

Perfil de neonatos internados em unidade de tratamento intensivo neonatal: estudo transversal

Profile of neonates hospitalized at a neonatal intensive care unit: a cross-sectional study

Angelica Damian¹, Roberta Waterkemper², Crislaine Aparecida Paludo¹

Resumo

Introdução: A Unidade de Tratamento Intensivo Neonatal é o serviço responsável pelo atendimento ao recém-nascido grave ou potencialmente grave. Conhecer o perfil de neonatos nesses espaços pode contribuir para a diminuição da morbimortalidade, a partir da análise de dados representativos dessa população, tanto nacional quanto internacionalmente. Estudos dessa magnitude podem demonstrar lacunas no cuidado e a possibilidade de transformação das realidades assistenciais e de saúde neonatal e materna. **Objetivo:** traçar o perfil de nascimento e de atendimento de recém-nascidos internados, em 2013, em unidade de tratamento intensivo neonatal de hospital de referência da região nordeste do Rio Grande do Sul. **Material e Métodos:** estudo descritivo e transversal realizado com 126 recém-nascidos internados entre 01 de janeiro e 31 de dezembro de 2013, em um hospital da região nordeste do Rio Grande do Sul; dados analisados descritivamente, usando o *software* SPSS 17.0. **Resultados:** A maioria das crianças nasceu de parto cesáreo (84,9%), prematura (69,6%) (idade gestacional média de 33 semanas), com baixo peso ao nascer (peso de nascimento médio de 2.111gramas). O tempo de internação médio foi de 23 dias, onde 77% tiveram alta e 11,1% morreram. As principais causas de internação foram prematuridade e complicações respiratórias. **Conclusão:** a população de neonatos caracterizou-se, principalmente, pela prematuridade e/ou baixo peso ao nascer, com percentual considerável de recém-nascidos com complicações respiratórias.

Descritores: Enfermagem Neonatal; Unidade de Terapia Intensiva Neonatal; Hospitalização

Abstract

Introduction: Neonatal Intensive Care Unit is the department responsible for the care of newborns serious or potentially serious. Knowing the profile of neonates at an ICU can contribute toward the reduction of morbidity and mortality. We can achieve this carrying out a data analysis from a significant statistical data interpretation of this population both nationally and internationally. Studies of this magnitude may show gaps in the care delivered, as well as the possibility to change care realities, and neonatal and maternal health. **Objective:** Define the profile of birth and care of newborns hospitalized in 2013 in the neonatal intensive care unit of the hospital of reference of the northeast region of Rio Grande do Sul. **Patients and Methods:** Descriptive cross-sectional study of 126 newly born, who were hospitalized between January 1st and December 31, 2013, at a hospital in northeastern Rio Grande do Sul. Dates analyzed descriptively using SPSS software, version 17.0. **Results:** Most children were born by cesarean (84.9%), premature (69.6%), mean gestational age of 33 weeks, with low birth weight (mean birth weight 2,111 grams). The mean time of hospitalization was 23 days, where 77% were discharged and 11.1% died. The main causes of hospitalization were prematurity and respiratory complications. **Conclusion:** The population of newborns was characterized mainly by prematurity and/or low birth weight, with a considerable percentage of newborns with respiratory complications.

Descriptors: Neonatal Nursing; Intensive Care Units, Neonatal; Hospitalization.

¹Faculdade Cenecista de Bento Gonçalves(FACEBG)Bento Gonçalves-RS-Brasil.

²Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre (UFCSPA)-Porto Alegre –RS-Brasil

Conflito de interesses: Não

Contribuição dos autores: AD Planejamento do projeto de pesquisa, coleta de dados, análise dos dados, discussão dos resultados, redação final, preparação do artigo para submissão. RW Análise dos dados, discussão dos resultados, revisão crítica. CAP Planejamento do projeto de pesquisa, discussão dos resultados.

