



Aspectos clínicos dos recém-nascidos internados em unidade de terapia intensiva neonatal

Clinical aspects of newborns admitted to a neonatal intensive care unit

DOI: 10.56238/isevjhv3n1-009

Recebimento dos originais: 29/12/2023

Aceitação para publicação: 18/01/2024

Danieli Damasceno Soares

Acadêmica do 5º ano do curso de Enfermagem na UNIPAR campus Cascavel

Aluana Moraes

Professora Mestre e Orientadora do Curso de Enfermagem da UNIPAR, campus Cascavel

RESUMO

Objetivo: Identificar o perfil clínico dos recém-nascidos internados nas Unidades de Terapia Intensiva Neonatal. **Metodologia:** Trata-se de um estudo observacional do tipo ecológico, com abordagem quantitativa, realizado com dados de recém-nascidos internados, em Unidades Terapia Neonatal, dos hospitais do município de Cascavel região oeste do Paraná, Brasil. Foram estudadas as seguintes as seguintes variáveis: sexo, cor/ raça, tipo de parto, idade gestacional, número de consultas pré-natal, idade da mãe, nível de instrução da mãe, peso ao nascer, malformação congênita, tipo de malformação congênita, apgar. **Resultados:** Com base nos resultados desse estudo podemos identificar que os recém-nascidos, a maioria era do sexo masculino, nascidos de parto cesariana, grande parte deles considerados adequados para a idade gestacional (AIG), sendo menores do que 2.500gramas, com escore de apgar no 1º e 5º minutos considerados entre normal e moderado. **Discussão:** 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 UTI Neonatal, é possível intervir para prevenir e evitar danos e sequelas. **Conclusão:** Contudo, tal pesquisa propiciou conhecer a população estudada sob os aspectos do seu crescimento e práticas realizadas na unidade, trazendo contribuições para o serviço, possibilitando mudanças no manejo destes bebês e de todos aqueles que contribuem para seu desenvolvimento.

Palavras-chave: Enfermagem neonatal, Perfil, Uti neonatal, Internamento.

1 INTRODUÇÃO

A Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN), caracteriza-se como uma área de assistência a recém-nascidos de 0 a 28 dias de vidas, criticamente enfermos, vulneráveis, que necessitam de cuidados de enfermagem especiais e contínuos, o que exige do profissional enfermeiro grande conhecimento científico, habilidade técnica e capacidade de realizar avaliações particularmente criteriosas desses pacientes. (ALFARO LEFEVRE; 2005)



O enfermeiro é quem detém o saber e controla o processo de trabalho, tem a responsabilidade com os membros da sua equipe, pois eles que são executores das tarefas. Nesse ambiente é necessário a presença de profissionais com alto nível de conhecimento científico, habilidade técnica e capacidade de proceder a uma avaliação criteriosa do paciente e intervir nas particularidades de cada um, pois há a necessidade de uma assistência direta e humanizada (GAÍVA e SCOCHI 2004).

A hospitalização dos RNs gera uma necessidade da família em inserir-se nesse processo. Isso acontece porque a separação causa angústia e ansiedade, geradas por fatores como: incerteza de sobrevivência; riscos de sequelas; relação pós internação com o RN, fatores que podem ocasionar estresse e insegurança, dificultando a interação dos pais com seus filhos (MENDES, 2003).

É necessário o enfermeiro entender e respeitar esse momento, assim como prever estratégias de cuidados ao RN e a família. No plano de cuidados, é preciso prever ações que favoreçam a presença da mãe junto ao filho, a qual está legitimada pelo Estatuto da Criança e do Adolescente. O cuidado e o conforto estão vinculados às expectativas e necessidades de quem é cuidado, portanto, a enfermagem precisa conceber maneiras de intervir que incluam as formas do cuidado do neonato para a família assim promovendo uma rápida recuperação e uma qualidade de vida para o mesmo (GAÍVA e SCOCHI 2004).

Durante a minha jornada acadêmica, houve um interesse pela área de saúde da criança. A aproximação com essa temática foi se tornando mais evidente e estimulante durante as aulas teóricas e principalmente em um estágio remunerado em uma instituição particular tive a oportunidade de me aproximar mais ainda dessa área, podendo vivenciar as ações de enfermagem na unidade de terapia intensiva neonatal (UTIN). A unidade despertou meu interesse devido à complexidade das ações que o enfermeiro realiza na assistência ao recém-nascido (RN) e como gerente do setor. Durante o período de estágio remunerado de 2 anos na unidade neonatal, foi possível observar e aprender sobre a importância do cuidado realizado pelo enfermeiro na assistência ao neonato e na gerência da equipe de enfermagem. Neste setor verifiquei a rotatividade dos neonatos e lactentes e observei que a maioria eram prematuros. A partir dessa observação passei a ter questionamentos sobre: os perfis mais frequentes que acometiam os RNs internados na UTIN além da prematuridade, o perfil clínico e o prognóstico desses pacientes. A UTIN é um setor de assistência aos RNs graves, que estão vulneráveis e precisam de cuidados específicos e contínuos. A estrutura e organização da UTI neonatal deve levar em conta os avanços terapêuticos



e tecnológicos disponíveis para atender às novas realidades da assistência ao recém-nascido em estado grave.

Assim, o presente trabalho tem como objeto identificar o perfil e analisar os dados clínicos dos recém-nascidos internados na Unidades de Terapia Intensiva Neonatal, das Instituições do município de Cascavel. Este estudo justifica-se pela necessidade de fundamentar o perfil de cada paciente na unidade e os fatores que contribui para sua internação na referida unidade. Dessa maneira, torna-se relevante a pesquisa à medida que se observa a existência de ampla disponibilidade de material científico sobre a temática, o que se contrapõe à prática observada na vivência acadêmica, tornando-se indispensável à socialização do saber, provocando uma reflexão crítica sobre esses pacientes.

Diante disso levantou-se o seguinte questionamento qual é o perfil clínico dos recém-nascidos internados nas unidades de neonatologia do município do oeste do Paraná?

