

CENTRO UNIVERSITÁRIO DE ANÁPOLIS UniEVANGÉLICA  
CURSO DE ENFERMAGEM

**PERFIL CLÍNICO EPIDEMIOLÓGICO DAS INTERNAÇÕES EM UMA UTI  
NEONATAL NO PERÍODO DE 2016 A 2017**

BÁRBARA MOZELY DE PAULA  
DÉBORAH REGINA ZAGO DOS SANTOS  
MARCELLA RIBEIRO DA SILVA

ANÁPOLIS – GO  
2018

BÁRBARA MOZELY DE PAULA  
DÉBORAH REGINA ZAGO DOS SANTOS  
MARCELLA RIBEIRO DA SILVA

**PERFIL CLÍNICO EPIDEMIOLÓGICO DAS INTERNAÇÕES EM UMA UTI  
NEONATAL NO PERÍODO DE 2016 A 2017**

Trabalho de Conclusão de Curso,  
apresentado ao curso de  
Enfermagem, como requisito parcial  
para obtenção do grau de Bacharel  
em Enfermagem.

Orientadora: Prof<sup>a</sup> Ma. Rosana  
Mendes Bezerra

ANÁPOLIS - GO  
2018

BÁRBARA MOZELY DE PAULA  
DÉBORAH REGINA ZAGO DOS SANTOS  
MARCELLA RIBEIRO DA SILVA

**PERFIL CLÍNICO EPIDEMIOLÓGICO DAS INTERNAÇÕES EM UMA UTI  
NEONATAL NO PERÍODO DE 2016 A 2017**

Apresentado em 21 de dezembro de 2018, tendo sido: \_\_\_\_\_.

**Banca Examinadora**

---

Profª Ma. Rosana Mendes Bezerra  
(Orientadora)

---

Profª Ma. Regina Ribeiro de Castro  
(Avaliadora)

---

Profª Ma. Cristiana Terezinha Alexandre  
(Avaliadora)

## **AGRADECIMENTOS**

Agradecemos, primeiramente, a Deus, que nos deu força e nos permitiu chegarmos até aqui.

Aos nossos pais e toda nossa família por sempre acreditar e investir no nosso potencial e por todo apoio, compreensão, orações e paciência contribuindo diretamente para que pudéssemos ter um caminho mais fácil e prazeroso durante todos esses anos.

Ao Centro Universitário de Anápolis, todo corpo docente, direção e administração de enfermagem e aos colegas do curso por terem partilhado e contribuído conosco com etapas importantes de aprendizado e crescimento. A nossa orientadora Rosana Mendes e a avaliadora Regina Ribeiro pelo suporte, carinho e dedicação na elaboração do trabalho e, também, durante toda vida acadêmica contribuindo diretamente para nosso crescimento profissional.

Aos nossos namorados João Victor e André, ao meu filho e amor maior João Henrique e a todos os nossos amigos que sempre estiveram conosco nessa caminhada que por diversas vezes exigiu de nós carinho e ombro amigo.

Enfim, obrigada de todo coração a todos que de alguma forma direta ou indireta estiveram próximos de nós e fizeram parte da nossa vida durante toda graduação.

## RESUMO

**Introdução:** A UTI Neonatal é um local onde são realizados cuidados altamente especializados e individualizados, usando diversas tecnologias para o tratamento de tais patologias (BRASIL, 2010). Os conhecimentos destes perfis implicam em uma diminuição nos índices de internação, melhoria na assistência, impactando em sobrevida aos RN. **Objetivos:** Tem como objetivo geral traçar o perfil clínico epidemiológico das internações prevalentes dentro de uma unidade de terapia intensiva neonatal, no interior de Goiás de 2016 a 2017. **Metodologia:** O tipo de estudo utilizado para atingir o objetivo proposto será transversal, prospectivo, descritivo. **Resultados:** Analisou-se um total de 948 internações no período de dois anos. A prevalência de internações nesse estudo foi de RN do sexo masculino e o maior número de óbitos foi de RN com 28 a 30 semanas de vida. **Conclusão:** As evidências encontradas a partir dos objetivos desse estudo condizem com resultados de outros estudos publicados sobre o tema e contribuem para comprovar que o tempo de permanência na unidade pode prejudicar a evolução do recém-nascido bem como as principais patologias destacadas também são o motivo da internação de bebês em UTIN em âmbito nacional e internacional.

