termo, Apgar no 1º minuto 3 – 4 e no 5º minuto 5 – 7, estadia de 1 a 7 dias e destino a UI neonatal. Os recém-nascidos com diagnóstico de malformação congênita foram representados pelo sexo masculino, peso superior a 2500g, idade gestacional de 37s a 41s6d, Apgar no 1º minuto e no 5º minuto de 8 – 10. Tempo de estadia predominante 1 a 7 dias e destino para residência.

As características dos neonatos por diagnóstico estão sumarizadas a seguir:

**Tabela 6 – Distribuição das variáveis segundo o diagnóstico de internação dos recém-nascidos admitidos na UTI neonatal – HEAPN (n=1.740).**

Variável	N	Prematuridade (%)	Desconforto Respiratório(%)	Prematuridade Extrema(%)	Sofrimento Fetal(%)	Má Formação(%)	Outras(%)
<b>Sexo</b>							
Masculino	989	32,6	7,5	6,2	3,5	2,7	4,5
Feminino	751	24,3	5,3	5,3	2,7	2,3	3,1
<b>Peso</b>							
< 1000g	222	2,4	0,4	9,8	00	00	00
1000g a 1500g	297	13,3	1,1	1,7	0,6	0,3	0,2
1501 a 2500g	684	31,5	3,3	00	0,9	1,0	2,7
> 2500g	537	9,7	8	00	4,7	3,7	4,7
<b>Idade Gestacional</b>							
28 Semanas	193	1,7	00	9,4	00	00	00
28s a 33s6d	758	38,6	1,5	2,1	0,4	0,8	0,1
34s a 36s6d	305	16,6	0,1	00	0,1	0,6	0,1
37s a 41s6d	481	00	11,2	00	5,6	3,5	7,3
42 semanas	03	00	00	00	0,1	0,1	0,1
<b>Apgar 1º min</b>							
0 – 2	108	2,3	0,5	1,5	1,7	0,1	0,1
3 – 4	274	8,3	1,5	3,2	2,0	0,5	0,3
5 – 7	554	18,0	4,0	5,3	1,6	1,3	1,6
8 – 10	804	28,3	6,8	1,5	0,9	3,1	5,6
<b>Apgar 5º min</b>							
0 – 2	19	0,3	0,2	0,4	0,3	0,05	0,05
3 – 4	38	0,6	0,1	0,7	0,6	0,05	0,05
5 – 7	414	12,0	2,4	4,6	3,4	0,6	0,7
8 – 10	1269	44,0	10,1	5,8	1,9	4,3	6,8
<b>Estadia</b>							
1 a 7 dias	1040	32,9	9,0	6,0	4,4	2,5	4,8
8 a 28 dias	423	15,7	2,5	1,8	1,1	1,2	2,2
> 28 dias	277	8,3	1,3	3,7	0,7	1,4	0,5
<b>Destino</b>							
UI neonatal	476	15,0	5,6	0,9	1,5	0,9	3,3
Outro Hosp.	434	18,6	1,6	1,8	1,3	0,7	0,8
Aloj. Conj.	250	7,5	2,8	0,6	1,3	1,0	1,2
Óbito	240	4,0	0,9	6,3	1,1	0,9	0,5
Residência	340	11,8	1,7	1,7	0,8	1,	1,8

Fonte: coleta de dados referente ao período de 01/01/2014 a 31/12/2017, Duque de Caxias



O perfil epidemiológico dos óbitos dos recém-nascidos admitidos na UTI neonatal dessa unidade hospitalar está exposto na Tabela 7. O total de 240 recém-nascidos evoluiu para óbito durante todo o período representando 13,8% do quantitativo final. O ano de maior incidência de óbitos foi 2017 com o percentual de 15,3% sobre a amostra anual.

O perfil dos recém-nascidos que evoluíram para óbito foi sexo masculino (n=151), peso inferior a 1000g (n=114), idade gestacional menor que 28 semanas (n=112), índice de Apgar no 1º minuto 0 – 2 (n=88) e no 5º minuto 5 – 7 (n=154) e tempo de internação de 1 – 7 dias (n=162). Segue abaixo a tabela 7 com dados da amostra.

**Tabela 7– Perfil de internação dos recém-nascidos de alto risco na UTI neonatal que evoluíram para óbito (n=240).**

<b>Relação de Óbitos na amostra – n=240</b>				
<b>VARIÁVEL</b>	<b>OPÇÕES</b>	<b>Total da Amostra</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
<b>Ano</b>	2014	395	54	13
	2015	484	67	13,8
	2016	456	57	12,5
	2017	405	62	15,3
	<b>Total</b>	<b>1740</b>	<b>240</b>	
<b>Peso</b>	< 1000g	222	114	64,8
	1001 a 1500g	297	30	10,1
	1501 a 2500g	684	58	9,9
	> 2500g	537	38	7,0
	<b>Total</b>	<b>1740</b>	<b>240</b>	
<b>Sexo</b>	Masculino	989	151	15,2
	Feminino	751	89	11,8
	<b>Total</b>	<b>1740</b>	<b>240</b>	
<b>Idade Gestacional</b>	< 28 semanas	193	112	58
	28s a 33s6d	758	57	7,5
	34s a 36s6d	305	26	8,5
	37s a 41s6d	481	45	9,3
	> 42 semanas	03	00	00
	<b>Total</b>	<b>1740</b>	<b>240</b>	
<b>Apgar 1º Minuto</b>	0 – 2	108	88	81,4
	3 – 4	274	79	28,8
	5 – 7	554	70	12,6
	8 – 10	804	03	0,3
	<b>Total</b>	<b>1740</b>	<b>240</b>	
<b>Apgar 5º Minuto</b>	0 – 2	19	15	78,9
	3 – 4	38	29	76,3
	5 – 7	414	154	37,1
	8 – 10	1269	42	0,7
	<b>Total</b>	<b>1740</b>	<b>240</b>	
<b>Diagnóstico</b>	Prematuridade	991	69	6,9
	Desconforto Resp.	222	16	7,2
	Sífilis Congênita	22	02	9,0
	Premat. Extrema	200	111	55,5
	Sufrimento Fetal/Asfixia	108	20	18,5
	Sepse/Choque Séptico	38	04	10,5
	Malformações Cong.	87	17	19,5
	Pneumonia Neonatal	11	01	9,0
	<b>Total</b>	<b>1740</b>	<b>240</b>	
<b>Estadia na Unidade</b>	1 – 7 dias	1040	162	15,6
	8 a 28 dias	423	46	10,8
	> 28 dias	277	32	11,5
	<b>Total</b>	<b>1740</b>	<b>240</b>	