Contato para correspondência: Angelica Damian

E-mail: angelik.damian@gmail.com

Recebido:17/12/2015; **Aprovado:** 25/04/2016

Introdução

O período neonatal, que compreende os primeiros 28 dias de vida, é considerado como o mais vulnerável para a sobrevivência do indivíduo. Quando em situação de risco de morte, a Unidade de Tratamento Intensivo Neonatal (UTIN) é o serviço de internação responsável pelo cuidado integral do recém-nascido, devendo possuir estrutura e condições técnicas adequadas à prestação de assistência especializada, incluindo instalações físicas, equipamentos e recursos humanos⁽¹⁾. A maioria de todas as mortes neonatais (73%) ocorre durante a primeira semana de vida e 36% em menos de 24 horas⁽²⁾.

De acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS), a mortalidade neonatal vem aumentando em todas as regiões nos últimos 20 anos. Pelo menos dois milhões de neonatos poderiam ser salvos por ano, se houvesse o fim da mortalidade neonatal evitável. Em 2012, seis milhões de crianças morreram antes de completar um ano de vida e, a maioria, por causas evitáveis⁽³⁾.

Entre as causas de morte, a prematuridade é a causa líder nas crianças recém-nascidas e a segunda em crianças com menos de cinco anos^(1,3). Em estudos brasileiros, as causas apontadas de internação neonatal em UTIN são variadas, dependendo do local do estudo. Porém, as doenças respiratórias e a prematuridade⁽⁴⁾ são as que mais afetam os recém-nascidos, decorrente da imaturidade do sistema respiratório e a grande vulnerabilidade à infecção⁽¹⁾.

A maioria desses estudos foi realizada na região sul do Brasil e suas conclusões demonstram que as causas de internações têm relação com fatores relacionados à atenção à saúde, durante a gestação e o nascimento, confirmou a necessidade urgente de se repensar as consultas de pré-natal e o atendimento ao parto⁽²⁻⁴⁾. Os escores de Apgar, peso ao nascer e idade gestacional são altamente associados à sobrevivência e, em combinação, são uma medida do bem-estar do recém-nascido (RN), do sucesso da reanimação, do tamanho e da maturidade do RN⁽⁵⁾.

O presente estudo teve como objetivo, traçar o perfil de nascimento e atendimento de recém-nascidos internados, em 2013, em unidade de tratamento intensivo neonatal de hospital da região nordeste do Rio Grande do Sul.

Material e Métodos

Trata-se de um estudo descritivo e transversal realizado com dados de recém-nascidos internados, entre 01 de janeiro a 31 de dezembro de 2013, em UTIN de hospital de referência da região nordeste do Rio Grande do Sul, Brasil. A coleta dos dados ocorreu a partir de dados secundários em prontuário dos recém-nascidos que se enquadraram nos critérios de inclusão, após a autorização da instituição, totalizando uma amostra de 126 prontuários. Foram incluídos prontuários com indicativo de internação iniciada com até 28 dias de vida e com diagnóstico descrito no momento da internação. Foram excluídos prontuários com falta de descrição de uma ou mais variáveis a serem investigadas.

As variáveis estudadas foram: sexo, diagnóstico de internação, desfecho clínico; taxa de utilização de antibióticos, tipo de antibiótico, uso de surfactante; doses de surfactante; suporte

ventilatório; intercorrências clínicas; tipo de convênio, local de procedência, peso e comprimento ao nascer, idade do bebê no momento da internação, índice de Apgar no 1º e 5º minuto de vida, idade gestacional de nascimento, tempo de internação, tipo de parto, motivo pela realização do parto prematuro, desfecho clínico.

Os dados foram digitados em planilha do *Microsoft Office Excel®* e analisados por meio de estatística descritiva simples, com o uso de frequência absoluta (N) e relativa (%), médias, valores mínimos, máximos, desvio padrão, com o *software* estatístico SPSS, versão 17.0. A pesquisa foi baseada na Resolução 466/12. Os riscos da pesquisa foram mínimos, tendo como benefício a colaboração com o campo científico e a possibilidade de prevenção dos problemas que ocasionam a internação em UTIN, a partir dos resultados da pesquisa. A pesquisa obteve dispensa de TCLE emitido pelo CEP (CAAE 30963814.0.0000.5571).

Resultados

Entre os prontuários de neonatos estudados, 58,7% eram do sexo masculino, sendo que 59,5% naturais de Bento Gonçalves. O peso de nascimento variou entre 570 e 5.085 gramas, com média 2.111 gramas e desvio padrão de 836,4. O extremo baixo peso ficou com 7,9%, muito baixo peso com 15,9%, baixo peso com 45,2% e peso com 31%. Já o comprimento médio foi 41,57 cm, com desvio padrão de 6,7 sendo o mínimo 26 cm e o máximo 56 cm.