**Palavras-chave:** Unidade de Terapia Neonatal. Recém-nascido. Enfermagem neonatal. Perfil epidemiológico.

## **ABSTRACT**

**Introduction:** The Neonatal intensive care unit is a place where highly specialized and individualized care is provided, using various technologies to treat such pathologies (BRASIL, 2010). The knowledge of these profiles implies a decrease in hospitalization rates, improvement in care, and an impact on NB survival. **Objectives:** The general objective is to establish the clinical epidemiological profile of hospitalizations prevalent within a neonatal intensive care unit, in the interior of Goiás, from 2016 to 2017. **Methodology:** The type of study used to achieve the proposed objective was transversal, prospective and descriptive. **Results:** A total of 948 hospitalizations in a two-year period were analyzed. The prevalence of hospitalizations in this study was of newborn males, and the highest number of deaths was of newborns with 28 to 30 weeks of life. **Conclusion:** Evidence from the objectives of this study is in line with the results of other studies published on the subject and contributes to prove that the length of stay in the unit can impair the evolution of the newborn as well as the main highlighted pathologies are also the reason of the internment of infants in NICUs at national and international level.

**Keywords:** Neonatal Therapy Unit. Newborn. Neonatal nursing. Epidemiological profile.

## RESUMEN

**Introducción:** La Unidad de Terapia Neonatal es un lugar donde se brinda atención altamente especializada e individualizada, que utiliza diversas tecnologías para tratar estas patologías (BRASIL, 2010). El conocimiento de estos perfiles implica una disminución en las tasas de hospitalización, mejora en la atención y un impacto en la supervivencia de los recién nacidos. **Objetivos:** El objetivo general es establecer el perfil epidemiológico clínico de las hospitalizaciones prevaletentes en una unidad de cuidados intensivos neonatales, en el interior de Goiás, de 2016 a 2017. **Metodología:** el tipo de estudio utilizado para lograr el objetivo propuesto fue transversal, prospectivo descriptivo. **Resultados:** Se analizaron un total de 948 hospitalizaciones en un período de dos años. La prevalencia de hospitalizaciones en este estudio fue de recién nacidos del sexo masculino, y el mayor número de muertes fue de recién nacidos con 28 a 30 semanas de vida. **Conclusión:** la evidencia de los objetivos de este estudio está en línea con los resultados de otros estudios publicados sobre el tema y contribuye a demostrar que la duración de la estadía en la unidad puede afectar la evolución del recién nacido, así como las principales patologías destacadas. el motivo del internamiento de recién nacidos en UCIN a nivel nacional e internacional.

**Palabras clave:** Unidad de Terapia Neonatal. Recién nacido. Enfermería neonatal. Perfil epidemiológico.

## SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO .....	9
2	REFERENCIAL TEÓRICO .....	11
2.1.	A História da UTI Neonatal .....	11
2.2.	Políticas Públicas.....	11
2.3.	Principais causas de internação .....	13
2.4.	A Enfermagem No Contexto UTI .....	14
3	METODOLOGIA .....	16
3.1.	Tipo de pesquisa .....	16
3.2.	Local de Estudo .....	16
3.3.	População e amostra .....	16
3.3.1.	Critérios de Inclusão .....	17
3.3.2.	Critérios de Exclusão.....	17
3.4.	Coleta de dados.....	17
3.4.1.	Análise de Dados.....	17
3.5.	Preceitos Éticos da Pesquisa .....	18
3.6.	Riscos .....	18
3.7.	Benefícios .....	19
4	RESULTADOS .....	20
5	DISCUSSÃO .....	25
6	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	30
	REFERÊNCIAS.....	31
	APÊNDICE	



## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

<b>SAM</b>	Síndrome da aspiração meconial
<b>RN</b>	Recém-nascido
<b>CEP</b>	Comitê de Ética e Pesquisa
<b>UBS</b>	Unidade Básica de Saúde
<b>UTI</b>	Unidade de Terapia Intensiva
<b>UTIN</b>	Unidade de Terapia Intensiva Neonatal
<b>SRD</b>	Síndrome do Desconforto Respiratório
<b>MS</b>	Ministério da Saúde
<b>SUS</b>	Sistema Único de Saúde

## 1 INTRODUÇÃO

A Unidade de Terapia Intensiva (UTI) é um local que tem como principal função assistência especializada a clientes em situações graves e em alguns momentos emergenciais, que demandam atenção e cuidados contínuos e permanentes (MOURA et al., 2011). Uma unidade de terapia intensiva neonatal (UTIN) é frequentemente tomada por aparelhos sofisticados e de alta tecnologia que tem por objetivo principal a recuperação dos bebês, sendo destinada a pacientes admitidos com idade de 0 a 28 dias. Essa área hospitalar presta um atendimento especializado, com profissionais atuantes nas diversas especialidades para atender a clientela neonatal, prestando assistência individualizada aos pacientes (BRASIL, 2010).

