



PERFIL DE RECÉM-NASCIDOS PREMATUROS INTERNADOS EM HOSPITAL MATERNO-INFANTIL DO EXTREMO SUL DE SANTA CATARINA

Profile of premature newborns admitted to a maternal and child
Hospital in the extreme south of Santa Catarina

Kálita Silveira Nunes
Eduardo Ghisi Victor
Hérica Salvaro Fernandes

Abstract: Neonatology is a pediatric specialty, focused on the study and treatment of newborn children. It is known that, despite the evolution of technologies and access to information, mortality in this period is considered high. One of the known risk factors for morbidity and mortality in the neonatal period is prematurity. Every child born up to 36 weeks and 6 days is considered premature. According to ministerial decree No. 72 of January 11, 2010, the surveillance and investigation of infant and fetal deaths are mandatory services of the Unified Health System (SUS). This is a cross-sectional descriptive field research, which aims to evaluate 195 preterm children of both sexes who were admitted to the Neonatal Intensive Care Unit of a Maternal and Child Hospital of Santa Catarina from January 2018 to January 2020. An analysis of the medical records of these children will be made, trying to elaborate a profile of these. The data will be tabulated for further analysis with the aid of IBM statistical package for the social science (SPSS) software version 21.0. It is considered that the identification of the profile of these premature infants can be used to plan strategies to prevent new cases of prematurity and to increase the knowledge of parents and health professionals about the

subject. Keywords: Prematurity, Profile, Newborn, Intensive Care Unit, Neonatal

Resumo: A neonatologia é uma especialidade pediátrica, voltada para o estudo e tratamento das crianças recém-nascidas. Sabe-se que, apesar da evolução das tecnologias e do acesso à informação, a mortalidade neste período é considerada alta. Um dos fatores de riscos conhecidos para morbimortalidade no período neonatal é a prematuridade. É considerada prematura toda criança que nasce com até 36 semanas e 6 dias. Segundo a portaria ministerial nº 72 de 11 de janeiro de 2010, a vigilância e investigação de mortes infantis e fetais são serviços obrigatórios do Sistema Único de Saúde (SUS). Trata-se de uma pesquisa de campo descritiva de corte transversal, aonde objetivou-se avaliar 195 crianças pré-termo, de ambos os sexos e que tenham sido internadas na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal de um Hospital Materno Infantil de Santa Catarina no período de janeiro de 2018 à de janeiro de 2020. Será feita uma análise dos prontuários destas crianças, procurando elaborar um perfil destas. Os dados serão tabulados para posterior análise com auxílio do software IBM Statistical Package for the

Social Science (SPSS) versão 21.0. Considera-se que a identificação do perfil destes prematuros, poderá ser usada para planejar estratégias de prevenção de novos casos de prematuridade e para aumentar o conhecimento de pais e profissionais da saúde acerca do assunto. Palavras-chave: Prematuridade, Perfil, Recém-nascido, Unidade de terapia intensiva, neonatal.

INTRODUÇÃO

O termo neonatologia é de origem latim e significa “estudo do nascer”. Trata-se de uma especialidade pediátrica, voltada para o estudo e tratamento das bebês recém-nascidos (RNs), sejam eles saudáveis ou portadores de algum problema de saúde. O período neonatal de um RN, inicia-se no momento do parto até o 28º dia de vida, podendo ser dividido em neonatal precoce, que ocorre do 1º ao 6º dia e neonatal tardio, ocorrendo do 7º ao 28º dia¹.

De acordo com², em 2017 ocorreram no Brasil 19.389 óbitos no período neonatal precoce, reduzindo cerca de 4% em relação a 2016 (20.176 óbitos), constituindo-se em 53,2% dos óbitos infantis, com taxa de mortalidade neonatal precoce de 6,7 óbitos por mil nascidos vivos (NV) e, com menor percentual, porém não menos importante, constitui-se 17% dos óbitos infantis, os ocorridos no período neonatal tardio. Destacaram-se como principais causas destas mortes, as afecções originadas no período perinatal (58,0%), que se dá pela 22ª semana completa de gestação até o 7º dia de vida, seguidas por malformações congênitas, deformidades e anomalias cromossômicas (22,0%)³.