Os bebês nasceram, em média, com 33 semanas de gestação, com desvio padrão de 4, sendo que 78,4% nasceram de parto prematuro e 21,6% a termo, variando entre 21 e 40 semanas. Destes, 83,1% nasceram de parto cesáreo. Em 26,1% dos casos o motivo de realização do parto prematuro foi em virtude de pré-eclâmpsia, 15,9% infecção do trato urinário, 14,5% Trabalho de Parto Prematuro - TPP, 14,5% bolsa rota e 11,6% oligodrânio.

A prematuridade foi a principal causa de internação (69,6%), seguida da doença da membrana hialina (DMH) (41,3), disfunção respiratória (11,2%) e Taquipneia Transitória do Recém-Nascido (TTRN) (10,4).

Foi encontrado Índice de Apgar no 1º minuto de vida de 6,93, variando entre 1 e 10 (desvio padrão 2), e no 5º minuto de 7,96, variando entre 3 e 10 (desvio padrão 1,5).

Em relação ao tempo de internação, os neonatos permaneceram, em média, 23 dias internados, com desvio padrão de 38 dias. O tempo mínimo de internação foi de um dia e o máximo 363 dias, porém 80% ficaram internadas por um período menor que 30 dias. Do total, 54% foram atendidas pelo SUS e 46% convênio/particular.

Ao longo do período de internação, os neonatos utilizaram medidas variadas de suporte respiratório e antibioticoterapia. O percentual de crianças que utilizaram antibióticos foi de 71,4%, destacando-se o uso de gentamicina (87,8%), ampicilina (85,6%) e vancomicina (40%). Apenas 19,0% das crianças pesquisadas utilizaram surfactante pulmonar. Destas, 12,7% receberam uma dose e 6,3% receberam duas doses (desvio padrão 0,57). Dentre as medidas de suporte respiratório demonstrou-se

Tabela 1. Distribuição dos neonatos quanto a características de nascimento. Bento Gonçalves/RS, 2014

Variáveis	N	%	Média	Desvio Padrão	Kolmogorov-Smirnov	Valor p
Peso (gramas)						
Extremo Baixo Peso (até 999g)	10	7,0				
Muito Baixo Peso (1000 a 1499g)	20	15,9	2111,0	836,4	Normal	0,130
Baixo Peso (1500 a 2499g)	57	45,2				
Peso Adequado (acima de 2500g)	39	31,0				
26 a 35	23	18,3				
36 a 45	65	51,6	41,6	6,7	Normal	0,500
46 a 55	37	29,4				
Acima de 56	1	0,8				
Pré-termo (até 36)	98	78,4				
A termo (37 a 40)	27	21,6	33,0	4,0	Assimétrico à direita	0,011
Pós-termo (após 41)	-	-				
Grave (0 a 3)	13	10,5				
Moderado (4 a 7)	24	19,4	6,93	2,0	Assimétrico à direita	0,000
Normal (8 a 10)	87	70,2				
Grave (0 a 3)	1	0,8				
Moderado (4 a 7)	20	16,1	7,96	1,5	Assimétrico à direita	0,000
Normal (8 a 10)	103	83,1				
Prematuridade	74	69,6				
DMH	52	41,3				
Disfunção Respiratória	14	11,2				
TTRN	13	10,4			Não se aplica	
Outras Doenças do Sistema Cardiovascular /Respiratório	27	21,6				
Doenças do Sistema Imunitário e Causas Genéticas	16	12,8				
Outras Doenças relacionadas a gestação	7	5,6				
Doenças do Sistema Digestivo / Endócrino	8	6,4				

Tabela 2. Distribuição dos neonatos quanto a características de atendimento em UTIN. Bento Gonçalves/RS, 2014

Variáveis	Número (n)	Número (%)	Média	Desvio Padrão	Kolmogorov-Smirnov	Valor de p
Até 30	100	80,00				
31 a 60	16	12,80	23	38	Assimétrico à esquerda	0,005
> 61	9	7,20				
Não utilizaram	102	81,0				
1 vez	16	12,70	0,26	0,57	Assimétrico à esquerda	0,000
2 vezes	8	6,30				
CEN	92	76,20	4 dias	8 dias	Assimétrico à esquerda	0,000
CPAP	37	29,36	1 dia	2 dias	Assimétrico à esquerda	0,000
TOT	51	40,48	7 dias	19 dias	Assimétrico à esquerda	0,000

CEN: Cateter Extra Nasal, CPAP: Pressão Positiva Contínua nas Vias Aéreas, TOT: Tubo orotraqueal.