A permanência em uma UTIN pode ser extremamente estressante e traumatizante para o cliente, as famílias e a equipe de saúde. Apesar de ser indispensável que a UTIN apresente recursos tecnológicos de ponta para assegurar a vida do recém-nascido, os tratamentos podem ser considerados hostis devido sua agressividade técnica e aos inúmeros procedimentos invasivos que esses bebês são submetidos, ou seja, toda a aparelhagem sofisticada é necessária para manterem vivos os recém-nascidos (NETO; RODRIGUES, 2015).

Nas últimas décadas a mortalidade infantil sofreu uma queda significativa no Brasil, porém isso ainda é motivo de preocupação para a saúde pública no país, sendo que por diversos fatores esses óbitos podem ser evitados, através de uma combinação de serviços qualificados de saúde (BRASIL, 2012a). Entretanto esse sucesso na neonatologia não foi alcançado com êxito, principalmente no período precoce, onde ocorrem mais da metade dos óbitos infantis devido a inúmeros fatores (GRANZOTTO et al., 2012).

Conforme a RDC 26, todos os profissionais atuantes em UTI, sejam infantis ou adultos, deverão ter especialização e capacitação para assistir ao paciente em estado crítico e prestar assistência qualificada e individualizada. É necessário conter no mínimo 1 (um) enfermeiro assistencial para cada 10 leitos em cada turno, e no mínimo 1 (um) técnico de enfermagem para cada 02 leitos por turno, contando ainda com 1 (um) técnico de enfermagem para apoio assistencial por turno (BRASIL, 2012b).

A internação do RN em uma UTI neonatal pode estar relacionada a múltiplos fatores que podem ser advindos da gestação, à fatores socioeconômicos, fatores biológicos. Essa condição pode ser também reflexo de imperícias de profissionais que

precisam ser melhores qualificados. Muitas complicações podem ser expostas no âmbito das UTIN em relação aos RN prematuros, como a prematuridade extrema, o baixo peso ao nascer, intercorrências causadas na gestação, síndrome do desconforto respiratório, insuficiência pulmonar crônica, entre vários outros fatores (JUNIOR et al., 2014)

O conhecimento dos dados epidemiológicos de uma UTI neonatal na cidade de Anápolis-Go permitirá o levantamento de questões, conhecimento mútuo, esclarecimentos e tomada de decisões estratégicas que visa a melhoria da atenção, trazendo mais qualidade ao serviço da UTI (ARRUÉ et al., 2013).

O interesse pelo tema pressuposto se deu diante da convivência em sala de aula com docentes atuantes na área, que transmitiram conhecimentos científicos, levantando questões e mostrando a importância da atuação da enfermagem na área neonatal.

Assim, foi levantada a importância do estudo das causas de morbimortalidade que ainda são ameaças a saúde dos neonatos. Onde se pretende estudar esses ricos, traçando um perfil epidemiológico e possivelmente poder desencadear novas pesquisas sobre a temática.

Com as mudanças ocorridas na saúde da população traçar o perfil clínico epidemiológico de uma UTIN permite lançar estratégias que poderão ser utilizados para gerar informações e conhecimentos, na busca de melhoria que possam contribuir para a mudança dos dados colhidos.

Este artigo tem como objetivo traçar o perfil clínico epidemiológico das internações em uma unidade de terapia intensiva neonatal de um hospital filantrópico de Anápolis – Goiás, no período de 2016 a 2017. A partir desse objetivo, pretendeu-se, também, identificar as principais causas da internação na unidade; identificar o número de óbitos e identificar o número de internações mensais no período estudado.

Diante do exposto indagou-se: qual as características do perfil clínico epidemiológico das internações em uma unidade de UTIN?