Fonte: coleta de dados referente ao período de 01/01/2014 a 31/12/2017, Duque de Caxias/RJ

## 4.2. DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

O presente estudo permitiu conhecer o perfil epidemiológico e a assistência prestada aos recém-nascidos admitidos na UTI neonatal do Hospital Estadual Adão Pereira Nunes e contribuiu para caracterização da população brasileira de recém-nascidos de alto risco, fato importante para o qual a Sociedade Brasileira de Pediatria (2012) chama a atenção, considerando o Brasil um país de dimensões continentais ainda com bolsões de pobreza, desigualdades socioculturais e desigual assistência à saúde, com características que o diferem de outros países desenvolvidos podendo determinar desfechos e necessidades assistenciais diferentes.

Analisando os dados encontrados na pesquisa, a tabela 3 (pág.41) destaca-se pela elevada prevalência de prematuridade como motivo de admissão com total de 68,4% da amostra, destes 11,5% prematuro extremo, concomitante a idade gestacional 72,2% da amostra apresenta IG > 37 semanas. Estudo semelhante apresentado por Rodrigues e Belham (2017), onde objetivou estabelecer o perfil epidemiológico dos recém-nascidos admitidos em hospital terciário de Blumenau, mostrou que a causa mais frequente de admissão, na UTI neonatal, foi à prematuridade (72,7%). Uma coorte realizada em Pelotas – Rio Grande do Sul, cujo objetivo foi conhecer as características e fatores relacionados com a internação neonatal, a clientela prematura se manteve constante nos três anos de estudo, evidenciando um percentual em torno de 70% (GRANZOTO *et al*, 2012).

Lima *et al.* (2015), com o objetivo de descrever os aspectos clínicos de recém-nascidos admitidos na UTI neonatal do hospital de referência da região norte do país, teve na sua amostra maior número de RN's prematuros representando 92,14% da população. Igualmente, Ferraresi e Arrais (2016), cujo objetivo foi identificar o perfil epidemiológico de mães de recém-nascidos internados em uma unidade neonatal, apresentou em sua pesquisa 82,4% de recém-nascidos prematuros, coadunando com os dados encontrados em nosso estudo.

A prematuridade é uma das preocupações na saúde pública, visto a sua associação com o aumento da morbimortalidade neonatal e infantil se comparado aos recém-nascidos a termo, sendo as principais complicações que acometem crianças prematuras: respiratórias, metabólicas, infecciosas, hemorragia intracraniana, maior tempo de internação em UTIN, além de sequelas e complicações aos prematuros que superam o período neonatal de risco (TORRES *et al*, 2010).

Essa condição tem etiologia desconhecida, porém, fatores externos podem estar relacionados com esta causa, como as cesáreas eletivas, que culminam com o nascimento antes da finalização do processo de maturação fetal, o que leva ao neonato a necessidade de internação para a manutenção da estabilidade clínica, em especial, a adequação do padrão respiratório. O nascimento prematuro, também pode ocorrer por causas maternas e complicações perinatais, tais como, intercorrências placentárias, distúrbios hemodinâmicos que podem estar relacionados com problemas gestacionais já predisponentes ou ocorrer de forma súbita ou algum tipo de trauma (MARQUES *et al*, 2018).

O nascimento do RN prematuro está intimamente relacionado à assistência de pré-natal a qual a gestante foi submetida, visto que o pré-natal de qualidade pode contribuir para o diagnóstico e tratamento oportuno de afecções e diminuir complicações maternas e neonatais. Um estudo realizado por Ferraresi e Arrais (2016) aponta que apesar da literatura relacionar o número de consultas de pré-natal ao indicador de qualidade e correlacionar a desfechos mais favoráveis, tal pesquisa apresentou dados contraditórios, pois a maioria das mulheres entrevistadas apresentava ter realizado o número de consultas preconizadas pelo MS (seis ou mais), porém, a maioria dos neonatos teve desfechos desfavoráveis como prematuridade e baixo peso. Tais dados levam ao questionamento da qualidade do pré-natal realizado.

O controle pré-natal adequado pode ser um fator determinante na redução do nascimento de prematuros e de baixo peso ao nascer, contribuindo diretamente para a redução da mortalidade infantil. Assim, a necessidade de prevenção da prematuridade evitável está intimamente relacionada à atenção de pré-natal de qualidade através de prevenção e controle das infecções e morbidades durante o período gestacional, identificando os fatores de risco, minimizando agravos e melhoria na atenção ao parto e nascimento (MARQUES *et al*, 2018).