2 METODOLOGIA

Trata-se de um estudo observacional do tipo ecológico, com abordagem quantitativa. A pesquisa do tipo observacional é um estudo no qual o pesquisador não poderá intervir no paciente. Esse tipo de estudo descreve apenas a distribuição da doença e outras características sem que haja uma preocupação com relações causais ou outras hipóteses, eles são desenhados para investigar uma eventual relação de causa efeito (PORTA, 2008).

O estudo ecológico, são estudos em que a unidade de análise é uma população ou um grupo de pessoas, que geralmente pertence a uma área geográfica definida (cidade, estado, país). Procuram avaliar como os contextos social e ambiental podem afetar a saúde de grupos populacionais. Ele compara a ocorrência da doença/condição relacionada à saúde e a exposição de interesse entre agregados de indivíduos (populações de países, regiões ou municípios, por exemplo) para verificar a possível existência de associação entre elas (MORGENSTERN, 1998).

A pesquisa quantitativa é uma modalidade de pesquisa que atua sobre um problema humano ou social, é baseada no teste de uma teoria e composta por variáveis quantificadas em números, as quais são analisadas de modo estatístico, com o objetivo de determinar se as generalizações previstas na teoria se sustentam ou não (KNECHTEL, 2014).

Nesse sentido, a pesquisa quantitativa está ligada ao dado imediato, identifica que ela se preocupa com a quantificação dos dados, comprovando se uma teoria é válida ou não a partir de análises estatísticas. Ela está ligada diretamente à quantificação dos dados, na experimentação, na mensuração e no controle rigoroso dos fatos, tais dados serão apresentados em forma de tabelas,



gráficos ou textos. É uma pesquisa ligada à investigação empírico-descritiva, quando se procura descobrir e classificar a relação entre as variáveis, as relações de causa e efeito entre os diferentes fenômenos (KNECHTEL, 2014)

O campo de estudo da pesquisa será a base de dados do DataSUS que é o sistema de informática do Sistema Único de Saúde (SUS). Ele coleta, processa e dissemina informações sobre a saúde no Brasil. Além de trazer dados estatísticos sobre uma série de indicadores no país, o DataSUS também administra aplicativos e sistemas bastante utilizados por profissionais como o Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde, por exemplo. Reunir as informações em uma plataforma única e integrada faz parte de uma das diretrizes da saúde pública no país e ajuda a formular estratégias para o controle social e políticas públicas sobre o tema no Brasil.

Os pacientes que foram internados na unidade de terapia intensiva neonatal (UTI NEO), de janeiro a dezembro de 2018. Com critério de inclusão será todos os pacientes que possuem as variáveis escolhidas, os demais integrantes serão excluídos.

A coleta de dados foi realizada na estrutura do DataSUS que é dividida em algumas seções, porém nessa pesquisa foi utilizada as Informações de Saúde (TABNET), esta seção é bastante utilizada para o cruzamento de dados relacionados à incapacidade, morbidade, acesso a serviços, condições de vida, qualidade da atenção à saúde, e fatores ambientais. Além destes, também estão à disposição informações com relação à rede de assistência, cadastro de redes ambulatoriais e hospitalares, Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) e informações socioeconômicas.

Para realizar o cruzamento das informações, o DataSUS disponibiliza o sistema TABNET para a formulação de tabelas com os indicadores. Nessa pesquisa será utilizado dados de janeiro a dezembro de 2018, não foram utilizados dados de 2019 pois não estava disponível no site. Para a coleta de dados será elaborado um instrumento, pelas próprias pesquisadoras do estudo, que se encontra em Apêndice A.

O instrumento de coleta de dados contém as seguintes variáveis: sexo, cor, tipo de parto, idade gestacional, número de consultas pré-natal, idade da mãe, nível de instrução da mãe, peso ao nascer, malformação congênita, tipo de malformação congênita, APGAR, tempo de internação, custo de internação, taxa de mortalidade.

Para a análise de dados foi utilizado cálculos matemáticos e estáticos simples, primeiro os dados serão tabulados em Excel, e posteriormente será feita a análise estatística do mesmo, por meio de porcentagem.



Esse trabalho está disposto sobre a Resolução 466, de 12 de dezembro de 2012, que incorpora, sob a ótica do indivíduo e das coletividades, referenciais da bioética, tais como, autonomia, não maleficência, beneficência, justiça e equidade, dentre outros, e visa a assegurar os direitos e deveres que dizem respeito aos participantes da pesquisa, à comunidade científica e ao Estado.

Diante disso as pesquisadoras cumprirão todos preceitos éticos estabelecidos por lei, bem como, a coleta de dados levando em consideração o sigilo desses itens, há algumas pesquisas sem envolvimento direto com seres humanos, portanto, não precisam de aprovação por parte do Sistema CEP/CONEP como pesquisas que envolvem apenas dados de domínio público sem identificação dos participantes da pesquisa.

3 RESULTADOS

Analisou-se os dados sobre recém-nascidos prematuros, que nasceram em 2018, dentre elas a idade gestacional ao nascer (IGN), menores de 22 semanas teve 56% sexo feminino, entre 22 a 27 semanas teve 53% masculino, entre 28 a 31 semanas teve 53% masculino, entre 32 a 36 semanas teve 53% masculino. As características do Recém-Nascido Pré-Termo (RNPT) encontram-se descritas nas Tabelas abaixo.

SEXO	MASCULINO		FEMININO	
	N	%	N	%
MENOS DE 22 s	27	44%	34	56%
DE 22 a 27 s	383	53%	333	47%
DE 28 a 31 s	825	53%	744	47%
DE 32 a 36 s	7479	53%	6572	47%
TOTAL	8.714		7.683	

Fonte: MS/SVS/DASIS - Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos - SINASC

Recém-Nascidos, menores 22 semanas e apresentou menos 500 gramas foram 59%, de 22 a 27 semanas que teve 500 a 999 gramas atingiu 70%, de 28 a 31 semanas e teve 1500 a 2499 gramas atingiu 31%, de 32 a 36 semanas e teve 3000 a 3999 gramas atingiu 20%, a média do peso foi de 500 +- 999 gramas. Mais da metade dos Recém-Nascido Pré-Termo (RNPT) apresentou peso ao nascer inferior a 2.500 gramas.