Segundo a portaria ministerial nº 72 de 11 de janeiro de 2010, a vigilância e investigação de mortes infantis e fetais são serviços obrigatórios do Sistema Único de Saúde (SUS). Considera-se ainda, que a identificação dos principais fatores de risco associados à morte neonatal poderá ser usada para planejar estratégias de prevenção de novos casos⁴.

Dentre os fatores de riscos conhecidos para morbimortalidade no período neonatal, destacam-se os do período pré-natal (antes do parto) como morbidades maternas, baixas condições socioeconômicas, estado nutricional deficiente, consultas de pré-natal insuficientes, entre outros e os do período neonatal, como tipo de parto, uso de fórceps, sofrimento fetal, primeiro contato pele a pele com a mãe, aleitamento materno, prematuridade, entre outros⁵.

Segundo a World Health Organization (WHO) e o Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF), mundialmente em 2017, cerca de 2,5 milhões de RN morreram nos primeiros 28 dias de vida, sendo em sua maioria, prematuros (65%). Porém, de acordo com Omar Abdi, vice-diretor executivo da UNICEF “Quando se trata de bebês e suas mães, os cuidados certos, no momento certo e no lugar certo, podem fazer toda a diferença”. O mesmo relatório desta citação, diz que com ações simples, como amamentação exclusiva, condições sanitárias adequadas, profissionais qualificados, entre outras, poderiam ser evitadas a maioria das mortes de RNs em todo o mundo⁶.

Um dos maiores fatores de risco para as morbimortalidades no período neonatal, é a

prematuridade. Estes bebês, além de geralmente apresentarem-se abaixo do peso, possuem risco significativamente maior de desenvolver problemas como a desnutrição, já que a capacidade de sucção não é obtida até 34 – 36 semanas de gestação e costumam ter um reflexo de engasgo imaturo, tendo maior chance de desenvolver hipoglicemia e hipotermia, já que suas reservas energéticas são menores, além de patologias cardiopulmonares como apnéia e bradicardia, e outras complicações como hemorragias, imaturação do sistema imunológico e renal, entre outros⁷.

Para facilitar o entendimento sobre como categorizar um RN, Lombardi et al., (2016), descreve que podem ser classificados de acordo com a idade gestacional sendo < 30 semanas = pré-termo extremo; de 30 semanas e 1 dia à 33 semanas e 6 dias = muito prematuro, de 34 semanas à 36 semanas e 6 dias = pré-termo tardio, de 37 a 41 semanas e 6 dias = termo e \geq 42 semanas = pós-termo. De acordo com o peso de nascimento, <1.000g = baixo peso extremo, 1.000g a 1.499g = muito baixo peso, 1.500g a 2.499g = baixo peso, 2.500 a 4.000g = normal e > 4.000g = macrossômico¹. Portanto, é considerado prematuro todo RN que nasce com menos de 37 semanas completas de gestação. Além disso, apresentam-se pequenos para a idade gestacional, pele fina, pouca gordura corporal, cabeça desproporcionalmente maior que o corpo e pouca atividade motora⁸.

Além de idade gestacional e peso ao nascer, outro dado extremamente importante no exame físico é o índice de Apgar. Esse índice, foi inicialmente descrito por Virgínia Apgar, em 1953, com objetivo de avaliar o RN ainda na sala de parto

com dados relevantes, porém simples de serem avaliados, predispondo uma intervenção rápida caso haja necessidade. Sua pontuação se dá de 0 a 2 para cada um dos 5 itens que é avaliado e seu escore é dado no 1º e no 5º minuto de vida, havendo necessidade de reavaliação até o 20ª minuto de vida caso os escores anteriores sejam abaixo de 7^{1,8}.

Tratando-se de prematuros, o exame físico detalhado é essencial para reduzir as morbimortalidades deste público. Nele, deve-se avaliar todos os seguimentos do corpo (crânio, face, pescoço, tórax, abdômem, coluna, extremidades, entre outros), bem como todos os sistemas (neurológico, tegumentar, respiratório, cardíaco, genital, endócrino e digestório)¹.

Por exigirem maior cuidado e observação, os RNs prematuros, em sua maioria são encaminhados a Unidade de Terapia Intensiva Neonatal – UTIN, que é um ambiente que dispõe de maior tecnologia e aparelhagem de alta complexidade para prestar assistência especial e essencial através de uma equipe multidisciplinar, que, entre outras, é composta por especialidades como medicina, fisioterapia, fonoaudiologia e enfermagem⁹.

