

# PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DE UMA UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA NEONATAL EM GOIÁS, BRASIL ENTRE 2009 E 2013

EPIDEMIOLOGY OF INTENSIVE CARE UNIT NEONATAL IN GOIÁS, BRAZIL BETWEEN 2009 AND 2013

Filipe Rodrigues de Sousa Borges <sup>1</sup>. Danyelle Rocha da Silva <sup>1</sup>. Mariana Akemi Matsuy <sup>1</sup>. Mirian Paiva Silva <sup>1</sup>. Karla Cristina Naves de Carvalho <sup>2</sup>

1- Discente do Curso de Medicina do Centro Universitário de Anápolis, UniEVANGÉLICA. Anápolis, Goiás, Brasil.

2- Docente do Curso de Medicina do Centro Universitário de Anápolis, UniEVANGÉLICA. Anápolis, Goiás, Brasil.

## Resumo

**Objetivo:** Traçar o perfil epidemiológico de uma unidade de terapia intensiva neonatal num hospital público de Anápolis, Goiás entre 2009 e 2013. **Métodos:** Estudo epidemiológico, observacional, descritivo, retrospectivo, com abordagem quali-quantitativa. Os dados foram coletados de prontuários de recém-nascidos internados na unidade no período referido e analisados através do teste Qui-quadrado. **Resultados:** Houve predomínio do gênero masculino (54,4%), cesariana (54,6%), neonatos a termo (48,5%) e peso adequado (50,9%). A taxa de mortalidade foi 6,1%. As doenças mais prevalentes foram síndrome do desconforto respiratório, prematuridade e icterícia. Houve diferença estatística significativa em relação ao peso quanto ao gênero nos neonatos com desconforto respiratório ( $p=0,007$ ), prematuridade ( $p=0,012$ ), assim como quanto ao tipo de parto em prematuros ( $p < 0,000$ ). **Conclusões:** O perfil epidemiológico tem como suporte imprescindível a prevenção primária, pois, relacionam-se com dois fatores: um pré-natal aprimorado e uma educação continuada dos profissionais de saúde.

## Abstract

**Objective:** To describe the epidemiological profile of a neonatal intensive care unit in a public hospital in Anápolis, Goiás between 2009 and 2013. **Methods:** Epidemiological study, observational, descriptive, retrospective, with quali-quantitative approach. Data were collected from medical records of newborns admitted to the unit during that period and analyzed using the chi-square test. **Results:** There was a predominance of males (54.4%), cesarean section (54.6%) newborns at term (48.5%) and normal weight (50.9%). The mortality rate was 6.1%. The most prevalent diseases were respiratory distress syndrome, prematurity and jaundice. There was no statistically significant difference in relation to weight and gender of newborns with respiratory distress ( $p = 0.007$ ), prematurity ( $p = 0.012$ ) as well as the type of birth in premature newborns ( $p < 0.000$ ). **Conclusions:** The epidemiological profile is to support essential primary prevention therefore relate to two factors: an improved prenatal and continuing education of health professionals.

## Palavras-chave:

Unidades de Terapia Intensiva Neonatal; Epidemiologia; Prevalência; Fatores de Risco; Mortalidade.

## Keyword:

Intensive Care Units Neonatal; Epidemiology; Prevalence; Risk Factors; Mortality.

## \*Correspondência para/ Correspondence to:

[medfilipeborges@gmail.com](mailto:medfilipeborges@gmail.com)

## INTRODUÇÃO

A Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN) é a unidade intensiva que se ocupa dos recém-nascidos (RNs) que precisam de cuidados especiais, que apresentam instabilidade em seus órgãos vitais e não conseguem adaptar-se

sozinhos à vida fora do útero. Incluem-se nesse quadro os RNs prematuros e as crianças com patologias respiratórias, cardíacas, neurológicas, congênitas e infecciosas, que muitas vezes precisam de atendimento clínico e cirúrgico <sup>1</sup>.

O perfil epidemiológico das doenças mais prevalentes em UTINs não apresenta uma unanimidade nas literaturas disponíveis atualmente, porém é indiscutível a alta frequência de distúrbios respiratórios nos RNs, principalmente como resultado da prematuridade. O conhecimento acerca das principais patologias que acometem RNs internados em unidades intensivas é fundamental para a detecção precoce bem como identificação e utilização do melhor método terapêutico para otimizar o prognóstico do paciente. Além disso, a epidemiologia contribui para a elaboração de medidas de prevenção e promoção da saúde, abrangendo desde a Atenção Básica até o nível de Atenção Terciária.

Várias condições podem causar angústia respiratória em RNs a termo, como taquipneia transitória, pneumonia, síndrome do desconforto respiratório do recém-nascido (SDR), síndrome de aspiração meconial (SAM), pneumotórax, além de condições cirúrgicas e congênicas<sup>2</sup>. Assim, o presente trabalho visa traçar o perfil epidemiológico em uma UTIN no município de Anápolis, Goiás-Brasil entre os anos de 2009 e 2013.

## MÉTODOS

Estudo é de natureza observacional, descritiva, retrospectiva, de caráter epidemiológico, com abordagem qualiquantitativa. Este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa do Centro Universitário de Anápolis – UniEVANGÉLICA - 1.012.800.

O presente estudo foi realizado somente através da coleta e análise de dados contidos nos prontuários de RNs internados na UTIN de um hospital público do município de Anápolis,

entre 0 e 28 dias de idade, entre os anos de 2009 e 2013. Os dados foram coletados de prontuários da UTIN no período referido, através do método de fichamento contendo as variáveis da pesquisa.