PESO	Menos de 500g		500 a 999g		1000 a 1499		1500 a 2499		2500 a 2999		3000 a 3999		4000g e mais	
	N	%	N	%	N	%	N	%			N	%	N	%
MENOS DE 22 s	36	59%	14	23%	-	2%	1	5%	3	5%	6	10%	1	2%
DE 22 a 27 s	52	7%	499	70%	97	3%	24	2%	13	2%	28	4%	3	0%
DE 28 a 31 s	5	0%	188	12%	714	31%	487	5%	75	5%	96	6%	4	0%
DE 32 a 36 s	9	0%	29	0%	356	43%	6106	32%	4533	32%	2879	20%	142	1%
TOTAL	102		730		1.167		6.618		4.624		4.624		3.009	

Fonte: MS/SVS/DASIS - Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos - SINASC

Foram investigadas ainda as complicações ao nascimento do RNPT, relacionada a má formação como: espinha bífida, outras malformações congênicas do sistema nervoso, malformações congênicas do aparelho circulatório, fenda labial e fenda palatina, ausência ou atresia e estenose do intestino delgado, outras malformações congênicas aparelho digestivo, testículo não-descido, outras malformações do aparelho geniturinário, deformidades congênicas dos pés, outras malformação e deformidade congênita aparelho osteomuscular, outras malformações congênicas, anomalias cromossômicas não classificados (as) em outra patologia (NCOP), sem anomalia congênita/não informado.

Os pacientes que apresentarem algum tipo de má formação são 3% dos recém-nascidos menores que 22 semanas, já entre 22 a 27 semanas teve 2%, entre 28 a 31 semanas teve 4%, e entre 32 a 36 semanas teve 2%. Na tabela abaixo estão descritas cada uma:

ANOMALIA CONGÊNITA	Sim		Não		Ignorado	
	N	%	N	%	N	%
MENOS DE 22 s	2	3%	56	92%	3	5%
DE 22 a 27 s	17	2%	682	95%	17	2%
DE 28 a 31 s	58	4%	1495	95%	16	1%
DE 32 a 36 s	259	2%	13732	98%	63	0%
TOTAL	336		15.965		99	

Fonte: MS/SVS/DASIS - Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos - SINASC

Com relação a caracterização do perfil materno, foi evidenciado que as mães constituí um percentual de mulheres adultas jovens, com porcentagem maior em recém-nascidos menores de 22 semanas foram em mães entre 20 a 24 anos com 27%, entre 22 a 27 semanas foram em mães entre 20 a 24 anos com 25%, entre 28 a 31 semanas foram em mães entre 25 a 29 anos com 23%, entre 32 a 36 semanas foram em mães entre 25 a 34 anos com 24%. Na tabela estão descritas as variáveis.

IDADE DA MAE	10 a 14		15 a 19		20 a 24		25 a 29		30 a 34		35 a 39		40 a 44		45 a 49		50 a 59	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
MENOS DE 22 s	2	3%	11	18%	16	26%	10	16%	11	18%	7	11%	4	7%	-	-	-	-
DE 22 a 27 s	7	1%	12	17%	17	24%	15	21%	13	13%	91	13%	30	4%	-	-	-	-
DE 28 a 31 s	22	1%	23	15%	31	20%	34	22%	33	16%	25	4%	57	1%	9	-	1	-
DE 32 a 36 s	69	0%	17	12%	30	22%	32	23%	31	15%	21	4%	57	0%	40	1%	6	0%
TOTAL	100		2.105		3.525		3.764		3.663		2.519		688		49		7	

Fonte: MS/SVS/DASIS - Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos - SINASC

O Estado civil das mães de recém-nascidos, menor de 22 semanas foi 43% casada, 34% solteira, em união consensual 21%, de 22 a 27 semanas foi 45% solteira, 35% casada, em união consensual 17%, separada judicialmente 2%, de 28 semanas foi 45% solteira, 36% casada, 16% união consensual, separada judicialmente 2%, de 32 a 36 semanas foi 40% solteira, 39% casada, em união consensual 18%, separada judicialmente 2%.

ESTADO CIVIL	Solteira		Casada		Viúva		Separada		União consensual		Ignorado	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
MENOS DE 22 s	21	34%	26	43%	-	-	-	-	13	21%	1	2%
DE 22 a 27 s	316	45%	251	35%	1	0%	15	2%	121	17%	5	1%
DE 28 a 31 s	702	45%	571	36%	3	0%	34	2%	250	16%	8	1%
DE 32 a 36 s	5633	40%	5528	39%	34	0%	231	2%	2518	18%	67	0%
TOTAL	6.672		6.376		38		280		2.902		81	

Fonte: MS/SVS/DASIS - Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos - SINASC

Em relação a Instrução das mães, de recém-nascidos menor de 22 semanas foi 64% de 8 a 11 anos, 23% 12 anos ou mais, 11% de 4 a 7 anos, 22 a 27 semanas foi 57% de 8 a 11 anos, 26% 12 anos ou mais, 15% de 4 a 7 anos, 1% 1 a 3 anos, 28 a 31 semanas foi 57% de 8 a 11 anos, 25% 12 anos ou mais, 16% de 4 a 7 anos, 2% 1 a 3 anos, 32 a 36 semanas foi 57% de 8 a 11 anos, 25% 12 anos ou mais, 15% de 4 a 7 anos, 2% 1 a 3 anos

INSTRUÇÃO DA MÃE	Nenhuma		1 a 3 anos		4 a 7 anos		8 a 11 anos		12 anos ou mais		Ignorado	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
MENOS DE 22 s	-	-	-	-	7	11%	39	64%	14	23%	1	2%
DE 22 a 27 s	2	0%	10	1%	106	15%	409	57%	184	26%	5	1%
DE 28 a 31 s	3	0%	35	2%	247	16%	890	57%	390	25%	4	0%
DE 32 a 36 s	32	0%	216	2%	2122	15%	8071	57%	3563	25%	50	0%
TOTAL	37		261		2.482		9.409		4.151		60	

Fonte: MS/SVS/DASIS - Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos - SINASC

No tocante sobre a variável tipo de parto, foi identificado uma maior prevalência de partos vaginal em menores de 22 semanas com 80% e 20% parto por cesária, entre 22 a 27 semanas 52% partos vaginal, 48% parto por cesária, de 28 a 31 semanas 70% parto por cesária 30% partos vaginal, de 32 a 36 semanas 65% parto por cesária 35% partos vaginal.