Discussão

É importante destacar que a amostra estudada constitui-se exclusivamente de recém-nascidos internados em uma UTIN da região nordeste do Rio Grande do Sul, que recebe pacientes da própria maternidade, assim como de outras maternidades do estado. Compreende-se que não exista uma concordância entre todos os serviços em relação ao direcionamento das condutas específicas para todas as afecções que acometem os neonatos que necessitam da UTIN e que as condições humanas e tecnológicas não são comparáveis entre todos os serviços. Este estudo de caráter descritivo, não buscou comparar o local de coleta de dados com outros serviços, mas constatar a realidade de uma UTIN e agregar informações que possam auxiliar no delineamento do atendimento neonatal da região nordeste do Rio Grande do Sul para se criar estratégias que possam diminuir a mortalidade neonatal e, conseqüentemente, diminuir a taxa de mortalidade infantil nessa região.

Em relação ao sexo, houve predominância do sexo masculino, correspondendo a 58,7%. Estudos confirmam que o sexo masculino apresenta o processo de maturidade pulmonar mais lento, contribuindo para um nascimento prematuro. O sexo feminino é considerado um fator protetor do para o amadurecimento mais rápido do pulmão⁽⁶⁾. Assim, pode-se recomendar um olhar mais aguçado ao gênero masculino, em razão de sua fragilidade adquirida já na concepção.

Dentre as principais causas de internação, em ordem de ocorrência, está a prematuridade (78,4%), seguido por complicações respiratórias (81,1%) e o baixo peso ao nascer (69%). O baixo peso ao nascer e a prematuridade são configurados fatores de riscos para a mortalidade infantil, principalmente, nos primeiros meses de vida⁽⁶⁾. Segundo dados do Ministério da Saúde⁽⁷⁻⁸⁾, crianças com menos de 2.500 g são consideradas baixo peso, aumentando o risco para morbimortalidade. Comparando-se com outro estudo⁽⁹⁾, também realizado na região sul do Brasil, em 2012, o perfil encontrado apresenta-se semelhante, em relação às causas de internação, reforçando o que vem se afirmando na literatura nacional sobre a mortalidade neonatal como um

que a taxa de utilização de suporte de oxigênio com Cateter Extra Nasal (CEN) foi 76,2% (desvio padrão 8,0%), sendo a mais utilizada. Entre as principais intercorrências clínicas citadas foram encontradas: icterícia (27,0%), seguida de apneia (22,1%) e anemia (15,6%), sendo que 19,7% não relatavam intercorrências. O desfecho da internação foi de 77,0% de alta para unidade de internação, 11,1% de óbito, 9,5% de transferência e 2,4% de alta para casa.

problema de saúde pública⁽¹⁰⁾. O baixo peso ao nascer e a prematuridade são configurados como fatores de riscos, decorrente da vulnerabilidade da população infantil, ou seja, quanto menor o peso e a idade gestacional, maior a probabilidade de ocorrência de morbidade. A alta incidência do baixo peso ao nascer e da prematuridade constituem problemas de saúde pública para muitos países, estando presentes naqueles com condições socioeconômicas menos favorecidas, como é o caso do Brasil⁽⁶⁾. A taxa de prematuridade tem como consequência direta, o índice relacionado ao tipo de parto, principalmente, o parto cesáreo. Este foi o principal método de parturição neste estudo (84,9%). Sua indicação ocorreu, principalmente, por pré-eclâmpsia, infecção do trato urinário, trabalho de parto prematuro e Bolsa Rota. De acordo com a OMS, apenas 15% do total de nascimentos em um país devem ocorrer cirurgicamente⁽⁷⁻⁸⁾. Apesar desta recomendação, ainda são altos os índices de partos cirúrgicos e, neste estudo, os índices assemelham-se aos verificados na maioria das regiões brasileiras, que se encontram acima de 32,0%⁽⁸⁾. A cesárea é um procedimento cirúrgico desenvolvido para salvar a vida da mãe e/ou da criança, quando ocorrem complicações durante a gravidez ou o parto. Como todo procedimento cirúrgico, a cesárea não é isenta de riscos e está associada, no Brasil e em outros países, à maior morbimortalidade materna e infantil, quando comparada ao parto vaginal⁽⁸⁾. Estudos atuais⁽⁷⁻⁸⁾ mencionam que o aumento das taxas de parto cesáreo está relacionado às taxas crescentes de cesarianas programadas com interrupção indevida da gravidez, sem justificativa médica, tendo como consequência a prematuridade e aumento do risco de morte infantil e perinatal, mesmo entre os RN prematuros tardios com peso adequado ao nascer⁽⁷⁾.