Foram quantificados os prontuários de todos os pacientes que estavam internados no período em questão. Foram incluídos prontuários de RNs 38 de 0 até o 28º dia de vida, sendo excluídos os prontuários que não satisfizeram essa faixa etária e prontuários sem diagnóstico ou cujo diagnóstico mostrou-se inconclusivo.

Os resultados foram apresentados em valores absolutos e percentuais, através de tabelas. Foi aplicado o teste de Qui-quadrado e para avaliação de significância, foi considerado estatisticamente significativo valores de  $p < 0,05$ .

## RESULTADOS

O número total de prontuários analisados foi de 2505. Destes, 6 prontuários foram excluídos pois não apresentavam diagnóstico. Assim, para a realização do estudo foram considerados 2499 prontuários.

Foi demonstrada a prevalência do gênero masculino (54,42%) sobre o feminino (44,90%). Quanto ao tipo de parto, encontrou-se: parto cesárea (54,62%) e parto vaginal (42,94%). Em relação ao Capurro, foi observada predominância de RNs a termo (48,50%). Quanto ao peso, a maioria dos RNs encontrou-se na classificação de peso adequado (50,98%). Os RNs com baixo peso corresponderam a 32,05%.

Sobre o número de óbitos, foram constatados 154 óbitos, com taxa de mortalidade de 6,16%. As condições mais associadas ao óbito foram: prematuridade, SDR e alterações congênicas.

**Tabela 1- Características, número e causas de óbito dos RNs internados na UTIN de um hospital no município de Anápolis, Goiás entre 2009 e 2013.**

Sexo	N (2499)	%
Feminino	1122	44,90
Masculino	1360	54,42

Parto	Não informado	17	0,68
	Normal	1073	42,94
	Cesariana	1365	54,62
Peso	Não informado	61	2,44
	Adequado (2500-3999g)	1274	50,98
	Baixo peso (1500-2499g)	801	32,05
	Muito baixo peso (1000-1499g)	207	8,28
	Extremo baixo peso (<1000g)	118	4,72
	Peso elevado (4000g ou mais)	75	3,00
Capurro	Não informado	24	0,96
	Pré-termo	1138	45,54
	A termo	1212	48,50
	Pós-termo	10	0,40
	Não informado	139	5,56
Óbitos		<b>n (2499)</b>	<b>n (%)</b>
Número de RNs		154	6,16
Diagnósticos/óbitos		<b>n (243)</b>	<b>n (%)</b>
	Prematuridade	120	49,38
	Respiratório	85	34,98
	Alteração congênita	17	7,00
	Baixo peso/MBP/CIUR	10	4,12
	Infecção/Sepse	7	2,88
	Outros	4	1,65

Os diagnósticos mais prevalentes foram: SDR (30,01%), prematuridade (27,85%), icterícia (16,62%), infecção/sepse (4,15%), hipoglicemia (3,15%), baixo peso/muito baixo peso (2,36%), síndrome de aspiração meconial (SAM) (2,30%)

**Tabela 2- Doenças mais prevalentes em RNs internados na UTIN em Anápolis, Goiás entre 2009 e 2013 quanto ao gênero.**

Doença/Diagnóstico	Diagnóstico		Feminino		Masculino		Não informado	
	n	n (%)	n	%	n	%	n	%
Síndrome do desconforto respiratório	1056	30,01%	411	38,92	638	60,42	7	0,7
Prematuridade	980	27,85%	451	46,02	523	53,37	6	0,6
Icterícia	585	16,62%	307	52,48	274	46,84	4	0,7
Infecção/Sepse	146	4,15%	60	41,10	86	58,90	0	0
Hipoglicemia	111	3,15%	48	43,24	62	55,86	1	0,9
Baixo peso/Muito baixo peso	83	2,36%	45	54,22	38	45,78	0	0
Síndrome de aspiração meconial	81	2,30%	40	49,38	40	49,38	1	1,2

Em relação aos diagnósticos mais prevalentes encontrados, quanto ao gênero, observa-se o predomínio do gênero masculino em quatro das seis patologias mais encontradas: SDR (60,42%), prematuridade (53,37%), infecção/sepse (58,90%) e hipoglicemia (55,86%). Na icterícia, houve maior acometimento do gênero feminino (52,48%). Quanto a SAM, o número de RNs foi igual em ambos os sexos (n = 40).

Em relação à SDR, 38,9% eram do sexo feminino, destas 45,50% se encontraram na faixa de baixo peso; 60,41% do sexo masculino, destes 45,61% estão no peso adequado. Desconsiderando o sexo e relacionando somente o peso com a doença, obtivemos valor aproximado de 41,48% para baixo peso e 41,38% para peso adequado. Houve diferença estatística significativa (p = 0,007).

### Perfil epidemiológico em uma UTIN em Goiás entre 2009-2013

Outra doença com diferença estatística significativa ( $p = 0,046$ ) foi infecção/sepse. O sexo masculino foi prevalente, com 58,9%, e destes, 72,09% eram RNs com peso adequado.

A prematuridade relacionou-se com o peso ( $p = 0,021$ ), onde 46,02% são do sexo feminino, sendo que destes, 52,99% são baixo peso. O sexo masculino teve 53,36%, e apresentou 56,79% com baixo peso.

Em relação à icterícia, a faixa de peso adequado foi a mais prevalente (79,97%;  $n = 467$ ), assim como em ambos os sexos: feminino (80,13%;  $n = 246$ ) e masculino (79,85%;  $n = 218$ ). Não houve diferença estatística significativa entre os sexos ( $p = 0,573$ ).