TIPO DE PARTO	Vaginal		Cesário	
	N	%	N	%
MENOS DE 22 s	49	80%	12	20%
DE 22 a 27 s	369	52%	346	48%
DE 28 a 31 s	473	30%	1096	70%
DE 32 a 36 s	4871	35%	9179	65%
TOTAL	5.762		10.633	

Fonte: MS/SVS/DASIS - Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos - SINASC

Sobre o tipo de gravidez, ocorreu uma prevalência na gestação únicas em recém-nascidos com menos 22 semanas com 75%, gestação dupla com 20%, gestação tripla ou mais teve 5%, de 22 a 27 semanas com 81% gestação única, em gestação dupla com 17%, em gestação tripla ou mais teve 2%, de 28 a 31 semanas com 81% gestação única, em gestação dupla com 18%, em gestação tripla ou mais teve 1%, de 32 a 36 semanas gestação única teve 86%, em gestação dupla com 13%, em gestação tripla ou mais teve 1%.

TIPO DE GRAVIDEZ	Única		Dupla		Tripla ou mais		Ignorado	
	N	%	N	%	N	%	N	%
MENOS DE 22 s	46	75%	12	20%	3	5%	-	-
DE 22 a 27 s	581	81%	119	17%	16	2%	-	-
DE 28 a 31 s	1271	81%	277	18%	19	1%	2	0%
DE 32 a 36 s	12091	86%	1874	13%	74	1%	15	0%
TOTAL	13.989		2.282		112		17	

Fonte: MS/SVS/DASIS - Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos - SINASC

O Índice apgar, foi avaliado no primeiro minuto de vida, verificando-se que no 1º minuto em prematuros menor de 22 semanas está entre 3-5 13%, de 22 a 27 semanas está entre 3 a 5 com 33%, de 28 a 31 semanas está entre 8 a 10 com 43%, de 32 a 36s está entre 8-10 76%.

APGAR 1º MINUTO DE VIDA	0 a 2		3 a 5		6 a 7		8 a 10		Ignorado	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
MENOS DE 22 s	36	59%	8	13%	7	11%	7	11%	3	5%
DE 22 a 27 s	200	13%	233	33%	134	19%	132	18%	17	2%
DE 28 a 31 s	144	11%	287	18%	454	29%	672	43%	12	1%
DE 32 a 36 s	27	11%	894	6%	2196	16%	10624	76%	53	0%
TOTAL	667		1.422		2.791		11.435		85	

Fonte: MS/SVS/DASIS - Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos - SINASC

Já no Índice apgar 5º minuto em prematuros menos de 22 semanas está entre 0-2 com 54%, de 22 a 27 semanas está entre 8-10 com 42%, de 28 a 31 semanas está entre 8-10 com 76%, de 32 a 36s está entre 8-10 94%.

APGAR 5º MINUTO DE VIDA	0 a 2		3 a 5		6 a 7		8 a 10		Ignorado	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
MENOS DE 22 s	33	54%	5	8%	5	8%	14	23%	4	7%
DE 22 a 27 s	77	11%	116	16%	209	29%	298	42%	16	2%
DE 28 a 31 s	38	2%	83	5%	248	16%	1189	76%	11	1%
DE 32 a 36 s	57	0%	150	1%	583	4%	13216	94%	48	0%
TOTAL	205		354		1.045		14.717		79	

Fonte: MS/SVS/DASIS - Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos - SINASC

A Prevalência de cor/raça branca em recém-nascidos com menos de 22 semanas com 67%, em 22 a 27 semanas com 72%, em 28 a 31 semanas com 73%, em 32 a 36 semanas com 73%.

COR/RAÇA	Branca		Preta		Amarela		Parda		Indígena		Ignorado	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
MENOS DE 22 s	41	67%	-	-	2	3%	17	28%	-	-	1	2%
DE 22 a 27 s	516	72%	25	3%	3	0%	158	22%	7	1%	7	1%
DE 28 a 31 s	1149	73%	49	3%	3	0%	348	22%	4	0%	16	1%
DE 32 a 36 s	10250	73%	386	3%	59	0%	3182	23%	51	0%	126	1%
TOTAL	11.956		460		67		3.705		62		150	

Fonte: MS/SVS/DASIS - Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos - SINASC

O acompanhamento pré-natal foi encontrado em 87% entre as mulheres gestantes na pesquisa, realizado no SUS, consultas em recém-nascidos com menos de 22 semanas teve o maior índice com 48% em 4 a 6 consultas, em 22 a 27 semanas teve o maior índice com 44% em 4 a 6 consultas, em 28 a 31 semanas teve o maior índice com 50% em 7 ou mais consultas, em 32 a 36 semanas teve o maior índice com 74% em 7 ou mais consultas.

Consultas pré-natal	Nenhum		De 1 a 3 consultas		De 4 a 6 consultas		7 ou mais consultas		Ignorado	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Menos de 22s	4	7%	16	26%	29	48%	12	20%	-	
De 22 a 27s	28	4%	146	20%	314	44%	227	32%	1	0%
De 28 a 31s	42	3%	151	10%	592	38%	781	50%	3	0%
De 32 a 36s	159	1%	672	5%	2790	20%	10410	74%	23	0%
TOTAL	233		985		3.725		11.430		27	

Fonte: MS/SVS/DASIS - Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos - SINASC

De acordo com quantidade pré-natal adequado em recém-nascido com menos de 22 semanas 7% não fez pré-natal, 13% inadequado, 48% intermediário, 7% adequado, 20% mais que adequado, 7% não classificados, de 22 a 27 semanas 3% não fez pré-natal, 17% inadequado, 35% intermediário, 12% adequado, 30% mais que adequado, 3% não classificados, de 28 a 31 semanas 2% não fez pré-natal, 15% inadequado, 20% intermediário, 14% adequado, 46% mais que adequado, 3% não classificados, de 32 a 36 semanas 1% não fez pré-natal, 14% inadequado, 7% intermediário, 8% adequado, 69% mais que adequado, 2% não classificados.