No tocante ao gênero, a pesquisa em questão apresentou uma proporção maior de nascidos do sexo masculino comparado ao sexo feminino. Estudo realizado por Rodrigues e Belham (2017) também apresentou percentual mais elevado de recém-nascidos do sexo masculino com percentual de 56% da amostra admitida na UTI neonatal. Para Laurenti *et al* (2015), essa predominância do sexo masculino em relação ao sexo feminino é esperada, pois desde a concepção são gerados mais fetos masculinos do que femininos, ao mesmo tempo em que há maior mortalidade masculina.

Um estudo realizado por Lima *et al* (2015) também identificou maior prevalência do sexo masculino na UTI neonatal e explica o maior risco para recém-nascidos do sexo masculino. Segundo ele, a diferença nas internações de acordo com o sexo tem como explicação que o sexo masculino pode ter um crescimento excessivo na vida intrauterina na qual pode ocasionar complicações no nascimento. Além disso, outro estudo relata que existe uma propensão nas intercorrências neonatais, pela exposição hormonal, já que o sexo feminino tem o estrógeno que possui efeito protetor e auxilia no sistema imunológico (MARQUES *et al* 2018).

Em relação ao peso, a presente pesquisa aponta expressivo número de recém-nascidos baixo peso (69,1%) independentemente da idade gestacional, sendo este determinado por dois fatores distintos: a duração da gestação e a velocidade de crescimento intrauterino. Rodrigues e Belham (2017) também apresentam dados equivalentes em seu estudo, apenas 30,4% dos nascimentos obtiveram peso ideal (>2500g). Dos 69,6% baixo peso, 36,6% era baixo peso moderado, 20% muito baixo peso e 13% extremo baixo peso. O estudo de Ferraresi e Arrais (2016) afirma que 77,5% dos neonatos apresentavam baixo peso ao nascimento. Já a pesquisa de Santos (2017), 90% da amostra demonstraram peso superior a 2500g, porém tal pesquisa reforça a necessidade de monitoramento desse indicador visto que o baixo peso ao nascer é considerado o principal preditor isolado da mortalidade neonatal com evidências de maior risco de morte quanto menor o peso de nascimento.

Ao avaliar as variáveis, diagnóstico, peso e idade gestacional, observa-se uma constância no público de assistência descrita na literatura e encontrada na pesquisa: recém-nascido prematuro e baixo peso. Vale salientar sobre a Política Pública a Norma de Atenção Humanizada ao Recém-Nascido de Baixo-Peso (Método Mãe – Canguru) política direcionada a essa clientela que tem como objetivo principal humanizar a assistência ao recém-nascido de baixo peso e sua família.

A política pública para os prematuros tem como finalidade a ruptura do cuidado fragmentado e disciplinar, assistência centrada em procedimentos técnicos e na doença, transformando em um cuidado humanizado individualizado e integral, para que as reais necessidades sejam atendidas. Porém, os serviços de saúde ainda estão estruturados focados no modelo biomédico e tecnocrático, no qual a família está distante do processo de hospitalização do RN pré-termo, sendo a atenção às demandas oriundas da doença, a principal preocupação dos profissionais de saúde (LOPES; SANTOS; CARVALHO, 2010).

Os avanços tecnológicos aumentaram notadamente as chances de vida dos recém-nascidos cada vez mais prematuros. Porém, o adequado desenvolvimento dessas crianças é determinado por um equilíbrio não só biológico, mas também ambientais e familiares (biopsicossocial). Dentro das situações tecnológicas, no ambiente de atenção à saúde, além de uma tecnologia dura, de máquinas, aparelhos e instrumentos, necessários para as atividades assistenciais, deve-se ressaltar a existência de uma tecnologia leve, ou seja, uma tecnologia de relações humanas.

Na pesquisa realizada por Klossowski *et al* (2015), cujo objetivo era compreender a forma como ocorre a assistência ao recém-nascido prematuro, conforme preconiza a política pública de saúde Método Canguru, a partir da percepção dos profissionais envolvidos na assistência, destaca para a falta de conhecimento técnico/científico dos profissionais em relação à política. Tal fato favorece para que o método não seja cumprido na íntegra. Há de ressaltar também que em decorrência da falta de conhecimento, ocorre contradição nas práticas profissionais e o instituído pelas políticas vigentes.

Estudo realizado por Lopes, Santos e Carvalho (2010) cujo objetivo era conhecer os motivos de não realização da posição canguru pela equipe multiprofissional da UTI neonatal, destaca que a não adesão do método está ligada à carência de informações, falta de interesse da equipe e gravidade do quadro clínico do neonato. Os autores propõem que é necessária a busca de informações relativas ao método canguru, com destaque para a prática dessa posição, bem como a realização constante da educação permanente da equipe de saúde com vistas à mudança de paradigmas.

Para a efetivação do método, faz-se necessário a estruturação do cuidado em três etapas: na primeira, o RN está internado na unidade neonatal, sendo a fase inicial de adaptação ao meio extrauterino e de capacitação da família quanto aos cuidados básicos. Nessa etapa, deve-se orientar a mãe e a família sobre as condições de saúde da criança, ressaltando as vantagens do Método, além de estimular o livre e precoce acesso dos pais à unidade neonatal, propiciando sempre que possível o contato tátil com a criança. A segunda corresponde à unidade canguru, e o RN está clinicamente estável e em ganho de peso, tendo a família o direito de participação plena nos cuidados dispensados ao prematuro. Por fim, a terceira etapa, é o acompanhamento ambulatorial, denominado de follow-up (LOPES; SANTOS; CARVALHO, 2010).

Na unidade de estudo não há protocolo institucional que incentive a realização de políticas como o método canguru voltada para a clientela prematura. Vale ressaltar a

necessidade de implantação de unidades canguru, realização de treinamento e capacitação de pessoal para atuação nessas unidades, visto ser um ambiente propício, pois, o perfil de pacientes na UTI neonatal são prematuro e baixo peso e o hospital já possuem infraestrutura como banco de leite e follow-up que favorecem o cumprimento de todas as etapas do método.