O índice de Apgar, surgiu em 1952, sendo um dos métodos mais utilizados para avaliação imediata do neonato após o nascimento, capaz de avaliar a capacidade de resposta e as condições fisiológicas, ajudando a identificar a necessidade de reanimação ou outro cuidado especial⁽⁵⁾. É realizado no primeiro e quinto minuto de vida, sendo avaliados cinco aspectos que recebem notas de zero a dez (frequência cardíaca, respiração, cor, tônus muscular e irritabilidade reflexiva). O valor de 0 a 3 é considerado grave, de 4 a 7 moderado, e de 8 a 10 normal⁽¹¹⁾.

Neste estudo, embora as médias das crianças estudadas se enquadrem na categoria de prematuras e baixo peso, as médias das notas do Índice de Apgar do primeiro minuto (6,9%) e do quinto minuto (7,9%) enquadram-se como moderadas. Apenas 10,5% e 0,8% tiveram notas graves no 1º e 5º minuto de vida, respectivamente. Crianças que apresentaram índice menor que 7 no quinto minuto de vida, apresentam risco 5,33 vezes maior de morte. Em um estudo sobre mortalidade infantil, realizado em Porto Alegre, em 2012, 20,3% das crianças prematuras apresentaram índice menor que 7, no quinto minuto de vida, sendo que destas, 70% morreram⁽⁹⁾, comprovada a relação do índice de Apgar com a mortalidade infantil.

Durante um período, a medicina neonatal afirmava que a pontuação de 0 a 3, no 1º minuto de vida, determinava a ventilação respiratória como a manobra de reanimação mais adequada. Novos conhecimentos, como a determinação do pH sanguíneo do feto, vieram a modificar esse conceito e a pontuação de 6 ou

menos, no 5º minuto, passou a ser o referencial mais importante no diagnóstico e no prognóstico, ao lado da proposta de não se esperar a nota do 1º minuto para se iniciarem as manobras de reanimação⁽⁵⁾. Apesar disso, a pontuação no 1º minuto parece ainda ter importância no prognóstico da mortalidade.

O período médio de internação foi de 23 dias, com desvio padrão de 38, sendo que 80,0% ficaram internadas por menos de 30 dias, dados semelhantes a outros estudos do Rio Grande do Sul, que encontraram médias de 17⁽⁹⁾ e 21 dias⁽¹²⁾ de internação em UTIN. Apesar da melhora comprovada nos cuidados intensivos neonatais nos últimos anos, o tempo de internação dos recém-nascidos prematuros, principalmente com menos de 26 semanas de idade gestacional, tendem a durar mais de três meses, quando o sistema nervoso terá que se desenvolver por medidas não fisiológicas, por vezes adversas, estando sujeitos a um risco muito maior de agressões⁽¹³⁾. Longos períodos de internação contribuem com o aumento do índice de infecções e do uso de antibióticos. Grande parte das crianças (71,4%) utilizou antibiótico, principalmente gentamicina (87,8%) e ampicilina (85,6%), ambas da família das penicilinas, indicadas no controle de infecções hospitalares, dados que se assemelha a de outro estudo realizado no Rio Grande do Sul, que 80,2% das crianças utilizaram antibióticos⁽⁹⁾.