Adeq. quantidade Pré-Natal	Não fez		Inadequado		Intermediário		Adequado		Mais que adequado		Não Classificados	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Menos de 22s	4	7%	8	13%	29	48%	4	7%	12	20%	4	7%
De 22 a 27s	22	3%	123	17%	252	35%	87	12%	214	30%	18	3%
De 28 a 31s	28	2%	242	15%	312	20%	213	14%	725	46%	49	3%
De 32 a 36s	93	1%	1942	14%	1008	7%	1148	8%	9641	69%	222	2%
TOTAL	61		716		1.569		1.452		10.592		293	

Fonte: MS/SVS/DASIS - Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos - SINASC

4 DISCUSSÃO

É importante destacar que a variáveis estudada constitui-se exclusivamente de recém-nascidos internados em uma UTI Neonatal na região centro-oeste do Paraná, que recebe pacientes



das próprias maternidades, 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 UTI Neonatal e que as condições humanas e tecnológicas não são comparáveis entre todos os serviços.

Em relação ao sexo, houve predominância do sexo masculino, correspondendo a 53%. 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 (SOUZA, 2013). 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 (100%), os próximos são o baixo peso ao nascer (70%), entre recém-nascidos de 22 a 31 semanas. O baixo peso ao nascer e a prematuridade são configurados fatores de riscos para a mortalidade infantil, principalmente, nos primeiros meses de vida (SOUZA, 2013).

Segundo dados do Ministério da Saúde crianças com menos de 2.500 gramas são consideradas baixo peso, aumentando o risco para morbimortalidade. Comparando-se com outro estudo (UNICEF, 2015), 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 problema de saúde pública (UNICEF, 2013). 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 (SOUZA, 2013).

A prevalência encontrada de recém-nascidos com anomalias congênitas na UTI neonatal (14,3%) foi semelhante ao resultado encontrado em estudo realizado na Turquia, onde a prevalência foi de 13,7% (DURSUN, 2014). Em comparação, a Vigilância Europeia de Anomalias Congênitas (EUROCAT) registrou uma prevalência total de anomalias congênitas de 2% entre 2003 e 20126, e em estudo realizado nos Estados Unidos da América (EUA) de 2011 a 2013 a prevalência encontrada foi de 3% (ALMI, 2011). Entretanto, ambos estudos são populacionais, o que justifica a maior frequência encontrada nesse trabalho com neonatos internados em UTI de hospital que é referência em gestação de alto risco.



Nesse presente estudo foram investigadas as seguintes má formação: espinha bífida, outras malformações congênitas do sistema nervoso, malformações congênitas do aparelho circulatório, fenda labial e fenda palatina, ausência ou atresia e estenose do intestino delgado, outras malformações congênitas aparelho digestivo, testículo não-descido, outras malformações do aparelho geniturinário, deformidades congênitas dos pés, outras malformação e deformidade congênita aparelho osteomuscular, outras malformações congênitas, anomalias cromossômicas não classificados (as) em outra patologia (NCOP), sem anomalia congênita/não informado.

Os pacientes que apresentarem algum tipo de má formação são 3% dos recém-nascidos menores que 22 semanas, já entre 22 a 27 semanas teve 2%, entre 28 a 31 semanas teve 4%, e entre 32 a 36 semanas teve 2%.

A idade materna é um fator de risco para o desenvolvimento fetal intrauterino anormal; pode-se associar a idade materna avançada (≥ 35 anos) com aumento do risco para a síndrome de Down (GLIVETICI, 2015) e anomalias cromossômicas (ZILE, 2013), assim como neste trabalho esta associação também se mostrou verdadeira.

Segundo o Ministério de saúde as mães muito jovens são consideradas um fator de risco com alto valor preditivo para o atraso no desenvolvimento motor e cognitivo de crianças prematuras (MELO; CARVALHO, 2014). Nesse presente estudo a maioria das mães não são adolescentes, no total elas compõem 8,3% as adultas são de 91,2% tiveram prevalência das mães solteiras com 41%, ainda assim não houve diferença significativa entre os outros grupos, 38,2% das casadas, em união consensual 18%, e as mulheres separadas 2%. A forma como as mulheres compreendem e vivenciam a experiência da maternidade e o relacionamento conjugal está sofrendo alterações nas últimas décadas, apesar da grande difusão e aceitação da noção de instinto materno e do modelo de família nuclear. O peso sobre a mulher/mãe ainda é muito grande, visto que permanece a ideia da mulher como única ou principal responsável pelos filhos (como propõe o mito do amor materno) e também pela "prevenção" dos mesmos (elas é que devem "evitar" os filhos), sendo, muitas vezes, "abandonadas" pelo pai da criança, que não se vê como responsável direto (ESTEVES, 2003).

Nesse presente estudo identificou o estado civil das mães de recém-nascidos, menor de 22 semanas foi 43% casada, 34% solteira, em união consensual 21%, de 22 a 27 semanas foi 45% solteira, 35% casada, em união consensual 17%, separada judicialmente 2%, de 28 semanas foi 45% solteira, 36% casada, 16 em união consensual, separada judicialmente 2%, de 32 a 36 semanas foi 40% solteira, 39% casada, em união consensual 18%, separada judicialmente 2%.



As mulheres com escolaridade inadequada para a idade apresentaram associação com a prematuridade, essas mulheres têm duas vezes mais chance de ter parto prematuro. Em um estudo realizado em Quebec, no Canadá, as taxas de prematuridade diminuíram conforme aumentava a escolaridade, sendo de 7,9% nas mulheres com menos de 11 anos de estudo e de 4,9% em mulheres com mais de 17 anos de estudo. Outra pesquisa encontrou o risco ajustado para nascimento prematuro de 92% maior em mulheres com menor escolaridade quando comparadas com as de maior escolaridade (SILVA, 2009).

Portanto quanto menor a escolaridade, menor o grau de entendimento das necessidades e cuidados específicos para uma gestação saudável e posteriormente com o nascimento da criança. O resultado desse estudo foi de 24,7% entre 12 ou mais, 14,2% entre 4 e 7 anos, 58,7% entre 8 e 11 anos e 1,6% entre 1 e 3 anos de estudo.