Quanto a SAM, a faixa de peso mais prevalente foi a de peso adequado, tanto em homens (82,5%;  $n = 33$ ) quanto em mulheres (80%;  $n = 32$ ). Não houve diferença estatística significativa ( $p = 0,126$ ). A hipoglicemia teve um total de 112 RNs internados, sendo as faixas de peso mais prevalentes a de peso adequado e a de baixo peso: 44,14% ( $n = 49$ ) e 43,24% ( $n = 48$ ), respectivamente. No sexo masculino houve a mesma tendência com peso adequado (46,77%;  $n = 29$ ) e baixo peso (45,16%;  $n = 28$ ), assim como no sexo feminino, com ambas as faixas de peso com o mesmo valor (40,82%;  $n = 20$ ). Não houve diferenças estatísticas significativas ( $p = 0,278$ ).

**Tabela 3- Número de RNs internados com as doenças mais prevalentes na UTIN em Anápolis, Goiás entre 2009 e 2013 quanto ao peso**

Doença/Peso	Feminino		Masculino		Não informado		Total		p*
	n	%	n	%	n	%	N	%	
<b>Síndrome do desconforto respiratório</b>									
Não informado	1	0,24	6	0,94	0	0	7	0,66	<b>0,007</b>
Adequado	145	35,28	291	45,61	1	14,29	437	41,38	
Baixo peso	187	45,50	247	38,71	4	57,14	438	41,48	
Muito baixo peso	56	13,63	66	10,34	1	14,29	123	11,65	
Extremo baixo peso	18	4,38	14	2,19	1	14,29	33	3,13	
Peso elevado	4	0,97	14	2,19	0	0	18	1,70	
Total	411	100	638	100	7	100	1056	100	
<b>Prematuridade</b>									
Não informado	0	0	4	0,76	0	0	4	0,41	<b>0,012</b>
Adequado	44	9,76	74	14,15	0	0	118	12,04	
Baixo peso	239	52,99	297	56,79	3	50	539	55,00	
Muito baixo peso	100	22,17	98	18,74	1	16,67	199	20,31	
Extremo baixo peso	68	15,08	47	8,99	2	33,33	117	11,94	
Peso elevado	0	0	3	0,57	0	0	3	0,31	
Total	451	100	523	100	6	100	980	100	
<b>Icterícia</b>									
Não informado	9	2,93	3	1,09	0	0	12	2,05	<b>0,573</b>
Adequado	246	80,13	218	79,56	3	75	467	79,83	
Baixo peso	42	13,68	34	12,41	1	25	77	13,16	
Muito baixo peso	1	0,33	2	0,73	0	0	3	0,51	
Extremo baixo peso	0	0	0	0	0	0	0	0	
Peso elevado	9	2,93	17	6,20	0	0	26	4,44	
Total	307	100	274	100	4	100	585	100	
<b>Infecção/Sepse</b>									
Não informado	0	0	0	0	0	0	0	0	<b>0,046</b>
Adequado	41	68,33	62	72,09	0	0	103	70,55	
Baixo peso	11	18,33	18	20,93	0	0	29	19,86	

Muito baixo peso	6	10	2	2,33	0	0	8	5,48	
Extremo baixo peso	2	3,33	0	0	0	0	2	1,37	
Peso elevado	0	0	4	4,65	0	0	4	2,74	
Total	60	100	86	100	0	0	146	100	
<b>Hipoglicemia</b>									<b>0,278</b>
Não informado	1	2,08	0	0	0	0	2	1,80	
Adequado	20	41,67	29	46,77	0	0	49	44,14	
Baixo peso	20	41,67	28	45,16	1	100	48	43,24	
Muito baixo peso	0	0	0	0	0	0	0	0	
Extremo baixo peso	0	0	0	0	0	0	0	0	
Peso elevado	7	14,58	5	8,06	0	0	12	10,81	
Total	48	100	62	100	1	100	111	100	
<b>Síndrome de aspiração meconial</b>									<b>0,126</b>
Não informado	0	0	1	2,5	0	0	1	1,23	
Adequado	32	80	33	82,5	0	0	65	80,25	
Baixo peso	7	17,5	3	7,5	1	100	11	13,58	
Muito baixo peso	0	0	0	0	0	0	0	0	
Extremo baixo peso	0	0	0	0	0	0	0	0	
Peso elevado	1	2,5	3	7,5	0	0	4	4,94	
Total	40	100	40	100	1	100	81	100	

\*p < 0,05. Adequado: 2500-3999g. Baixo peso: 1500-2499g. Muito baixo peso: 1000-1499g Extremo baixo peso: menos que 1000g. Peso elevado: 4000g ou mais.

Em relação ao tipo de parto, na SDR observou-se que o parto cesáreo foi o mais frequente (61,27%), assim como em ambos os sexos (feminino: 61,31%; masculino: 61,29%).

Quanto à prematuridade, os RNs apresentaram maior número de partos cesáreos (56,53%). Em relação ao gênero, o masculino apresentou maior percentual de cesarianas (57,55%) que o feminino (55,65%). O parto normal apresentou porcentagem pouco mais pronunciada no gênero feminino (42,79%) que no masculino (40,92%). Estes dados apresentaram diferença estatística significativa (p < 0,000).

Os RNs com icterícia apresentaram maior número de parto cesáreo (47,69%) que parto

normal (47,18%). Quanto ao gênero houve maior porcentagem de parto cesáreo no sexo feminino (50,49%) e maior porcentagem de partos normais no sexo masculino (51,46%). Estes dados não apresentaram diferença estatística significativa (p = 0,557).

A ocorrência de infecção/sepse teve maior frequência em partos normais (54,05%). Houve maior número de parto cesáreo no sexo feminino (58,33%) e maior número de partos normais no sexo masculino (46,77%). Não houve diferença estatística significativa (p = 0,153).

No que diz respeito à hipoglicemia, houve prevalência de cesarianas, assim como em ambos os sexos (feminino: 58,33%; masculino: 51,61%). Não houve diferença estatística significativa (p = 0,393).