A infecção em UTIN pode ser precoce (até 48 horas) ou tardia (após 48 horas), podendo ser influenciada pelo peso, características do local, procedimentos invasivos, fonte materna, tempo de internação, entre outros fatores. A ampicilina e gentamicina são os antibióticos indicados para tratamento em infecções precoces⁽¹⁴⁾, o que pode explicar a alta taxa de uso.

A sepse é uma das principais causas de morbimortalidade no período neonatal. Sua incidência varia de um a oito casos por 1.000 nascidos vivos. O diagnóstico de sepse neonatal precoce é difícil, já que os sinais clínicos iniciais podem ser mínimos ou inespecíficos, podendo ser confundidos com as manifestações clínicas de outras doenças. A presença do germe em culturas é considerada “padrão-ouro” para o diagnóstico, apesar de a sensibilidade desse exame não ultrapassar 80%⁽¹⁾. Como a doença pode evoluir desfavoravelmente de maneira abrupta, a tendência é tratar o RN quando se suspeita de sepse, especialmente o RN pré-termo, que, por ser imunodeficiente, é mais suscetível à infecção. Em razão desses aspectos, é muito comum o uso de antibioticoterapia em RN que não estão realmente sépticos⁽¹⁾.

A disfunção respiratória em bebês no período neonatal pode ser um sintoma de diversas doenças, que aparecem durante o período de adaptação imediata à vida extrauterina, dependendo, principalmente, da função cardiopulmonar adequada. Pode aparecer pela alteração da frequência, ritmo e periodicidade da respiração, batimento de asa de nariz, gemido, retrações torácicas e alteração na coloração da pele⁽⁷⁾. Uma das estratégias para promover a maturidade pulmonar, nos casos de parto prematuro, bem como de síndromes respiratórias, é o uso de surfactante. Do total da amostra deste estudo, 19,0% utilizaram. Tem como objetivo a estabilização dos alvéolos e a diminuição do risco de óbito pelo aumento da capacidade residual funcional do pulmão e desta forma, a melhora da relação ventilação-perfusão corrigindo a hipoxemia⁽¹⁵⁾.

Associado ao seu uso, pode-se utilizar qualquer modalidade ventilatória, as quais podem oferecer risco de danos pelo excesso e/ou falta de oxigênio⁽¹⁵⁾. Nesse sentido, o CPAP se mostra uma terapêutica segura, com complicações basicamente tóxicas, sendo que não evita a alimentação entérica do recém-nascido e provoca menos danos⁽⁶⁾. No presente estudo, a taxa de utilização de suporte de oxigênio (O₂) com CEN ficou em 76,2% das crianças pesquisadas, 40,3% precisaram utilizar TOT e 29,3% precisaram de CPAP. Outros estudos, revelam que 79,9% das crianças utilizaram oxigênio⁽⁹⁾ e 55,8% necessitaram de CPAP⁽⁹⁾. Os recém-nascidos, em especial os prematuros, são mais vulnerável a lesão causadas pelo uso de O₂, porque os sistemas antioxidantes ainda não se desenvolveram completamente, provocando dano tecidual⁽¹⁾.

A CPAP nasal, associada aos avanços nos cuidados respiratórios, vem com uma perspectiva de ventilação não invasiva para minimizar a lesão pulmonar. Seu emprego é fundamental, pois estabiliza a caixa torácica e otimiza a função do diafragma, previne o colapso alveolar e melhora a complacência pulmonar, aumenta a capacidade residual funcional, adequando os distúrbios da relação ventilação/perfusão, conserva a função do surfactante alveolar, prevenindo os ciclos repetidos de colapso e insuflação das vias aéreas distais, entre outras⁽¹⁾.

Os principais índices de intercorrências gerais no período da internação ficaram a cargo das doenças do sistema respiratório (81,1%) e circulatório (27,9). Especificamente, a icterícia (27%) e apnéias (22,1%) foram as mais relatadas. Do total de bebês internados, 19,7% não apresentaram registros de intercorrências.

Do total de crianças estudadas, 77% tiveram alta para unidade de internação, 9,5% foram transferidas para outros hospitais, sendo a maior parte delas por precisar atendimento de complexidades que não são referências para o hospital em que estavam, 2,4% foram diretamente para casa, sendo casos de gêmeos com plano de saúde, no qual um já estava em casa, e que, se necessário, eram atendidos pelo plano.