## **2 REFERENCIAL TEÓRICO**

### **2.1. A História da UTI Neonatal**

Até o século XVI, as taxas de mortalidade infantil e de prematuros eram muito elevadas, pois não existiam locais especialmente voltados para o tratamento dos mesmos. A mudança da visão de vida da criança teve início no século XVII, se tornando significativa a partir do século XIX, com a revolução industrial. Nesse período as crianças se tornaram insubstituíveis às famílias devido a sua mão de obra, e a preocupação da ciência fizeram com que surgisse a pediatria, uma especialidade médica voltada à criança (LIMA, 2013).

Em relação ao nascimento, até o final do século XIX foi alcançado sucesso no tratamento de bebês prematuros devido à utilização das incubadoras para os neonatos, quando o desenvolvimento das tecnologias e aprimoramentos médicos permitiram grandes avanços no cuidado neonatal durante pós-parto (RODRIGUES; OLIVEIRA, 2004).

Em 1960 foi uma década de melhorias no que se tratava de neonatologia, deu-se origem as primeiras UTI neonatais, onde foram aplicadas novidades em tecnologias, técnicas, equipamentos que contribuíram de forma significativa para o manejo da mortalidade dos RN prematuros, que conseqüentemente se fez necessário um aumento no número de profissionais atuantes nesse local (NETO, 2010).

No Brasil, o desenvolvimento da assistência neonatal se deu início no século XX, influenciado pelos países desenvolvidos que propiciaram a importação de incubadoras e métodos estrangeiros, que gradativamente possibilitaram a redução da morbimortalidade peri e neonatal, mostrando resultados significativos atualmente. (RODRIGUES; OLIVEIRA, 2004).

### **2.2. Políticas Públicas**

Existem várias definições sobre o que são políticas públicas, sendo a melhor forma de defini-las como o conjunto de ações do governo que analisa questões públicas, solucionando (ou não) problemas da sociedade, influenciando direto ou indiretamente na vida dos cidadãos (SOUZA, 2013).

Logo, surgem as políticas públicas de saúde que integram ações que visam à melhoria das condições de saúde e organizam os princípios e funções

governamentais na implementação da promoção, proteção e recuperação da saúde de forma coletiva e eficaz (LUCCHESI, 2002).

No Brasil, durante as últimas décadas o binômio mãe-filho ganhou maior atenção, na busca de melhorias na qualidade dos serviços de saúde e a garantia dos direitos das gestantes e dos bebês. Em 2006, o Sistema Único de Saúde (SUS) projetou o Pacto pela Saúde que abrange três dimensões: o Pacto pela vida, Pacto em defesa do SUS e Pacto de gestão, tendo em vista que, um dos objetivos prioritários do Pacto pela saúde é a redução da mortalidade infantil e materna, designando que o pré-natal de qualidade seja ofertado a todas as gestantes (BRASIL, 2012a).

Com o intuito de promover e implementar a atenção a saúde da mulher e a da criança, surgiu a Rede Cegonha, que diante do artigo 3º da Portaria N º 1.459 de 24 de Junho de 2011, tem por objetivo: fomentar a implementação de novo modelo de atenção à saúde da mulher e à saúde da criança com foco na atenção ao parto, ao nascimento, ao crescimento e ao desenvolvimento da criança de 0 aos 24 meses; organizar a Rede de Atenção à Saúde Materna e Infantil para que esta garanta acesso, acolhimento e resolutividade; e reduzir a mortalidade materna e infantil com ênfase no componente neonatal (BRASIL, 2011).

Como abordados anteriormente, inúmeros fatores podem levar um RN prematuro a precisar ser internado em uma UTIN, tornando esse local de grande importância para a saúde dos neonatos doentes. Nesse âmbito, é importante ressaltar a utilização de técnicas, procedimentos e tecnologias aprimoradas, o que pode tornar esse ambiente tenso, mecânico e inóspito (REICHERT, 2007).

Há uma necessidade real da humanização da assistência em enfermagem. Neste sentido temos a PHN (Política Nacional de Humanização) do SUS, implantada no Brasil em 2003, tendo em vista semear práticas humanizadas aos clientes, colaboradores e dirigentes, não só como programa, mas sim como política que passa pelas diversas instâncias gerenciadas no sistema único de saúde, por acreditar nos diversos processos de trabalho, gestão, atenção, clínica, e produções em geral na área da saúde (MOREIRA et al., 2015).