**Tabela 4- Número de RNs internados com as doenças mais prevalentes na UTIN em Anápolis, Goiás entre 2009 e 2013 quanto ao tipo de parto.**

Doença/Parto	Feminino		Masculino		Não informado		Total	p*
	n	%	n	%	n	%		
<b>Síndrome do desconforto respiratório</b>								<b>0,445</b>
Não informado	5	1,22	15	2,35	1	14,29	21	1,99
Normal	154	37,47	228	35,74	2	28,57	384	36,36
Cesáreo	252	61,31	391	61,29	4	57,14	647	61,27

**Perfil epidemiológico em uma UTIN em Goiás entre 2009-2013**

Domiciliar	0	0	1	0,16	0	0	1	0,09	
Fórceps	0	00	1	0,16	0	0	1	0,09	
Induzido	0	0	2	0,31	0	0	2	0,19	
Total	411	100	638	100	7	100	1056	100	
<b>Prematuridade</b>									< 0,000
Não informado	6	1,33	7	1,34	2	33,33	15	1,53	
Normal	193	42,79	214	40,92	2	33,33	409	41,73	
Cesáreo	251	55,65	301	57,55	2	33,33	554	56,53	
Domiciliar	0	0	0	0	0	0	0	0	
Fórceps	0	0	0	0	0	0	0	0	
Induzido	1	0,22	1	0,19	0	0	2	0,20	
Total	451	100	523	100	6	100	980	100	
<b>Icterícia</b>									0,557
Não informado	13	4,23	11	4,01	0	0	24	4,10	
Normal	133	43,32	141	51,46	2	50	276	47,18	
Cesáreo	155	50,49	122	44,53	2	50	279	47,69	
Domiciliar	1	0,33	0	0	0	0	1	0,17	
Fórceps	1	0,33	0	00	0	0	1	0,17	
Induzido	4	1,30	0	0	0	0	4	0,68	
Total	307	100	274	100	4	100	585	100	
<b>Infecção/Sepse</b>									0,153
Não informado	0	0	4	4,65	0	0	4	2,74	
Normal	38	63,33	49	56,98	0	0	86	58,90	
Cesáreo	22	36,67	28	32,56	0	0	50	34,25	
Domiciliar	0	0	0	0	0	0	0	0	
Fórceps	0	0	1	1,16	0	0	1	0,68	
Induzido	0	0	4	4,65	0	0	4	2,74	
Total	60	100	86	100	0	0	146	100	
<b>Hipoglicemia</b>									0,393
Não informado	3	6,25	1	1,61	0	0	4	3,60	
Normal	17	35,42	29	46,77	1	100	47	42,34	
Cesáreo	28	58,33	32	51,61	0	0	60	54,05	
Domiciliar	0	0	0	0	0	0	0	0	
Fórceps	0	0	0	0	0	0	0	0	
Induzido	0	0	0	0	0	0	0	0	
Total	48	100	62	100	1	100	111	100	
<b>Síndrome de aspiração meconial</b>									0,749
Não informado	0	0	1	2,5	0	0	1	1,23	
Normal	18	45	16	40	0	0	34	41,98	
Cesáreo	22	55	23	57,5	1	100	46	56,79	
Total	40	100	40	100	1	100	81	100	

\* p < 0,05.

A SAM apresentou maior frequência em partos cesáreos com maior expressão no sexo masculino (57,5%) que no feminino (55%). Nos partos normais observou-se uma maior frequência de SAM no sexo feminino (45%) que no masculino (40%). Não houve diferença estatística significativa (p = 0,750).

Quanto à prematuridade, avaliada pelo método de Capurro observou-se que esteve relacionada com a maior frequência da SDR (62,78%). Em relação ao sexo, verificou-se maior porcentagem de RNPT com SDR no sexo feminino (64,96%) em relação ao sexo masculino (60,97%). Em relação aos RNs a termo houve maior número de RNs do sexo masculino (35,42%) que no feminino (30,90%).

Não houve diferença estatística significativa entre esses dados ( $p = 0,356$ ).

A icterícia apresentou-se mais em RNs a termo, tanto no total (77,26%) quanto em relação aos sexos, com predominância no sexo masculino (79,93%) que no feminino (74,59%). Em RNPT a porcentagem total foi de 13,5% ( $n = 79$ ), com maior frequência no sexo feminino (15,96%) em relação ao masculino (10,95%). O total de RNs pós-termo foi de 0,34%. Não houve diferença estatística significativa (0,617).

Houve maior número de infecção/sepse em RNs a termo (62,33%), com predominância no sexo feminino (66,67%). Em relação aos RNPTs houve maior prevalência de infecção/sepse no sexo

masculino (29,07%). Não houve diferença estatística significativa (0,648).

As maiores porcentagens de hipoglicemia foram verificadas em RNs a termo (58,56%), com predominância no sexo feminino (62,5%), assim como nos RNPTs (feminino: 33,33%). Não houve diferença estatística significativa ( $p = 0,337$ ).

A SAM teve maior ocorrência nos RNs a termo (83,95%), com predominância no sexo masculino (85%). Não houve diferença estatística significativa ( $p = 0,641$ ).