A taxa de mortalidade obteve índice de 11,1% dos casos. O período neonatal dos recém-nascidos de baixo peso e prematuro é crítico em razão da instabilidade hemodinâmica. Afirmar-se, também, que se tem como fatores de risco para a mortalidade neonatal, o baixo peso ao nascer, prematuridade, intercorrências no parto e problemas durante a gestação⁽⁴⁾. O coeficiente de mortalidade neonatal vem apresentando declínio muito lento no país, em virtude da permanência dos elevados níveis de mortalidade por fatores ligados à gestação e ao parto, refletindo as desigualdades sociais do país e de acesso a serviços de saúde em tempo oportuno, com a qualidade e resolutividade necessária⁽¹⁵⁾.

Conhecendo os principais diagnósticos de internação e os principais motivos de realização dos partos prematuros, sugere-se a realização de estudos de relação para comparações das variáveis estudadas, potencializando a compreensão dos achados, bem como estudos de intervenções realizadas após a identificação de resultados semelhantes aos deste estudo, a fim de identificar se conhecendo o perfil dos internados na UTIN, é possível intervir para prevenir e evitar danos e sequelas.

Conclusão

O estudo possibilitou traçar o perfil de nascimento e de atendimento de crianças internadas em uma UTIN de um hospital de referência da região nordeste do Rio Grande do Sul. O perfil dos recém-nascidos investigados foi representado pelo sexo masculino, prematuro, com baixo peso e índice de Apgar elevado no 1º e 5º minutos, com prevalência de doenças respiratórias, principalmente, a DMH, com necessidade de uso de suporte de oxigênio com CEN, surfactante e antibióticoterapia. A maioria dos partos foi o cesáreo. Destaca-se ainda, que apesar do baixo peso da maioria dos bebês internados, prematuros e com indicação para internação em UTIN, a nota do Índice de Apgar apresentou-se satisfatória.

Considera-se que o baixo peso ao nascer e a prematuridade sejam um problema de difícil controle, pois a prevenção desse quadro torna-se uma tarefa que envolve a qualidade de saúde e de vida da população. Compreende-se a necessidade de se traçar ações na saúde pública e privada com foco no trabalho pré-natal, identificando precocemente os sinais de risco ou de alteração durante a gestação, diminuindo a incidência de partos prematuros e complicações neonatais.

Referências

- 1 Ministério da Saúde. Atenção à saúde do recém-nascido: guia para os profissionais de saúde [monografia na Internet]. 2. ed. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2012 [acesso em 2014 Jul 20]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/atencao_saude_recem_nascido_profissionais_v3.pdf
- 2 Save the Children. Ending newborn deaths: ensuring every baby survives [monografia na Internet]. London: Save the Children Fund; 2014 [acesso em 2015 Maio 8]. Disponível em: <http://www.savethechildren.org/atf/cf/%7B9def2ebe-10ae-432c-9bd0-df91d2eba74a%7D/ENDING-NEWBORN-DEATHS.PDF>
- 3 Blencowe H, Cousens S. Addressing the challenge of neonatal mortality. *Trop Med Int Health* [periódico na Internet]. 2013 [acesso em 2015 Maio 9];18(3):[aproximadamente 10 p.]. Disponível em: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/tmi.12048/epdf>
- 4 Tadielo BZ, Neves ET, Arrué AM, Silveira A, Ribeiro AC, Tronco CS, et al. Morbidade e mortalidade de recém-nascidos em tratamento intensivo neonatal no sul do Brasil. *Rev Soc Bras Enferm Ped*. [periódico na Internet]. 2013 [acesso em 2015 Maio 9];13(1):[aproximadamente 6 p.]. Disponível em: <http://www.sobep.org.br/revista/component/zine/article/163-morbidade-e-mortalidade-de-recm-nascidos-em-tratamento-intensivo-neonatal-no-sul-do-brasil.html>
- 5 Oliveira TG, Freire PV, Moreira FT, Moraes JSB, Arrelaro RC, Rossi S, et al. Escore de Apgar e mortalidade neonatal em um hospital localizado na zona sul do município de São Paulo. *Einstein* [periódico na Internet]. 2012. [acesso em 2016 Mar 17];10(1):[aproximadamente 7 p.]. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/eins/v10n1/pt_v10n1a06.pdf
- 6 Souza KCL, Campos NG, Júnior FFUS. Perfil dos recém-nascido submetidos à estimulação precoce de uma Unidade de Terapia Intensiva Neonatal. *Rev Bras Promoc Saude* [periódico na Internet]. 2013 [acesso em 2013 maio 9];26(4):[aproxima-

damente 7 p.]. Disponível em: <http://ojs.unifor.br/index.php/RBPS/article/viewFile/3117/pdf>