Analisando os dados referentes as características de nascimento demonstrado na tabela 5 (pág. 44), o índice de APGAR, importante escala de avaliação da resposta do recém-nascidos a assistência prestada em sala de parto no 1º e 5º minuto de nascimento, também demonstrado na pesquisa ser inversamente proporcional. O índice de Apgar reflete o estado de adaptação extrauterina e vitalidade fetal apresentou parâmetros preocupantes nesta pesquisa visto que 53,8% dos neonatos apresentaram índice de Apgar no 1º minuto < 7, no quinto minuto esse percentual diminui para 27%.

Esses valores indicam a ocorrência de asfixia, moderada a grave, o que direciona a uma avaliação determinante para um atendimento seguro e eficaz a fim de minimizar prognósticos ruins em longo prazo. A avaliação do 5º minuto é a resposta à assistência prestada no primeiro minuto e são fundamentais para avaliação da adaptação do RN, recém-nascidos com escala de apgar < 3 no segundo minuto têm grande propensão ao comprometimento neurológico visto o tempo de asfixia (BRASIL, 2014).

Estudo realizado por Torres *et al* (2010), no qual objetivou traçar o perfil epidemiológico de recém-nascidos admitidos na UTI neonatal de uma maternidade referência em Pernambuco, obteve que 90% dos RN apresentaram índice de apgar maior que 7 no quinto minuto, o que indica boa adaptação destes neonatos a vida extrauterina e, conseqüentemente, menores riscos de problemas futuros. Entretanto, no mesmo estudo encontraram-se limitações em analisar as boas condições do RN pelo Apgar por acreditar ser uma avaliação subjetiva e depender exclusivamente da experiência do profissional que o aplica.

Outro estudo apresentado por Oliveira (2015), registrou 90% dos recém-nascidos com nível de Apgar maior que 7 no quinto minuto, porém, na amostra da pesquisa 1/3 apresentaram diagnóstico pré-natal de sofrimento fetal agudo, ¼ apresentaram diagnóstico de anóxia neonatal e 1/5 evoluíram com algum grau de comprometimento neuropsicomotor. Esses achados corroboram com a literatura onde afirma que o índice de Apgar isoladamente não é bom marcador de anóxia perinatal, principalmente em neonatos que passaram por reanimação e intubação endotraqueal. Tais procedimentos alteram os

parâmetros de avaliação de Apgar e não fornece avaliação precisa das condições do recém-nascido, além de que muitas vezes esta avaliação é realizada retrospectivamente.

A assistência adequada ao neonato em sala de parto é crucial para prevenir o aparecimento de asfixia, que levam ao óbito neonatal e, nos sobreviventes, à presença de sequelas neurológicas, que acarretam prejuízos para a qualidade de vida da criança e sua família (SANTOS et al, 2016).

No Brasil, nascem cerca de três milhões de crianças ao ano, das quais 98% em hospitais. Sabe-se que a maioria delas nasce com boa vitalidade; entretanto, manobras de reanimação podem ser necessárias de maneira inesperada. São essenciais o conhecimento e a habilidade em reanimação neonatal para todos os profissionais que atendem RN em sala de parto, mesmo quando se esperam crianças hígidias sem hipóxia ou asfixia ao nascer (BRASIL, 2014).

A reanimação neonatal deriva da avaliação em conjunto da respiração e da frequência cardíaca, sendo estes parâmetros determinantes para o momento de início de manobras de reanimação, conforme o MS. Neonatos com respiração irregular, *gasping*, apneia e/ou frequência cardíaca > 100 bpm indicam a necessidade de ventilação por pressão positiva. Neste estudo, 40,1% realizaram ventilação por pressão positiva, 31% foram intubados na sala de parto, 5% precisaram de massagem cardíaca e 4% necessitaram do uso de adrenalina.

Estudo realizado por Santos *et al* (2016), cujo objetivo foi descrever o perfil de recém-nascidos com extremo baixo peso internado nas unidades de terapia intensiva neonatal da Bahia, apresentou que 67,2% dos neonatos precisaram de manobras de reanimação ao nascer por apresentarem disfunções na respiração e na frequência cardíaca.

De acordo com os dados da tabela 6 (pág. 46) relacionados a distribuição das variáveis segundo o diagnóstico de internação. O tempo de internação dos recém-nascidos, no Hospital Adão Pereira Nunes, predominante foi de 1 – 7 dias representando 59,7% (1040) da amostra, porém o tempo médio de internação é de 15 dias na unidade. Foram encontradas na literatura médias variadas como no estudo de Lima (2015) realizado na região Norte apresentando média de internação de 19,25 dias. Em Minas Gerais, no estudo de Bustamante et al (2014) o tempo médio de internação foi de 21 dias. Já no Sul do Brasil, no estudo realizado por Basso et al (2012), 19,6 dias. No interior de São Paulo, Oliveira et al (2015) verificou que o tempo médio de internação é de 36 dias. Tal fato demonstra variações consideráveis de hospital para hospital, dependendo das



características da população assistida, dos critérios de internação na UTIN e da qualidade da assistência (LIMA et al, 2015).

Segundo Marques (2018), o tempo tem relação direta com a condição clínica do paciente, aumentando consideravelmente em neonatos com distúrbios graves como pneumonia e a displasia bronco-pulmonar. Tal estudo destacou ainda, que o tempo de internação nas unidades neonatais é correlacionado ao uso de dispositivos ventilatórios, pois eles são usados de forma gradativa, de acordo com a necessidade do paciente, além de que seu desmame deve ser lento para evitar sequelas e auxiliar na remodelação pulmonar.