**Tabela 5- Número de RNs internados com as doenças mais prevalentes na UTIN em Anápolis, Goiás entre 2009 e 2013 quanto à idade gestacional estimada pelo método.**

Doença/Capurso	Feminino		Masculino		Não informado		Total		p*
	n	%	n	%	N	%	n	%	
<b>Síndrome do desconforto respiratório</b>									
Não informado	15	3,65	21	3,29	0	0	36	3,41	0,3561
Pré-termo	267	64,96	389	60,97	7	100	663	62,78	
A termo	127	30,90	226	35,42	0	0	353	33,43	
Pós-termo	2	0,49	2	0,31	0	0	4	0,38	
Total	411	100	638	100	7	100	1056	100	
<b>Icterícia</b>									
Não informado	28	9,12	24	8,76	0	0	52	8,89	0,617
Pré-termo	49	15,96	30	10,95	0	0	79	13,50	
A termo	229	74,59	219	79,93	4	100	452	77,26	
Pós-termo	1	0,33	1	0,36	0	0	2	0,34	
Total	307	100	274	100	4	100	585	100	
<b>Infecção/Sepse</b>									
Não informado	4	6,67	9	10,47	0	0	13	8,90	0,647
Pré-termo	16	26,67	25	29,07	0	0	41	28,08	
A termo	40	66,67	51	59,30	0	0	91	62,33	
Pós-termo	0	0	1	1,16	0	0	1	0,68	
Total	60	100	86	100	0	0	146	100	
<b>Hipoglicemia</b>									
Não informado	2	4,17	8	12,90	1	100	10	9,01	0,337
Pré-termo	16	33,33	18	29,03	0	0	34	30,63	
A termo	30	62,50	35	56,45	0	0	65	58,56	
Pós-termo	0	0	1	1,61	0	0	1	0,90	
Total	48	100	62	100	1	100	111	100	
<b>Síndrome de aspiração meconial</b>									
Não informado	3	7,50	3	7,50	0	0	6	7,41	0,641
Pré-termo	1	2,50	3	7,50	0	0	4	4,94	
A termo	33	82,50	34	85	1	100	68	83,95	
Pós-termo	3	7,50	0	0	0	0	3	3,70	

Total	40	100	40	100	1	100	81	100
-------	----	-----	----	-----	---	-----	----	-----

\*p < 0,05. Pré-termo: menos de 37 semanas. A termo: entre 37 semanas e 41 semanas e 6 dias. Pós-termo: 42 semanas ou mais.

## DISCUSSÃO

Quando se compara os resultados com outros estudos, é possível notar algumas incongruências, apesar de várias semelhanças epidemiológicas. A principal semelhança observada foi o predomínio do gênero masculino no perfil dos RNs internados. Ainda, ocorreram com frequência a prematuridade e a SDR como sendo dois dos principais diagnósticos encontrados.

A maioria dos estudos mostra prevalência de RNs do gênero masculino, com taxas entre 52 e 66%<sup>3,4,5,6</sup>. Porém, alguns estudos observaram que o sexo feminino é o mais prevalente na UTIN, entre 52,2 e 63,3%<sup>7,8</sup>.

Quanto ao tipo de parto, os estudos são conflitantes, com taxas de parto vaginal entre 51,3 e 54,8%<sup>3,6,9,10</sup> e de cesariana de 40,5% até 93,1%<sup>11,12,13,14</sup>.

A conveniência de uma intervenção programada; formação médica deficitária para acompanhamento do parto normal; escolha imposta por parte das gestantes, pois a cesárea é vista, muitas vezes, como procedimento cirúrgico sinônimo de assistência mais aprimorada; além de mitos como a perda da elasticidade vaginal e excruciante dor por parte das mulheres são algumas explicações e/ou fatores relacionados para as elevadas taxas de parto cesáreo<sup>15-21</sup>. O parto cesáreo associou-se à prematuridade neste estudo, assim como em um estudo realizado em Santa Catarina<sup>22</sup>.

Em relação à idade gestacional estimada pelo método Capurro, nesta pesquisa foi constatado que os RNs a termo foram os mais prevalentes. Uma pesquisa foi condizente com os dados deste estudo, onde demonstrou um número de RNs a termo de 73,8%<sup>7</sup>. Entretanto, a maioria das pesquisas demonstrou uma prevalência de RNPTs, com taxas variando de 33 a 65%<sup>3,4,8</sup>.

Quanto ao peso, nesta pesquisa houve prevalência de RNs com peso adequado, assim

como em outros estudos, com taxas entre 51,3 e 73,2%<sup>3,7,9</sup>, com peso médio ao nascer de 3.295,4kg ( $\pm$  478,5g)<sup>9</sup>.

Quanto à morbidade na UTIN em estudo, houve predomínio de SDR, prematuridade, icterícia, infecção/sepse, hipoglicemia, baixo peso/muito baixo peso e síndrome de aspiração meconial (SAM).

Os distúrbios respiratórios, como SDR e taquipneia transitória do RN são muito frequentes nos RNs internados em UTIN<sup>5,6</sup>. A prevalência de SDR varia de 8,5 a 54,9%<sup>3,4,12</sup>. A SAM aparece com frequência em alguns estudos, com prevalência entre 1 e 5,3%<sup>3,4</sup>. Outros diagnósticos frequentes na admissão em UTIN são infecção<sup>3,6</sup>, baixo peso ao nascer<sup>3,4,5</sup>, prematuridade<sup>3,4,5,6</sup>. Outros menos frequentes foram os distúrbios hematológicos<sup>5</sup>.

A taxa de mortalidade nesta pesquisa foi de 6,16%, valor semelhante aos outros estudos, com valores entre 3 a 14,2%<sup>3,4,5,12,23</sup>. As condições mais associadas ao óbito neste estudo foram: prematuridade, SDR, alterações congênitas, condições associadas ao baixo peso e/ou crescimento intrauterino restrito (CIUR) e infecção e/ou sepse. Alguns estudos confirmam essa tendência, visto que a prematuridade<sup>3,4,5</sup>, distúrbios respiratórios<sup>3,4</sup>, baixo peso ao nascer<sup>3,24</sup>, infecção/sepse<sup>4,5</sup>, foram causas mais prevalentes. Outra causa citada foi a parada cardiorrespiratória<sup>4,5</sup>, não encontrada como diagnóstico nos prontuários da qual coletou-se os dados da presente pesquisa. A SAM foi importante causa de óbito em alguns estudos, com taxa de letalidade de 26%<sup>24</sup>.