De acordo com Rosemberg e Grover (2015), nas últimas décadas, a sobrevivência de prematuros tem se elevando, porém, ainda se busca por políticas públicas e protocolos mais eficazes para assegurar maior qualidade de vida dessa população⁷. Pensando nisso, a Organização das Nações Unidas (ONU) que em 2015 reuniu mais de 193 Estados membros criou o documento “Transformando o Nosso Mundo: A Agenda 2030

para o Desenvolvimento Sustentável” onde tais países se comprometeram a realizar medidas ousadas para promover o desenvolvimento sustentável, erradicar a extrema pobreza e promover vida digna a todos os habitantes do planeta¹⁰.

Na Agenda 2030, cita-se os Objetivos do Milênio, que concomitante aos objetivos da Agenda, busca erradicar a extrema pobreza e a fome, atingir o ensino básico universal, promover a igualdade de gênero e autonomia das mulheres, reduzir a mortalidade infantil, melhorar a saúde materna, combater o HIV/AIDS, a malária e outras doenças, garantir a sustentabilidade ambiental e estabelecer uma parceria mundial para o desenvolvimento¹⁰.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo de campo descritivo, do corte transversal, que foi desenvolvido em um hospital materno infantil, da cidade de Criciúma, do extremo sul catarinense, envolvendo uma pesquisa em prontuários de prematuros que ficaram internados nas dependências da UTIN deste hospital entre de Janeiro de 2018 à de Janeiro de 2020. O mesmo tem abordagem quantitativa, que se caracteriza pelo uso de ferramentas e técnicas estatísticas para a análise dos resultados, sendo permitida a mensuração entre as variáveis de maneira numérica¹¹.

Para elaborar o perfil desses RNs prematuros, foi verificado a data de nascimento, peso ao nascer, sexo, idade gestacional, dias de internação e cidade de origem da criança. Foram

excluídos os prontuários não possuíam informações necessárias para a tabulação dos dados. O tipo de amostra é definida como de conveniência, na qual se busca atingir o máximo da população alvo¹².

Os dados coletados foram analisados com auxílio do software IBM Statistical Package for the *Social Science* (SPSS) versão 21.0. As análises estatísticas inferenciais foram realizadas com um nível de significância alfa = 0,05 e portanto, confiança de 95%¹².

A pesquisa foi realizada após ser enviada para apreciação do Comitê de Ética em Pesquisa e Humanos da Universidade do Extremo Sul Catarinense. Sendo conduzida nos princípios éticos, com base na Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde. Bem como, após o envio da Carta de Aceite pela referida instituição.

Espera-se que com a conclusão deste estudo, seja possível, além de aumentar o conhecimento de profissionais da saúde em geral sobre a incidência de prematuros neste hospital e auxiliar na melhora do controle e organização do fluxo destes pacientes através do fornecimento do banco de dados, demonstrar a morbimortalidade desse público específico e também fazê-lo de precursor para novos estudos acerca do assunto.

RESULTADOS

Dos 241 prontuários analisados para a tabulação de dados, 46 não se encaixaram nos critérios de inclusão, sendo que 21 não apresentaram idade gestacional e peso ao nascer, 17 não apresentaram idade gestacional, 5 não forneceram idade gestacional, peso ao nascer e

cidade de origem e 3 não foi possível analisar os dias de internação.

Os dados obtidos através das análises estão dispostos nas tabelas 1 e 2 desta pesquisa.

Tabela 1.

	n	Mínimo	Máximo	Mediana
Dias de Internação	195	0	116	11,0

Tabela 2.

	n(%)
	n=195
Nascimento	
1ª semestre de 2018	41 (21,0)
2ª semestre de 2018	31 (15,9)
1ª semestre de 2019	55 (28,2)
2ª semestre de 2019	59 (30,3)
Janeiro de 2020	9 (4,6)
Idade Gestacional (semanas)	
Pré-termo extremo	38 (19,5)
Muito prematuro	88 (45,1)
Pré-termo tardio	69 (35,4)
Peso ao nascer (g)*	
Baixo peso extremo	6 (9,5)
Muito baixo peso	9 (14,3)
Baixo peso	41 (65,1)
Normal	6 (9,5)
Macrossômico	1 (1,6)
Sexo	
Masculino	105 (53,8)
Feminino	90 (46,2)
Óbito	
Sim	18 (9,2)
Não	177 (90,8)
Óbito por sexo	
Masculino	10 (55,5)
Feminino	8 (44,5)

*n=63; Fonte: Dados da pesquisa, 2020.