Na população estudada, a condição de alta hospitalar se deu para a Unidade Intermediária Neonatal (UI neonatal), após a estabilidade clínica do RN, segundo o POP (procedimento operacional padrão) institucional (2017), os critérios de alta do RN para a UI neonatal são: respiração em ar ambiente, peso > 1500g ou IG > 34 semanas, estabilidade hemodinâmica e das funções vitais, alimentação enteral, sepse controlada. Em um estudo realizado por Marques *et al* (2018) o destino predominante foi a alta hospitalar para o domicílio, tal estudo salienta a necessidade de participação dos pais no cuidado ao RN em ambiente intra-hospitalar visto a capacitação dos familiares para promover a assistência adequada ao neonato após a alta, bem como, promover o vínculo afetivo e o aleitamento materno, como forma de cuidado e proteção.

Um estudo realizado por Frigo *et al* (2015), cujo objetivo era conhecer a percepção dos pais frente ao exercício da paternidade/maternidade de um recém-nascido prematuro, evidenciou a esperança dos pais pela alta hospitalar, porém a preocupação com as possíveis complicações e a falta de confiança gera medo, o que é amenizado pela participação da família no cuidado ainda durante a internação proporcionando maior interação entre neonato e pais promovendo a autonomia do cuidado na alta hospitalar.

No presente estudo, a tabela 7 (pág. 48) representa o perfil epidemiológico dos óbitos da amostra, esses desfechos desfavoráveis somaram o total de 240 recém-nascidos expressando 13,8% da amostra. Esse perfil epidemiológico é caracterizado com maior prevalência em recém-nascidos prematuros extremos que evoluíram para óbito na primeira semana de vida. Em um estudo realizado na Bahia com recém-nascidos com extremo baixo peso, 78,2% foi a óbito e a maioria ocorreu na primeira semana do internamento esse estudo afirma a extrema relação entre o desfecho desfavorável e a atenção à saúde das mães, associados, principalmente, às falhas de pré-natal, parto e nascimento (SANTOS *et al*, 2016).

Outro estudo realizado por Gaiva; Fujimoi e Sato (2015) em Cuiabá, Mato Grosso do Sul, também evidenciou altas taxas de mortalidade ao recém-nascido prematuro na primeira semana de vida, representando um coeficiente de 7,9 mortes neonatais/mil nascidos vivos, 6,0 mortes/mil nascidos vivos no período neonatal precoce.

Um estudo de Demitto *et al* (2015), na qual objetivou identificar os fatores associados a mortalidade neonatal com base nas características individuais de gestante de risco, do parto e do recém-nascido. Há forte associação entre a prematuridade mortalidade neonatal, com razão inversamente proporcional, ou seja, quanto menor a idade gestacional do RN, maior o risco de morte, o que remete à preocupação mundial em relação às taxas de nascimento prematuro.

A maior concentração de óbito infantis nos primeiros dias de vida, ocasionados por prematuridade, indica a necessidade de melhorar a atenção a este segmento da população tanto no pré-natal como no parto, pós-parto e seguimento ambulatorial. Prematuros sobreviventes ao parto e ao período de internação na UTI neonatal podem conviver com graus variados de sequelas e incapacidades, com prejuízos no crescimento e neurodesenvolvimento e necessitam de acompanhamento especializado no pós-alta (BRASIL, 2011).



## CAPÍTULO V - CONSIDERAÇÕES FINAIS

---

A partir do perfil epidemiológico traçado dos neonatos admitidos na UTI neonatal de um hospital referência na Baixada Fluminense, constata-se a necessidade de medidas preventivas que reduzam os altos índices de admissão por causas evitáveis com ações que melhoram a qualidade de assistência prestada à mulher no período gestacional, desde o pré-natal, parto e pós-parto, visto que a atenção à saúde do neonato tem início durante o período intrauterino.

Destaca-se que conhecer esse perfil epidemiológico, permite organizar a assistência prestada pautados com a demanda existente e com as características da população da unidade.

A análise dos dados evidenciou que a prematuridade foi a principal causa de internação na unidade corroborando com a literatura disponível sobre a temática demonstrando a necessidade de medidas para minimizar o nascimento de recém-nascidos prematuros evitáveis, bem como garantir a assistência integral e humanizada desde o nascimento até a alta, reduzindo o risco de morbi/mortalidade durante o período de internação.

Vale ressaltar, a importância das políticas públicas direcionadas a clientela prematura, em especial o método canguru, instituído para transformar a forma de cuidado tecnocrata baseada na doença para o cuidado humanizado pautado no neonato e na família. O hospital em estudo não apresenta tal política institucionalizada, apesar de ser um ambiente adequado para implantação, por atender, em sua maioria, recém-nascidos prematuros e apresentar infraestrutura e profissionais qualificados. Essa política tem como vantagens, além da formação do vínculo afetivo entre mãe-filho, redução do tempo de internação e morbi/mortalidade.

Além disso, a presente pesquisa poderá oportunizar novos estudos científicos na área de fatores de risco materno visto a estreita relação entre a saúde materna e neonatal. Tal estudo se limitou ao produto, a avaliação do neonato e seu perfil, estudos posteriores podem identificar os fatores maternos que propiciem a internação do recém-nascido na UTI neonatal, bem como avaliação da qualidade de pré-natal ao qual a mulher é exposta.