A SDR é a afecção respiratória mais frequente no RNPT, principalmente nos RNs com menos de 28 semanas de gestação e do sexo masculino<sup>25</sup>. A população masculina é prevalente, pois o amadurecimento pulmonar fetal, assim como nos demais órgãos, é mais lento no sexo masculino<sup>5,26</sup>. Quanto ao tipo de parto, Veira et al.<sup>27</sup> observaram que 56% dos casos de RNs com SDR, o sexo mais prevalente foi o masculino e



75% do total nasceu de parto cesáreo. Estes dados estão de acordo com a presente pesquisa.

O peso é um importante parâmetro mensurável que pode revelar a situação de saúde de um RN. Alves <sup>26</sup>, em seu estudo relatou que a distribuição predominante do SDR, com frequência muito elevada em RNMPB e na faixa de peso intermediária; todavia, peso maior que 2500g atingiu significativa proporção.

Em um estudo que buscou identificar os fatores de risco para mortalidade em RNs com SAM foi constatado que o grupo de RNs com SAM que foi ao óbito apresentou uma média de 2.270g (DP = 500g) <sup>24</sup>, ou seja, baixo peso.

Behrman e Jenson (2009) <sup>28</sup> afirmam que a incidência da SDR é inversamente proporcional à idade gestacional e ao peso ao nascer, visto que a doença acomete 60 a 80% dos RNs menores que 28 semanas e 15 a 30% entre 32 e 36 semanas.

A importância de uma assistência perinatal de qualidade é um fator decisivo para a diminuição de intercorrências neonatais, como SAM. Este diagnóstico foi o sétimo mais prevalente no presente estudo, com 2,3% do total de internações na UTIN e é considerada uma importante causa evitável de mortalidade perinatal.

Quanto ao sexo, tipo de parto e peso dos RNs com SAM, Mendonça et al. <sup>29</sup> constataram que o sexo masculino foi o mais prevalente (55%), assim como o parto cesáreo (70%); o maior peso ao nascer foi 4270g e o menor 1240g, obtendo uma média de 3105g <sup>29</sup>.

Em relação à icterícia, quanto ao tipo de parto e ao gênero, não houve prevalência de um tipo de parto nos estudos: um estudo revelou que houve predomínio de parto eutócico em 60,4% dos RNs icterícios e predomínio do gênero masculino (57,7%) <sup>30</sup>; porém, outro estudo constatou que o parto cesariano foi mais frequente, com 85,1%, assim como o gênero masculino (52,7%) <sup>31</sup>. Na presente pesquisa houve predomínio de partos cesáreos no sexo feminino e maior percentagem de partos normais no sexo masculino.

Em um estudo realizado no Sul do Brasil, a icterícia foi a principal causa de internação em UTIN e a prematuridade a principal comorbidade, assim como foram responsáveis pela maioria dos óbitos <sup>32</sup>. Em outro estudo foi constatada prevalência de icterícia em RNs prematuros (66%), comparada com os RNs a termo (34%) <sup>33</sup>.

A hipoglicemia foi a quinta doença mais prevalente nesta pesquisa. A hipoglicemia é uma complicação comum em RNs prematuros e/ou filhos de gestantes diabéticas.

Oliveira et al. (2013) <sup>8</sup> constataram uma taxa de 66,7% de RNs com hipoglicemia; destes, 43,3% de RNs com hipoglicemia eram RNPT, 50% apresentavam baixo peso ao nascer, 23,3% apresentavam muito baixo peso e 26,7% tinham peso adequado. Esses dados são conflitantes em relação a este estudo, visto que as faixas de peso mais prevalentes foram as faixas de peso adequado e de baixo peso.

A sepse neonatal é uma das principais causas de morbimortalidade em RNs internados em UTIN. Alguns estudos mostram prevalência de RNs do sexo masculino com infecção/sepse <sup>30</sup>, com taxas entre 54 e 58,3% <sup>13,34</sup>, assim como o presente estudo. Existem algumas hipóteses aceitas que explicam este fato. Uma delas é que a predisposição à infecção/sepse pode estar ligada ao fator genético (cromossomo X), envolvido com a função do timo (pelo gênero masculino ter uma menor velocidade de amadurecimento dos pulmões, o que predispõe às infecções respiratórias) ou com a síntese de imunoglobulinas representando um fator de proteção ao sexo feminino. Outra teoria é que há uma deficiência de receptores para interleucina 1 (IL-1) no sexo masculino no período neonatal, o que poderia predispor à infecção <sup>35,36,37</sup>.

Quanto ao tipo de parto de RNs com infecção/sepse, o parto vaginal é o mais frequente, variando de 61,5% até 90,9% <sup>34,38</sup>. Os dados supracitados confirmam os encontrados no levantamento realizado no presente estudo em relação a maior prevalência de infecção/sepse no sexo masculino e na via de parto vaginal/normal.

No presente estudo, a similitude entre peso e prematuridade, foi bastante significativa, 55% dos prematuros obtiveram baixo peso, este episódio pode ser explicado pelo maior ganho de peso no terceiro trimestre, visto que da 27ª até a 38ª semana o feto ganha, em média, 200g por semana; logo, o feto que é retirado antes disso, não consegue alcançar o peso adequado<sup>39</sup>. A presente pesquisa encontrou predomínio do sexo masculino com baixo peso em relação ao sexo feminino.