De acordo com a tabela 1., a mediana de dias de hospitalização dos RNs prematuros deste estudo, ficou em 11 dias, sendo que o máximo foi de 116 dias. Ainda, a taxa de internações sugere aumento dos casos de complicações relacionadas a

prematividade, já que foi em 2019 que a maioria dessas internações ocorreram, sendo 58,5% delas.

Em relação ao peso ao nascer, 9,5% nasceram com extremo baixo peso (<1000g), 14,3% com muito baixo peso (1.000g a 1.499g) e 65,1% com baixo peso (1.500g a 2.499g). Segundo Velozo et.al, (2019), o baixo peso ao nascer e mais precisamente o extremo baixo peso ao nascer, é fator determinante dos óbitos neonatais¹³. Em um estudo de coorte realizado por Castro, Leite e Guinsburg (2016), na região nordeste do Brasil, observou-se que 76% dos RNs que nasceram com extremo baixo peso morreram nas primeiras 24 horas de vida. Na presente pesquisa, a taxa de mortalidade foi de 9,2%, sendo que 72,2% nasceram com baixo peso extremo e 22,22% com baixo peso¹⁴.

Corroborando com o estudo de Velozo et.al, (2019), que indica significativamente maior chance de mortalidade neonatal no sexo masculino, sendo a prematuridade um fator de risco para tal, a presente pesquisa aponta que dos 195 prontuários analisados, 105 (53,8%) eram do sexo masculino e, dos óbitos, 55,55%.

Um estudo realizado em Florianópolis-SC, por Garcia, Fernandes e Traebert (2019), que buscou analisar os fatores de risco para mortes neonatal nessa capital, concluiu que nascidos com idade gestacional ≤ 37 semanas, tem seis vezes mais chances de óbito nesse período. Ainda, sabe-se que quanto menor é a idade gestacional, o risco de morte é mais elevado¹⁵. De acordo com a tabela 2. Deste estudo, 38,2% dos RNs prematuros nasceram com idade gestacional <30 semanas, ou seja, prematuridade extrema, 88% foram

classificados como muito prematuros e 35,4% como pré-termo tardios.

CONCLUSÕES

Diante da situação atual, onde quase dois terços das mortes neonatais são de prematuros, o fato se torna um problema de saúde pública e um marcador de que em algum momento, do período pré-natal ou até mesmo antes de ocorrer a gestação, a informação, principalmente em relação aos cuidados preventivos e de promoção da saúde, não está chegando à todos. Sabe-se que fatores demográficos, culturais, econômicos e sociais podem ser influenciadores diretos desta situação.

Contudo, para que haja diminuição dos custos, as morbidades também devem ser reduzidas. Sabe-se que em sua maioria, as patologias neonatais relacionadas a prematuridade, são passíveis de prevenção, através da realização de ações simples, na atenção primária, como campanhas que incentivem o pré natal, a suplementação com ácido fólico, a amamentação logo na primeira hora de vida, entre outras intervenções.

Espera-se que esse estudo, que buscou exclusivamente demonstrar o perfil de prematuros desse hospital materno infantil do extremo sul de Santa Catarina, possa ser precursor de estudos maiores e mais detalhados nessa linha de pesquisa, nessa região. Além disso, teria por consequência, a diminuição dos custos governamentais por internação, lembrando que são custos com estrutura física, materiais diversos, laboratoriais, custos com a equipe multidisciplinar, mantimentos nutricionais e medicamentosos, entre outros.