## REFERÊNCIAS

1. AMORIM, Melania Maria Ramos de et al. **Impacto das malformações congênitas na mortalidade perinatal e neonatal em uma maternidade-escola do Recife.** Rev. Bras. Saúde Mater. Infant. [online]. 2006, vol.6, suppl.1, pp.s19-s25. ISSN 1519-3829. <http://dx.doi.org/10.1590/S1519-38292006000500003>.
2. ARAUJO, Juliane Pagliari et al. **História da saúde da criança: conquistas, políticas e perspectivas.** Rev. Brasileira de enfermagem. [online]. 2014, vol.67, n.6, pp.1000-1007. Disponível: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167.2014670620>.
3. BEZERRA, NayanyFilgueiras et al. Fatores relacionados à mortalidade neonatal. Revista de enfermagem UEPE online, vol.10, nº 11, pp.s 3951-3959, nov, 2016.
4. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Guia de orientações para o Método Canguru na Atenção Básica: cuidado compartilhado / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – Brasília: Ministério da Saúde, 2016. 56 p. :il
5. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Atenção à saúde do recém-nascido: guia para os profissionais de saúde / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – 2. ed. – Brasília: Ministério da Saúde, 2014. v. 1. Cuidados gerais
6. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. Atenção à saúde do recém-nascido: guia para os profissionais de saúde / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. – Brasília: Ministério da Saúde, 2011. v. 2. Intervenções comuns, icterícia e infecções.
7. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. Atenção à saúde do recém-nascido: guia para os profissionais de saúde / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. – Brasília: Ministério da Saúde, 2011. v. 4. Cuidados com o recém-nascido pré-termo.
8. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Atenção à saúde do recém-nascido: guia para os profissionais de saúde / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – 2. ed. – Brasília : Ministério da Saúde, 2012. v. 3. Problemas respiratórios, cardiocirculatórios, metabólicos, neurológicos, ortopédicos e dermatológicos.
9. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Ciência e Tecnologia. **Síntese de Evidências para Políticas de Saúde: mortalidade perinatal** / Ministério da Saúde, Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos, Departamento de Ciência e Tecnologia. – 2. ed. – Brasília: Ministério da Saúde, 2016.

10. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. *Manual de vigilância do óbito infantil e fetal e do Comitê de Prevenção do Óbito Infantil e Fetal* / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. – 2. ed. – Brasília: Ministério da Saúde, 2009
11. BRASIL, Fundo das Nações Unidas para a Infância. Iniciativa Hospital Amigo da Criança : revista, atualizada e ampliada para o cuidado integrado : módulo 3 : promovendo e incentivando a amamentação em um Hospital Amigo da Criança : curso de 20 horas para equipes de maternidade / Fundo das Nações Unidas para a Infância, Organização Mundial da Saúde. – Brasília : Editora do Ministério da Saúde, 2009.
12. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST/AIDS. Diretrizes para controle da sífilis congênita: manual de bolso / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Programa Nacional de DST/Aids. – 2. ed. – Brasília : Ministério da Saúde, 2006.
13. CAMPOS, Deise; LOSCHI, Rosangela Helena and FRANCA, Elisabeth. Mortalidade neonatal precoce hospitalar em Minas Gerais: associação com variáveis assistenciais e a questão da subnotificação. *Revista brasileira epidemiol.* [online]. 2007, vol.10, n.2, pp.223-238. ISSN 1415-790X. <http://dx.doi.org/10.1590/S1415-790X2007000200010> .
14. COSTA R, Padilha MI, Monticelli M, Ramos FRS, Borenstein MS. Políticas Públicas de Saúde ao recém-nascido no Brasil: reflexos para a assistência neonatal. *HistEnfermRevEletronica* [Internet]. 2010. Disponível em:<[http://www.abennacional.org.br/centrodememoria/here/n1vol1ano1\\_artigo4.pdf](http://www.abennacional.org.br/centrodememoria/here/n1vol1ano1_artigo4.pdf)> .
15. DARIPA, Mandira et al. Asfixia perinatal associada à mortalidade neonatal precoce: estudo populacional dos óbitos evitáveis. *Rev. paul. pediatr.* [online]. 2013, vol.31, n.1, pp.37-45. ISSN 0103-0582. <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-05822013000100007>.
16. FORMIGA, Cibelle Kayanne Martins; SILVA, Laryssa Pereira da; LINHARES, Maria Beatriz Martins. Identificação de fatores de risco em bebês participantes de um programa de follow-up. *Revista CEFAC*. Vol. 20, nº 3, pp.s. 333 – 341, Maio – Jun, 2018.
17. G FILHO, Augusto Cezar Antunes de Araujo et al . Aspectos epidemiológicos da mortalidade infantil em um estado do Nordeste do Brasil. *Enferm. glob.*, Murcia , v. 17, n. 49, p. 448-477, 2018 . Disponível [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S169561412018000100448&lng=pt&nrm=iso](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S169561412018000100448&lng=pt&nrm=iso) .
18. GRANZOTTO JA, FONSECA SS, LINDEMANN FL. *Fatores relacionados com a mortalidade neonatal em uma unidade de terapia intensiva neonatal na Região Sul do Brasil*. *Revista da AMRIGS*. 2012;56(1)57-62
19. HACKENBERRY, Marilyn J; WILSON, David. Wong: Fundamentos de enfermagem pediátrica. 9. Ed. São Paulo, Mobby Elsevier, 2014.