As políticas e práticas públicas devem estar voltadas para realização de prevenção primária, como adequado pré-natal, pois a partir deste, as variáveis maternas e fetais que contribuem para a morbimortalidade do neonato são reduzidas drasticamente, gerando menos ônus emocionais, físicos e financeiros, além de uma implementação de assistência humanizada, como Método Mãe Canguru. Este método aumenta o vínculo afetivo, auxilia no desenvolvimento emocional e físico da mãe e do bebê, reduz o estresse da criança e minimiza riscos de infecções hospitalares e cruzadas.

O perfil epidemiológico, relacionado a doenças e fatores de risco como prematuridade, tem como suporte imprescindível a prevenção primária, pois, as hipóteses aqui relatadas relacionam-se com dois fatores: uma atenção mais aprimorada do pré-natal, que reduz riscos maternos e fetais e uma educação continuada dos profissionais de saúde, sejam eles médicos, enfermeiros ou técnicos. Assim, todos os profissionais de saúde devem corroborar para a construção de um atendimento diligente à mãe e ao RN.

#### **Declaração de conflito de interesses**

Sem conflito de interesses.

## **REFERÊNCIAS**

1. Sociedade Mineira de Terapia Intensiva. Projeto UTI na Praça. Minas Gerais, 2009. <http://www.somiti.org.br/documentos/cartilha.pdf>. (Acessado em: 09/Fev/2014).
2. Edwards MO, Kotecha SJ, Kotecha S. Respiratory Distress of the Term Newborn Infant. *Paediatric Respiratory Reviews* 2013;

14:29–37.

3. Torres AD, Nunes PRAS, Paula WAS, Oliveira AGL. Perfil epidemiológico dos recém-nascidos admitidos na unidade neonatal de uma maternidade pública do município de Caruaru, PE. *Rev. Enferm UFPE on line* 2010; 4:1792-800.
4. Basso CG, Neves ET, Silveira A. Associação entre realização de pré-natal e morbidade neonatal. *Texto Contexto Enfermagem* 2012; 21:269-76.
5. Arrué AM, Neves ET, Silveira A, Pieszak GM. Caracterização da morbimortalidade de recém nascidos internados em unidade de terapia intensiva neonatal. *Revista de Enfermagem da UFSM*, 2013; 3:86-92.
6. Amari MN, Santos CT, Aldrigue RHS, Bayer EW, Silva JCE, Rocha MD. Perfil epidemiológico de recém-nascidos internados na UTI neonatal de um hospital universitário do Paraná. Congresso Brasileiro de Perinatologia, 22 - IX Simpósio Internacional de Medicina Fetal da SGOD; 2014, Brasília/DF.
7. Neves AFGB. Perfil epidemiológico dos neonatos nascidos em uma maternidade-escola na Paraíba. [Dissertação] João Pessoa: Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal da Paraíba; 2011.
8. Oliveira SIM, Souza NL, Silva RKC. Diagnósticos de enfermagem em recém-nascidos com alterações glicêmicas. *Cogitare Enferm* 2013; 18:702-8.
9. Fernandes MP, Bierhals IO, Demoliner F, Pretto ADB, Pastore CA. Fatores maternos associados ao peso ao nascer em gestantes de baixo risco obstétrico de uma maternidade-escola do sul do Brasil. *Nutr. clin. diet. hosp* 2014; 34:48-56.
10. Brito PP, Souza LM. Fatores relacionados aos principais agravos perinatais evitáveis em um hospital público do Distrito Federal. *Tempus Actas de Saúde Coletiva* 2014; 8:239-255.
11. Dal-Bó K, Silva RM, Sakae TM. Infecção hospitalar em uma unidade de terapia intensiva neonatal do Sul do Brasil. *Rev Bras Ter Intensiva* 2012; 24:381-385.