Comparando o índice relacionado ao tipo de parto, principalmente, o parto cesáreo, este foi o principal método de parturição neste estudo no tocante sobre a variável tipo de parto, foi identificada uma maior prevalência de partos vaginal em menores de 22 semanas com 80% e 20% parto por cesária, entre 22 a 27 semanas 52% partos vaginal, 48% parto por cesária, de 28 a 31 semanas 70% parto por cesária 30% partos vaginal, de 32 a 36 semanas 65% parto por cesária 35% partos vaginal. Sua indicação ocorre, 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 (Ministério da Saúde, 2011 e HÖFELMANN, 2012).

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%. 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 (HÖFELMANN, 2012).

Estudos atuais 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 (HÖFELMANN, 2012).



Sobre o tipo de gravidez, ocorreu uma prevalência na gestação únicas em recém-nascidos com menos 22 semanas com 75%, gestação dupla com 20%, gestação tripla ou mais teve 5%, de 22 a 27 semanas com 81% gestação única, em gestação dupla com 17%, em gestação tripla ou mais teve 2%, de 28 a 31 semanas com 81% gestação única, em gestação dupla com 18%, em gestação tripla ou mais teve 1%, de 32 a 36 semanas gestação única teve 86%, em gestação dupla com 13%, em gestação tripla ou mais teve 1%.

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 (SILVA, 2009). 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 (CARVALHO, 2014). Neste estudo, o índice apgar, foi avaliado no primeiro minuto de vida, verificando-se que em prematuros menor de 22 semanas está entre 3-5 13%, de 22 a 27 semanas está entre 3 a 5 com 33%, de 28 a 31 semanas está entre 8 a 10 com 43%, de 32 a 36s está entre 8-10 76%.

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 (SILVA, 2009), 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. Nesse estudo o índice do apgar 5º minuto em prematuros menos de 22 semanas está entre 0-2 com 54%, de 22 a 27 semanas está entre 8-10 com 42%, de 28 a 31 semanas está entre 8-10 com 76%, de 32 a 36s está entre 8-10 94%.

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 (SILVA, 2009). Apesar disso, a pontuação no 1º minuto parece ainda ter importância no prognóstico da mortalidade. 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 (ALMI, 2011).

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 (ALMI, 2011).

Assim, não se revelou a associação da raça/cor com um maior risco de desfecho desfavorável, tanto obstétrico quanto neonatal, quando isolados os efeitos das variáveis de confusão. Ainda que haja comprovação da predisposição genética da população negra para algumas doenças, a classificação fenotípica não representa uma homogeneidade biológica, já que, entre indivíduos com as mesmas características fenotípicas, pode haver maior variação genética. Além disto, é difícil mensurar o impacto da colonização e consequente miscigenação no componente genético (GOODMAN, 2000). Nesse estudo teve prevalência de cor/raça branca em recém-nascidos com menos de 22 semanas com 67%, em 22 a 27 semanas com 72%, em 28 a 31 semanas com 73%, em 32 a 36 semanas com 73%.

Início precoce do pré-natal é condição essencial para a adequada atenção à gestante, para avaliação inicial dos riscos gestacionais e oportunidade para vincular essa mulher ao atendimento durante toda a gestação, as consultas de pré-natal devem ser no mínimo seis consultas, quando a gestação não é detectada na primeira consulta como de risco (RAMOS eat CULMANN 2009).

O número de consultas desse presente estudo mostrou que 44% das gestantes realizaram sete ou mais consultas, 37,5% de 4 a 6 consultas, 15,2% de 1 a 3 consultas e 3,5% não realizaram nenhuma consulta. A ausência de cuidados pré-natais está associada ao risco de prematuridade, baixo peso ao nascer, mortalidade materna e infantil (RAMOS; CULMANN, 2009).

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 UTI Neonatal, é possível intervir para prevenir e evitar danos e sequelas.



Por ser uma amostra pequena, os resultados foram somente descritivos, tal realidade servirá para novos estudos que poderão refletir sobre o encaminhamento de ações do cuidado em saúde com esta população e com mulheres em idades férteis.

5 CONCLUSÃO

O presente trabalho teve como objetivo delinear os aspectos clínicos de recém-nascido internados na unidade de terapia intensiva neonatal, em um município do Oeste do Paraná. Com base nos resultados desse estudo podemos identificar que os recém-nascidos, a maioria era do sexo masculino, nascidos de parto cesariana, grande parte deles considerados adequados para a idade gestacional (AIG), sendo menores do que 2.500gramas, com escore de apgar no 1º e 5º minutos considerados entre normal e moderado.

Considerando estudos citados acima, evidencia o baixo peso ao nascer e a prematuridade como 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. Há uma necessidade de 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.

Os neonatos que necessitam de internação hospitalar, após o nascimento, se apresentam muito vulneráveis e requerem uma assistência além da estabilidade hemodinâmica, necessitam de cuidados integrais, de qualidade de vida intra e extra hospitalar. Pensando nisso, têm-se aumentado os questionamentos sobre os fatores de risco hospitalares que, além de atuarem diminuindo o padrão de saúde presente, trazem efeitos deletérios futuros.

Vale ressaltar que a hospitalização infantil e seus efeitos negativos repercutem não somente na vida do bebê, mas altera toda a dinâmica familiar, gerando sentimentos diversos resultantes da perda de controle no funcionamento da família, das inseguranças quanto à capacidade de retomar o equilíbrio e das dúvidas relacionadas à situação vivenciada. A melhora na sobrevivência destes bebês impõe um desafio aos profissionais de saúde: devolver às famílias e à sociedade uma criança capaz de desenvolver de maneira plena o seu potencial afetivo, cognitivo e produtivo.

Assim, muitos profissionais de saúde estão investigando, pesquisando, repensando suas práticas e adequados de acordo com a necessidade da clientela, buscando garantir não só o restabelecimento da saúde dentro do ambiente hospitalar, mas sim após a alta, podendo-se afirmar que, a busca pelo conhecimento contribui para uma visão mais crítica e consciente do recém-nascido e de sua família, enfatizando a visão holística do RN. Quando se pensa nos cuidados



prestados aos neonatos, na vida iniciada e em constante crescimento e formação, a assistência deve atravessar as paredes hospitalares, se tornando em longo prazo.