20. MELO, Willian Augusto de; UCHIMURA, Taqueco Teruya. Perfil e processo da assistência prestada ao recém-nascido de risco no Sul do Brasil. Rev. bras. epidemiol., São Paulo, v. 14, n. 2, p. 323-337, June 2011. <http://dx.doi.org/10.1590/S1415-790X2011000200013>.
21. MENDES EV. O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde: o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde; 2012. p. 71-99. <http://dx.doi.org/10.5020/18061230.2018.7839> .
22. PEREZ, José Roberto Rus e PASSONE, Eric Ferdinando. Políticas sociais de atendimento às crianças e adolescentes no Brasil . Cad. Pesqui. [conectados]. 2010, vol.40, n.140, pp.649-673. ISSN 0100-1574. <http://dx.doi.org/10.1590/S0100-15742010000200017>.
23. RODRIGUES, Livia dos Santos; LIMA, Rômulo Henrique da Silva; COSTA, Luciana Cavalcante and BATISTA, Rosângela Fernandes Lucena. Características das crianças nascidas com malformações congênitas no município de São Luís, Maranhão, 2002-2011. Epidemiol. Serv. Saúde [online]. 2014, vol.23, n.2, pp.295-304. ISSN 2237-9622. <http://dx.doi.org/10.5123/S1679-49742014000200011>.
24. SILVA, Cristiana Ferreira da et al . Fatores associados ao óbito neonatal de recém-nascidos de alto risco: estudo multicentrico em Unidades Neonatais de Alto Risco no Nordeste brasileiro. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro , v. 30, n. 2, p. 355-368, Feb. 2014. Available from [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102311X2014000200355&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102311X2014000200355&lng=en&nrm=iso). accesson 15 Feb. 2019. <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311X00050013>.
25. SILVA, Natalia D.; VIEIRA, Maria Rita R. A atuação da equipe de enfermagem na assistência ao recém-nascido de risco em um hospital de ensino. Arq. Ciênc. Saúde, vol. 15, n° 3, pp.s 110-116, set, 2008.
26. Silveira RC, Procianoy RS. Uma revisão atual sobre sepse neonatal. Boletim científico de pediatria, vol. 1, n° 1, 2012. Rio Grande do Sul.
27. SOARES, Enio Silva; MENEZES, Greice Maria de Souza. Fatores associados à mortalidade neonatal precoce: análise de situação no nível local. Epidemiol. Serv. Saúde, Brasília , v. 19, n. 1, p. 51-60, mar. 2010 . Disponível em [http://scielo.iec.gov.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1679-49742010000100007&lng=pt&nrm=iso](http://scielo.iec.gov.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-49742010000100007&lng=pt&nrm=iso) .
28. SOVIO U; DIBDEN A, Koupil I. **Social determinantes of infant mortality in a historical Swedish cohort**. Paediatric and Perinatal Epidemiology. 2012;26:408-420.
29. TAMEZ, Raquel Nascimento. Enfermagem na UTI Neonatal: Assistência Ao Recém-nascido de Alto Risco, 5 ed. Grupo Gen-Guanabara Koogan, Rio de Janeiro, 2013.





## APÊNDICE

### Apêndice 1 – Instrumento de Coleta de Dados – RN’s admitidos na UTI Neonatal do HEAPN – 2014 a 2017

Ficha Nº: \_\_\_\_\_ Nº Prontuário: \_\_\_\_\_ Ficha Nº: \_\_\_\_\_ Nº Prontuário: \_\_\_\_\_

ASPECTOS BIOLÓGICOS DO RN	ASPECTOS BIOLÓGICOS DO RN
DN: _____/_____/_____ Sexo: _____ (1 – Masculino / 2 – Feminino) Peso: _____ Idade Gestacional: _____ APGAR: _____ (1’) _____ (5’)	DN: _____/_____/_____ Sexo: _____ (1 – Masculino / 2 – Feminino) Peso: _____ Idade Gestacional: _____ APGAR: _____ (1’) _____ (5’)
ASSISTÊNCIA AO RN SALA DE PARTO	ASSISTÊNCIA AO RN SALA DE PARTO
VPP: _____ (1 – Sim / 2 – Não) Intubação Orotraqueal: _____ ( 1 – Sim / 2 – Não) Massagem Cardíaca: _____ ( 1 – Sim / 2 – Não) Uso de Adrenalina: _____ ( 1 – Sim / 2 – Não)	VPP: _____ (1 – Sim / 2 – Não) Intubação Orotraqueal: _____ ( 1 – Sim / 2 – Não) Massagem Cardíaca: _____ ( 1 – Sim / 2 – Não) Uso de Adrenalina: _____ ( 1 – Sim / 2 – Não)
DADOS DA INTERNAÇÃO	DADOS DA INTERNAÇÃO
Diagnóstico de Admissão: _____ Data da Alta: _____ Tempo de Estadia: _____ Destino: _____	Diagnóstico de Admissão: _____ Data da Alta: _____ Tempo de Estadia: _____ Destino: _____

Apêndice 2 – Planilha de

Nº	ANO	DIAG	PESO	IG	SEXO	AP/1º	AP/5º	VPP	TOT	MASS	ADRE	ESTADIA	DESTINO
1													
2													
3													
4													
5													
6													
7													
8													
9													
10													
11													
12													
13													
14													
15													
16													
17													
18													
19													
20													
21													
22													
23													
...													
1740													

**LEGENDA:**

**Ano:** 1 – 2014 / 2 – 2015 / 3 – 2016 / 4 – 2017

**Diagnóstico:** 1 – Prematuridade / 2 – Desconforto Respiratório / 3 – Sífilis congênita / 4 - Prematuridade extrema / 5 – Sofrimento Fetal ou Asfixia Perinatal / 6 – Seps e choque séptico / 7 – Icterícia Neonatal / 8 – Malformação Congênita / 9 – Pneumonia / 10 – Hipoglicemia / 11 – Baixo Peso ao Nascer / 12 – Pequeno para IG

**Peso:** 1 - < 1000g / 2 – 1000g a 1500g / 3 – 1501g a 2500g / 4 - > 2500 g

**VPP / Intubação Orotraqueal / Massagem Cardíaca / Adrenalina:** 1 – Sim / 2 - Não

**Idade Gestacional:** 1 - < 28 semanas / 2 – 29 a 34 semanas / 3 – 35 a 36 semanas / 4 – 37 a 41 semanas / 5 - > 42 semanas.