REFERÊNCIAS

1. LOMBARDI, Adriana Prado et al. Introdução à neonatologia. In: LOMBARDI, Adriana Prado et al. **Principais temas em Pediatria para residência médica**. São Paulo: Medcel, 2016. Cap. 1. p. 16-26.
2. BRASÍLIA. Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos não Transmissíveis e Promoção da Saúde (DANTPS/SVS/MS). **Mortalidade infantil e na infância segundo componentes**. 2018. Disponível em: <<https://public.tableau.com/profile/dantps#!/vizhome/Mortalidadeinfantilenainfnciasegundocomponentes/Story1>>. Acesso em: 15 set. 2019.
3. BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS). **Estatísticas Vitais**. 2016. Disponível em: <http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=0205&id=6938&VObj=tabnet.datasus.gov.br/cgi/deftohtm.exe?sim/cnv/inf10>. Acesso em 15 set. 2019.
4. BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria MS/GM nº 72, de 11 de janeiro de 2010. **Estabelece que a vigilância do óbito infantil e fetal é obrigatória nos serviços de saúde (públicos e privados) que integram o SUS**. Diário Oficial da União, Brasília (DF) 2010.
5. MAZOTTI, Bruna Ribeiro et al. **Epidemiologic factors correlated to the risk for fetal death: review/ integrative review**. *Arq. Ciênc. Saúde*, Paraná, v. 2, n. 23, p.9-15, 2016.

6. WORLD HEALTH ORGANIZATION (Geneva). **Survive and thrive: transforming care for every small and sick newborn**. 2019. Disponível em: <<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/326495/9789241515887-eng.pdf?ua=1>>. Acesso em: 20 set. 2019.
7. ROSEMBERG, Adam A.; GROVER, Theresa. O recém-nascido. In: HAY, William W. et al. **CURRENT pediatria: diagnóstico e tratamento**. 22. ed. Colorado: Amgh, 2015. Cap. 1. p. 9-74.
8. QUEIROZ, Murilo Neves de; GOMES, Tabatha Gonçalves Andrada Castelo Branco; MOREIRA, Alessandra de Cássia Gonçalves. **Idade gestacional, índice de Apgar e peso ao nascer no desfecho de recém-nascidos prematuros**. Ccs, Brasília, v. 29, n. 4, p.1-11, jul. 2019. Disponível em: <<http://www.escs.edu.br/revistaccs/index.php/comunicacaoemcienciasdasaude/article/view/294/200>>. Acesso em: 25 set. 2019.
9. BRASIL. Constituição (2002). Resolução-rcd nº 50, de 21 de fevereiro de 2002. Dispõe sobre o Regulamento Técnico para planejamento, programação, elaboração e avaliação de projetos físicos de estabelecimentos assistenciais de saúde. **Resolução-rcd Nº 50, de 21 de Fevereiro de 2002**. 1. ed. Brasil.
10. GUTERRES, António. **A Agenda 2030: Um plano de ação global para um 2030 sustentável**. Disponível em: <<http://www.agenda2030.org.br/sobre/>>. Acesso em: 29 set. 2019.
11. MEDRONHO, Roberto A. **Epidemiologia**. 2. ed. São Paulo: Atheneu, 2008.
12. BARBETTA, Pedro Alberto. **Estatística aplicada às ciências sociais**. 7. ed., rev. Florianópolis: Ed. UFSC, 2007.
13. VELOSO, Felipe Camilo Santiago et al. Analysis of neonatal mortality risk factors in Brazil: a systematic review and meta-analysis of observational studies. *Jornal de Pediatria*, Maceió, v. 95, n. 5, p. 519-530, set. 2019. Elsevier BV. <http://dx.doi.org/10.1016/j.jpmed.2018.12.014>.
14. CASTRO, Eveline Campos Monteiro de; LEITE, Álvaro Jorge Madeiro; GUINSBURG, Ruth. **Mortalidade com 24 horas de vida de recém-nascidos pré-termo de muito baixo peso da Região Nordeste do Brasil**. *Revista Paulista de Pediatria*, [S.L.], v. 34, n. 1, p. 106-113, mar. 2016. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1016/j.rpped.2015.08.011>.
15. GARCIA, Leandro Pereira; FERNANDES, Camila Mariano; TRAEBERT, Jefferson. **Risk factors for neonatal death in the capital city with the lowest infant mortality rate in Brazil**. *Jornal de Pediatria (Versão em Português)*, Florianópolis, v. 95, n. 2, p. 194-200, mar. 2019. Elsevier BV. <http://dx.doi.org/10.1016/j.jpmedp.2018.03.004>.