A equipe de enfermagem que atua na UTIN encontra-se em uma busca constante pela qualidade dos cuidados prestados ao recém-nascido. Se os cuidadores em enfermagem conhecerem as necessidades do neonato e o risco a que está exposto durante a internação na UTI neonatal, podem vir a proporcionar condições para que sua permanência seja menos traumática possível para que não venha afetar seu desenvolvimento físico, mental e social.

Este estudo é importante porque possibilitou traçar o perfil dos recém-nascidos internados na UTI Neonatal, e assim compreender o contexto das internações, no sentido de propor melhorias na assistência prestada de maneira individualizada e integral, traçar ações na saúde pública e privada com foco no trabalho na saúde das mulheres e principalmente no período do pré-natal de qualidade e iniciado no primeiro trimestre de gestação, identificando precocemente os sinais de risco ou de alteração durante a gestação e pensar em ações para diminuir a incidência de partos prematuros e complicações neonatais evitando perda dos recém-nascidos e dessas mulheres.

Contudo, tal pesquisa propiciou conhecer a população estudada sob os aspectos do seu crescimento e práticas realizadas na unidade, trazendo contribuições para o serviço, possibilitando mudanças no manejo destes bebês e de todos aqueles que contribuem para seu desenvolvimento.

Meu irmão, Elias, que ouviram meus desabafos e minhas reclamações, e sempre me ajudava, trocava várias ideias de motivação para melhorar meus estudos, e sempre esteve presente nas minhas escolhas;

Aos meus avós Jacira e Abrão que sempre esteve comigo nessa jornada, sempre confiando e acreditando no meu potencial, e sempre orando ao meu favor, hoje meu avô não está presente entre nós, mas sei que lá do céu e olha para mim e vendo um sonho dele ser realizado.

Ao meu namorado Júnior que sempre esteve ao meu lado, acreditando, confiando que tudo daria certo;

E finalmente agradeço a minha Orientadora, meu exemplo de profissional e de vida a seguir, obrigada por não desistir de mim quando eu já havia desistido, por acreditar que era possível quando eu não acreditei, hoje posso dizer que você é a essência desta pesquisa existir, pois, há alguns dias, quando nada estava fácil, você me trouxe a realidade, e descobri que eu sou capaz, OBRIGADA.

Portanto, agradeço a Deus por tantas pessoas maravilhosas que cruzaram minha trajetória até aqui, sem ele eu não haveria construindo este caminho. Que eu traga alegrias para os que acreditaram em mim, obrigada Deus por me fazer capaz.



AGRADECIMENTOS

Nestes cinco anos de estudo, foram muitos os desafios encontrados, e diante deles, muitas pessoas estiveram ao meu lado para que eu pudesse seguir em frente e hoje estar concluindo esta etapa. Assim, agradeço a minha turma, por compartilhar o conhecimento e enriquecer a minha graduação, e aos docentes que distribuíram seu conhecimento e hoje posso me apropriar deles para exercer a profissão da melhor maneira. Agradeço as pessoas que talvez eu não cite especificamente aqui, porém que me acompanham e torcem pelo meu sucesso.

Ainda, gostaria de agradecer algumas pessoas especiais. Primeiramente, agradeço a minha família: Minha mãe Lindaura, que me motivou quando eu não mais conseguia seguir, me deu colo quando eu não tinha forças e me ajudou a enfrentar todas as fases da minha vida, graças a ela que sempre trabalhou e se esforçou muito, hoje estou concluindo minha graduação. Obrigada mãe por ter sonhado junto comigo;

Ao meu pai Edivaldo, que foi um dos grandes responsáveis por eu concluir os objetivos do curso e alcançar o sucesso final, sempre acreditou no meu potencial.



REFERÊNCIAS

MENDES MA, BASTOS MAR. Processo de enfermagem: sequências no cuidar, fazem a diferença. Rev. Bras Enferm. 2003; 56: 271-76

ALFARO-LEFEVRE R. Aplicação do processo de enfermagem: promoção do cuidado colaborativo. 5a ed. Porto Alegre (RS): Artmed; 2005

ABRAHÃO, ANA LUCIA CAPUCHO LORENA. A Unidade de Terapia Intensiva. In: In:

CHEREGATTI, ALINE LAURENTI, AMORIM, CAROLINA PADRÃO (Organizadoras). Enfermagem em Unidade de Terapia Intensiva. São Paulo: Martinari, 2015, 2ª Edição. p. 15 – 39 257, abr. 2004. Disponível em. Acesso em 18 abr. 2015. <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-11692004000200015>.

NOVARETTI, MARCIA CRISTINA ZAGO et al. Sobrecarga de trabalho da Enfermagem e incidentes e eventos adversos em pacientes internados em UTI. Rev. bras. enferm., Brasília, v. 67, n. 5, p. 692- 699, out. 2014. Disponível o Acesso em 18 abr. 2015. <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167.2014670504>

NASCIMENTO, ELIANE REGINA PEREIRA do; TRENTINI, MERCEDES. O cuidado de enfermagem na unidade de terapia intensiva (UTI): teoria humanística de Paterson e Zderad. Rev. Latino-Am. Enfermagem, Ribeirão Preto, v. 12, n. 2, p. 250-

KNECHTEL, MARIA DO ROSÁRIO. Metodologia da pesquisa em educação: uma abordagem teórico-prática dialogada. Curitiba: Intersaberes, 2014. TOZONI-REIS, MARÍLIA FREITAS DE CAMPOS. Metodologia da pesquisa científica. Curitiba: IESDE, 2007

GIL, ANTONIO CARLOS. Como elaborar projetos de pesquisa. 4. ed. São Paulo: Atlas, 2008.

GIL, A. C. Como elaborar projetos de pesquisa. São Paulo, 4ª ed. Atlas, 2002.

THIOLLENT, MICHEL. Metodologia da pesquisa - ação. 2. ed. São Paulo: Cortez, 1986.

KNECHTEL, MARIA DO ROSÁRIO. Metodologia da pesquisa em educação: uma abordagem teórico-prática dialogada. Curitiba: Intersabees, 2014.