12. Barreto MGP, Barreto RP, Barreto RP, Bringel JMA, Pereira FFM, Silva SMR, Susin EMM, Cavalcante LMR, Freitas MC, Pinheiro ASC. Perfil epidemiológico da unidade neonatal de um hospital da rede suplementar de saúde em Fortaleza, Ceará. In: Anais do 21º. Congresso Brasileiro de Perinatologia; 2012 nov 14-17; Curitiba, Brasil. Sociedade Brasileira de Pediatria; 2012. p.24.
13. Pinheiro RS, Ferreira LCL, Brum IR. Estudo dos fatores de risco maternos associados à sepse neonatal precoce em hospital terciário da Amazônia Brasileira. Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia 2007; 29:387-395.
14. Távora AC, Castro AB, Militão MA, Girão JE, Ribeiro KB, Távora LG. Risk factors for nosocomial infection in a Brazilian neonatal intensive care unit. Braz J Infect Dis 2008; 12:75-9.
15. Belizán JM, Althabe F, Barros FC, Alexander S. Rates and implications of caesarean sections in Latin America: ecological study. BMJ 1999; 319:1397-1402.
16. Gomes UA, Silva AAM, Bettiol H, Barbieri MA. Risk factors for the increasing caesarean section rate in Southeast Brazil: a comparison of two birth cohorts, 1978-1979 and 1994. Int J Epidemiol 1999; 28:687-694.
17. Hall MH, Bewley S. Maternal mortality and mode of delivery. Lancet, 1999; 354:776.
18. Wagner M. Choosing caesarean section. Lancet 2000; 356:1677-1680.
19. Potter JE, Berquó E, Perpétuo IHO, Leal OF, Hopkins K, Souza MR, Formiga MCC. Unwanted caesarean sections among public and private patients in Brazil: prospective study. BMJ 2001; 323:1155-1158.
20. Hotimsky SN, Rattner D, Venancio SI, Bógus CM, Miranda MM. O parto como eu vejo. Ou como eu o desejo? Expectativas de gestantes, usuárias do SUS, acerca do parto e da assistência obstétrica. Cad Saúde Pública 2002; 18:1303-1311.
21. Béhague DP, Victora CG, Barros FC. Consumer demand for caesarean sections in Brazil: informed decision making, patient choice, or social inequality? A population based birth cohort study linking ethnographic and epidemiological methods. BMJ 2002; 324:942-945.
22. Cascaes AM, Gauche H, Baramarchi FM, Borges CM, Peres KG. Prematuridade e fatores associados no Estado de Santa Catarina, Brasil, no ano de 2005: análise dos dados do Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos. Cad. Saúde Pública 2008; 24:1024-1032.
23. Araújo BF, Tanaka ACA, Madi JM, Zatti H. Estudo da mortalidade de recém-nascidos internados na UTI neonatal do Hospital Geral de Caxias do Sul, Rio Grande do Sul. Rev. Bras. Saúde Matern. Infant 2005; 5:463-469.
24. Louis D, Sundaram V, Mukhopadhyay K, Dutta S, Kumar P. Predictors of Mortality in Neonates with Meconium Aspiration Syndrome. Indian Pediatrics 2014; 51:637-40.
25. Miyoshi MH, Kopelman BI. Síndrome do Desconforto Respiratório Neonatal. Kopelman BI et al. eds. Diagnóstico e Tratamento em Neonatologia. São Paulo: Atheneu; 2004. 67-84 p.
26. Alves AM. Morbidade respiratória neonatal e fatores associados ao óbito por síndrome do desconforto respiratório em unidades de terapia intensiva no município de Fortaleza. [Dissertação] Fortaleza: Faculdade de Medicina, Universidade Federal do Ceará; 2009.
27. Veira VC, Burkle AB, Coelho KC. Caracterização da Síndrome do Desconforto Respiratório no Hospital Santa Casa de Maringá. Fisioter mov 2004; 17:11-16.
28. Behrman RE, Jenson HB. Nelson: Tratado de Pediatria. 18. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2009. 447-547 p.
29. Mendonça SD, Oliveira VG, Mota GM, Santos APS, Souza NL. Perfil de recém-nascidos com diagnóstico de síndrome de aspiração de mecônio admitidos em uma unidade de terapia intensiva neonatal do Rio Grande do Norte. [http://www.redesindical.com.br/abenfo/viicobeaon\\_icieon/files/0256.pdf](http://www.redesindical.com.br/abenfo/viicobeaon_icieon/files/0256.pdf). (Acessado em: 27/Mai/2015).
30. Martins FR. Icterícia neonatal: caracterização populacional e repercussões no neurodesenvolvimento ao longo dos primeiros

### Perfil epidemiológico em uma UTIN em Goiás entre 2009-2013

três anos de vida. [Dissertação] Covilhã: Universidade da Beira Interior; 2013.

31. Enk I, Abegg MP, Alves RJV, Stringhani F, Campos JF, Menezes HS, Jung C. Icterícia como causa de internação neonatal: a experiência em um serviço terciário de Porto Alegre. *Revista Arquivos Catarinenses de Medicina* [Internet]. 2013 [2015 mai 2]; 42(3):47-53. <http://www.acm.org.br/revista/pdf/artigos/1243.pdf>.

32. Piovesan LR, Silveira DL, Andres B, Neves ET, Lopes LFD. A morbimortalidade e a caracterização das demandas de cuidados de recém-nascidos procedentes de Santa Maria internados na UTINeo do HUSM no ano de 2002. *Ciência, Cuidado e Saúde* 2008; 7:2.

33. Povaluk Patrícia, Shwetz Evanguelia Athanasio, Kliemann Rubens. Estudo comparativo entre a medida plasmática e transcutânea de bilirrubina em recém-nascidos. *Rev. paul. pediatr.* [Internet]. 2011 Mar [cited 2015 May 27]; 29(1):612. Available from: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103058220110001000002&lng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103058220110001000002&lng=en). <http://dx.doi.org/10.1590/S0103058220110001000002>.

34. Silva, E. H. L. S.; Vasconcelos, M. F.; Gomes, N. J. B.; Farias, D. C.; Malveira, S. S.; Chermont, A. G. Etiologia da Sepsis em uma Unidade Neonatal Pública de Referência. *Revista Paraense de Medicina* [Internet]. 2009 [2015 abril 23]; 23(3):2131. <http://files.bvs.br/upload/S/01015907/2009/v23n3/a1962.pdf>

35. 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. vol. 4. Brasília: Ministério da Saúde; 2011.

36. Robinson DT, Kumar P, Cadichon SB. Neonatal Sepsis in the Emergency Department. *Clin Ped Emerg Med* 2008; 9:160-168.

37. Pawa AK, Ramji S, Prakash K, Thirupuram S. Neonatal Nosocomial Infection: Profile and Risk Factors. *Indian Pediatrics* 1997; 34:297-302.

38. Benincá VM, Milioli DP, Madeira K, Simon CS, Pires MMS, Rosa MI, et al. Perfil epidemiológico dos óbitos por sepse neonatal na macrorregião Sul de saúde catarinense no período de 1996 a 2009. *Revista Arquivos Catarinenses de Medicina* [Internet]. 2013 [2015 mai.27]; 42(2):20-26. [http://www.acm.org.br/revista/scripts/sumario.php?CD\\_EDICAO=60](http://www.acm.org.br/revista/scripts/sumario.php?CD_EDICAO=60).

39. Malveira SS, Moraes NA, Chermont AG, Costa DLF, Silva TF. Recém-nascidos de muito baixo peso em um hospital de referência. *Rev. Para. Med* 2006; 20:1.