**Destino:** 1 – UI neonatal / 2 – Outro Hospital / 3 – Alojamento Conjunto / 4 – Óbito / 5 - Residência

**Permanência na Unidade:** 1 – 1 a 7 dias / 8 a 28 dias / > 28 dias

# ANEXO

## Anexo 1 - PARECER DO CEP

UNIRIO - UNIVERSIDADE  
FEDERAL DO ESTADO DO RIO  
DE JANEIRO



### PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

#### DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

**Título da Pesquisa:** PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DOS NEONATOS DE ALTO RISCO INTERNADOS EM UM HOSPITAL REFERÊNCIA NA BAIXADA FLUMINENSE

**Pesquisador:** PRISCILLA DUARTE SOARES CORREA

**Área Temática:**

**Versão:** 1

**CAAE:** 88487218.8.0000.5285

**Instituição Proponente:** Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro - UNIRIO

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

#### DADOS DO PARECER

**Número do Parecer:** 2.708.887

#### Apresentação do Projeto:

Projeto Mestrado). Trata-se de um estudo de abordagem quantitativa, descritiva e de base populacional com informações geradas através do prontuário eletrônico. O objetivo do estudo é traçar o perfil epidemiológico dos neonatos de alto risco internados na unidade de terapia intensiva neonatal de um hospital referência em gestação de alto risco na baixada fluminense.

A pesquisa será realizada através de análise em prontuário eletrônico de todos os recém-nascidos internados na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal em um Hospital de referência da Baixada Fluminense, coletando dados do período de 1º de janeiro de 2014 a 31 de dezembro de 2017. Para contemplar os objetivos da pesquisa será realizado uma planilha no programa excel, desenvolvido pela pesquisadora, contendo variáveis de nascimento, internação, permanência e desfecho dos pacientes internados na UTI neonatal.

#### Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Traçar o perfil epidemiológico dos neonatos de alto risco internados na unidade de terapia intensiva neonatal de um hospital referência em gestação de alto risco na baixada fluminense

Objetivo Secundário:

- Descrever as características clínicas dos recém-nascidos admitidos em uma Unidade de Terapia

**Endereço:** Av. Pasteur, 296

**Bairro:** Urca

**CEP:** 22.290-240

**UF:** RJ

**Município:** RIO DE JANEIRO

**Telefone:** (21)2542-7796

**E-mail:** cep.unirio09@gmail.com

Continuação do Parecer: 2.708.887

Intensiva neonatal de um hospital referência em gestação de alto risco

- Determinar as condições associadas a morbimortalidade infantil no período de internação na unidade de terapia intensiva neonatal.
- Analisar a qualidade do preenchimento dos dados em prontuário eletrônico.

**Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

Riscos:

Como as informações a serem coletadas tratam sobre as experiências profissionais e pessoais relacionadas à violência, em caso de qualquer incômodo ao participante, este será orientado a não responder, sem nenhum tipo de risco.

Benefícios:

A participação no estudo não trará nenhuma gratificação financeira. Entretanto, a entrevista ajudará a buscar respostas para questões sobre a violência no trabalho e as suas dimensões reais e subjetivas no corpo dos enfermeiros e no espaço do atendimento pré-hospitalar móvel. Colaborando, assim, com informações que permitam o conhecimento da realidade sobre a violência no ambiente de trabalho e o desenvolvimento de planos e ações institucionais.

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

Pesquisa relevante na área de Atenção à Saúde Infantil.

**Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

Apresenta folha de rosto devidamente assinada.

Autorização da instituição onde os dados serão coletados.

Cronograma atualizado.

Solicitação de liberação de TCLE, por se tratar de um estudo com dados secundários.

**Recomendações:**

Nenhuma

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

Projeto sem pendências.

**Considerações Finais a critério do CEP:**

**Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:**

Endereço: Av. Pasteur, 296

Bairro: Urca

CEP: 22.290-240

UF: RJ

Município: RIO DE JANEIRO

Telefone: (21)2542-7796

E-mail: cep.unirio09@gmail.com

UNIRIO - UNIVERSIDADE  
FEDERAL DO ESTADO DO RIO  
DE JANEIRO



Continuação do Parecer: 2.708.887

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1104653.pdf	14/04/2018 16:08:13		Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	mestrado_perfil.docx	14/04/2018 16:07:29	PRISCILLA DUARTE SOARES CORREA	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	termo_anuencia.pdf	14/04/2018 15:55:56	PRISCILLA DUARTE SOARES CORREA	Aceito
Declaração do Patrocinador	compromisso_instituicao.pdf	14/04/2018 15:51:26	PRISCILLA DUARTE SOARES CORREA	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	termo_tcle.pdf	14/04/2018 15:50:41	PRISCILLA DUARTE SOARES CORREA	Aceito
Folha de Rosto	folha_rosto.pdf	14/04/2018 15:48:30	PRISCILLA DUARTE SOARES CORREA	Aceito

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

RIO DE JANEIRO, 12 de Junho de 2018

---

**Assinado por:**  
**Paulo Sergio Marcellini**  
**(Coordenador)**

**Endereço:** Av. Pasteur, 296

**Bairro:** Urca

**CEP:** 22.290-240

**UF:** RJ

**Município:** RIO DE JANEIRO

**Telefone:** (21)2542-7796

**E-mail:** cep.unirio09@gmail.com