BUSKO M.; MURATA P. Neonates in intensive care endure painful procedures, mostly without analgesia. 2008

TAMEZ, R. N. SILVA, M. J. P. Enfermagem na UTI Neonatal: Assistência ao recém-nascido de alto risco. 3. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2009.

ANDREUCCI, C. B.; CECATI, J. G. Desempenho de indicadores de processo do Programa de Humanização do Pré-natal e nascimento no Brasil: uma revisão sistemática. Caderno Saúde Pública [online], v.27, n.6, p.1053-1064,011.

Brasil. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção á Saúde. Departamento de Ações.



SZKLO M, JAVIER NIETO F. Basic study designs in analytical epidemiology. In: Szklo M, Javier Nieto F. *Epidemiology: beyond the basics*. Gaithersburg: Aspen Publishers Inc; 2000. p.3-51.

MORGENSTER H. Ecologic studies. In: Rothman KJ, Greenland S. *Modern Epidemiology*. 2nd ed. Philadelphia: Lippincott-Raven; 1998. p.459-480.

PORTA M, GREENLAND S, LAST J. *A dictionary of Epidemiology*. 5th ed. Oxford: Oxford University Press; 2008. 5. von Elm E, Altman DG, Egger M, PORTA M, 2008

AMORIM M. M. R. et al. Indicações de cesariana baseados em evidências: parte I. *Femina* Agosto 2010, vol 38, nº 8.

LEMO, R. A; FRÔNIO, J S; NEVES, L A T; RIBEIRO L C. Estudo da prevalência de morbidades e complicações neonatais segundo o peso ao nascimento e a idade gestacional em lactentes de um serviço de follow-up. *Revista de APS, Juiz de Fora*, v. 13, n. 3, p. 277-90, 2010.

SILVA, M. M. P. Adequacy of prenatal care for women attended by Family Health Strategy in Palmas-TO, 2009. *Com Ciências Saúde* 2010; 21(1):21-30.

MELO, W A; CARVALHO, M D B; Análise Multivariada dos fatores de riscos para prematuridade no Sul do Brasil. *Revista Eletrônica Gestão & Saúde* Vol.05, Nº. 02, Ano 2014 p.398-09. ISSN:1982-4785.

RAMOS, AHC; CUMAN, RKN; Fatores de Risco para prematuridade: Pesquisa Documental. *EscAnnaNery Rev Enfermagem*; 2009 abr-jun; 13 (2): 297-304.

SANTOS, LM; PASQUINI, VZ, A importância do índice de Apgar. *Rev Enferm UNISA* 2009; 10(1): 39-43.

BARRETO, ML; CARMO, EH; Mudanças em padrões de morbimortalidade: conceitos e métodos. In: Monteiro CA, organizador. *Velhos e novos males da saúde no Brasil. A evolução do país e de suas doenças*. São Paulo: Editora Hucitec/Universidade de São Paulo; 1995. p. 17-30.

SILVA, TH; FENSTERSEIFER, L M; Prematuridade dos recém-nascidos em Porto Alegre e seus fatores associados. *Revista Brasileira de História & Ciências Sociais - RBHCS* Vol. 7 Nº 13, Julho de 2015. DOI: <http://dx.doi.org/10.14295/rbhcs.v7i13.305>.

SILVA, AMR; ALMEIDA, MF; MATSUO T; SOARES, DA. Fatores de risco para nascimentos pré-termo em Londrina, Paraná, Brasil. *Cad Saúde Pública*. 2009;25(10):2125-38.

SOUZA, KCL; CAMPOS, NG; JÚNIOR, FFUS. Perfil dos recém-nascido submetidos à estimulação precoce de uma Unidade de Terapia Intensiva Neonatal. *Rev Bras Promoc Saúde* [periódico na Internet]. 2013 [acesso em 2013 maio 9];26(4):[aproxima Arq. Ciênc. Saúde. 2016 abr-jul; 23(2) 100-105]damente 7 p.]. Disponível em: <http://ojs.unifor.br/index.php/RBPS/article/viewFile/3117/pdf>

DURSUN, A., ZENCIROGLU, A., HAKAN, N., KARADAG, N., KARAGOL, B. S., AYDIN, B., et al. Distribution of congenital anomalies in a neonatal intensive care unit in Turkey. *J Matern Fetal Neonatal Med*. 2014;27(10):1069-74.



ALMLI, L. M., ALTER, C. C., RUSSELL, R. B., TINKER, S. C., HOWARDS, P. P., CRAGAN, J., et al. Association Between Infant Mortality Attributable to Birth Defects and Payment Source for Delivery - United States, 2011-2013. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep.* 2017;66(3):84-7.

Zile I, Villeruša A. Maternal age-associated congenital anomalies among newborns: a retrospective study in Latvia. *Medicina (Kaunas).* 2013;49(1):29-35

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). Congenital anomalies; 2016 [Internet] [cited 2016 Dec 7]. Available from: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs370/en/>

GLIVETIC, T., RODIN, U., MILOSEVIC, M., MAYER, D., FILIPOVIC-GRCIC, B., SEFEROVIC, S. M., Prevalence, prenatal screening and neonatal features in children with Down syndrome: a registry-based national study. *Ital J Pediatr.* 2015;41:81.

ESTEVEZ, J. R., Trajetórias de vida: Repercussões da gravidez adolescente na biografia de mulheres que viveram tal experiência [dissertação]. Vitória(ES): Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Universidade Federal do Espírito Santo; 2003.

GOODMAN, A. H., Why genes don't count (for racial differences in health). *Am J Public Health.* 2000; 90(11):1699-702.



APÊNDICE A

Questionário de identificação dos aspectos clínicos dos pacientes internados em unidade de terapia intensiva neonatal

1. Data da coleta: _____
2. Número do questionário: _____

1.	Sexo RN	() Feminino () Masculino
2.	Cor/Raça	
3.	Tipo de parto	() Parto Normal () Parto Cesária
4.	Idade gestacional	() < 37 semanas
5.	Número de consultas pré-natal	
6.	Idade da mãe	
7.	Nível de Instrução da mãe	
8.	Peso ao nascer	() < 2.500g () > 2.500g
9.	Malformação congênita	() Sim () Não
10.	Tipo de malformação congênita	
11.	APGAR	1º minuto _____ 5º minuto _____