7 Ministério da Saúde [monografia na Internet]. Atenção à saúde do recém-nascido: guia para os profissionais de saúde. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2011 [acesso em 2014 Jul 18]. Disponível em: http://www.redeblh.fiocruz.br/media/arn_v1.pdf

8 Höfelmann DA. Tendência temporal de partos cesáreos no Brasil e suas regiões: 1994 a 2009. *Epidemiol Serv Saúde* [periódico na Internet]. 2012 [acesso em 2015 Maio 9];21(4):[aproximadamente 7 p.]. Disponível em: <http://scielo.iec.pa.gov.br/pdf/ess/v21n4/v21n4a05.pdf>

9 Granzotto JA, Fonseca SS, Lindemann FL. Fatores relacionados com a mortalidade neonatal em uma Unidade de Terapia Intensiva na região Sul do Brasil. *Revista AMRIGS* [periódico na Internet]. 2012 [acesso em 2014 Out 6];56(1):[aproximadamente 6 p.]. Disponível em: http://www.amrigs.com.br/revista/56-1/0000095683-11_935.pdf

10 UNICEF Brasil [homepage na Internet]. 2013 [acesso em 2015 Maio 7]. Consultoria: pesquisa para estimar a prevalência de nascimentos pré-termo no Brasil e explorar possíveis causas; [aproximadamente 18 telas]. Disponível em: http://www.unicef.org/brazil/pt/br_prematuridade_posiveis_causas.pdf

11 Tamez RN. Enfermagem na UTI Neonatal: assistência ao recém-nascido de alto risco. 5ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2013.

12 Dias KO, Carneiro M. Sepses neonatal na Unidade de Terapia Intensiva Neopediátrica do Hospital Santa Cruz- Rio Grande do Sul. *Rev Epidemiol Control Infect* [periódico na Internet]. 2012 [acesso em 2014 Out 7];2(4):[aproximadamente 5 p.]. Disponível em: <http://online.unisc.br/seer/index.php/epidemiologia/article/view/3132/2376>

13 Fernandes PC, Grave MTQ. Incidência de prematuridade em um hospital de médio porte do interior do Rio Grande do Sul que possui UTI Neonatal. *Cad Pedagógico* [periódico na Internet]. 2012 [acesso em 2015 Maio 9];9(2):[aproximadamente 8 p.]. Disponível em: <file:///C:/Users/30062/Downloads/262-1679-2-PB.pdf>

14 Calil R, Caldas JMS. Uso racional e seguro de antibióticos em Neonatologia [monografia na Internet]. Sociedade Brasileira de Pediatria [acesso em 2012 out 15]. Disponível em: http://www.sbp.com.br/src/uploads/2015/02/SBP_Uso_Racional_e_Seguro_de_Antibioticos_e_neonatologia.pdf

15 Oliveira GS, Lima MCBM, Lyra CO, Oliveira AGRC, Ferreira MAF. Desigualdade espacial da mortalidade neonatal no Brasil: 2006 a 2010. *Cienc Saúde Coletiva* [periódico na Internet]. 2013 [acesso em 2015 Maio 9];18(2):[aproximadamente 12 p.]. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v18n8/28.pdf>

Angélica Damian é enfermeira atuante em UTI Neonatal, especialista em Gestão nos Serviços de Saúde. E-mail: angelik.damian@gmail.com

Roberta Waterkemper é enfermeira, professora doutora adjunta II na Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre (UFCSPA). E-mail: robwater@gmail.com

Crislaine Aparecida Paludo é bióloga, professora, doutora em Genética e Biologia Molecular na Faculdade Cenecista de Bento Gonçalves(FACEBG). E-mail: crislainepaludo@gmail.com