Por fim, é visto que a relação de humanização com as políticas públicas na saúde contribui significativamente para uma melhor assistência de saúde, profissionais qualificados, atuam na prevenção e na promoção de saúde, diminuem o tempo de internação e contribuem diretamente na diminuição da mortalidade infantil (SANTOS et al., 2017).

### 2.3. Principais causas de internação

Os índices de internação em uma UTIN são altos, por vários fatores, entre eles: o nascimento prematuro por falta de pré-natal adequado, principalmente em adolescentes e usuárias de drogas; baixo peso ao nascer; anóxias oriundas do trabalho de parto malconduzido; malformações, entre outros, patologias em que o RN necessita de ser assistido dentro de uma UTI (COSTA et al., 2014).

Sabe-se que nos últimos anos vem diminuindo a incidência de internações de neonatos em UTI por infecções neonatais e aumentando as perinatais. Isso ocorre por falta de qualidade no pré-natal, principalmente, na rede pública de saúde, comprometendo assim o nascimento de RN proporcionando a necessidade de assistência especializada (ARRUÉ et al., 2013).

Outro agravante são as infecções hospitalares ocasionadas em RN. Estas são mais preocupantes que em crianças maiores ou adultos, por permanecerem mais tempo dentro de uma UTI, pelos procedimentos invasivos e usos de antibióticos (RISSO; NASCIMENTO, 2010).

A alta tecnologia encontrada na UTI mais a qualificação e capacitações de toda a equipe utilizada da forma correta, ou seja, humanizada, traz várias vantagens aos RN. Tais como a minimização de danos causados pela longa internação e diminuição do tempo de permanência da unidade. (OLIVEIRA et al., 2009).

Uma das causas mais frequentes de internação na UTIN são os problemas respiratórios no RN. Os sinais e sintomas de dificuldade respiratória são manifestações clínicas importantes e comuns iniciando imediatamente após o nascimento. O desconforto respiratório pode representar uma condição benigna, como retardo na adaptação cardiorrespiratória, mas também pode ser um sinal de uma condição mais grave. A maioria das doenças respiratórias neonatais manifesta-se nas primeiras horas de vida e de forma inespecífica (BRASIL, 2012a).

A prematuridade é outro fator determinante na internação do RN em unidade especializada. Essa condição pode ser definida por: todo nascimento pré-termo menor que 37 semanas de gestação. Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), cerca de 15 milhões de crianças nascem prematuramente em todo o mundo (SANTOS et al., 2017).

O Ministério da Saúde (MS) visando uma redução na mortalidade neonatal criou a Rede Cegonha, que tem como propósito garantir a todos os recém-nascidos

boas práticas de atenção, embasadas em evidências científicas e nos princípios de humanização. As boas práticas da Rede Cegonha se iniciam no parto e pós-parto imediato, e também assegura a disponibilidade de profissional capacitado para reanimação neonatal em todo parto-nascimento, garantindo que o RN respire no primeiro minuto de vida (o “minuto de ouro”), afim de diminuir as morbidades respiratórias (BRASIL, 2012).

#### **2.4. A Enfermagem No Contexto UTI**

O art.11 da lei nº 7.498/86 que regulamenta o exercício profissional da enfermagem, diz que o enfermeiro dispõe privativamente o cuidado direto a pacientes críticos e com risco de vida, e pode prestar os cuidados necessários em casos de maior dificuldade, embasado em conhecimentos técnicos e científicos (BRASIL, 1986).

A enfermagem assume de forma completa o cuidado integral ao paciente em estado grave na UTIN, o que o faz trabalhar com processos de enfermagem, a fim de sistematizar a assistência aos RN, contando com evoluções, prescrições e anotações. O enfermeiro é o profissional que assume e participa diretamente dos cuidados, seja na organização ou na prática delas (GAIVA; SCOCHI, 2004).

No campo da UTIN a implementação do uso da Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) é de suma importância, pois seu uso possibilita uma assistência completa e qualificada ao paciente, oferecendo planejamento de ações e intervenções que facilita a avaliação dos cuidados de enfermagem, garantido qualidade no cuidado do RN, refletindo na sua sobrevivência (MOREIRA et al., 2012)

Diante disso, a resolução do Conselho Federal de Enfermagem 358/2009, diz que é de responsabilidade do profissional de enfermeiro a realização e avaliação do Processo de Enfermagem, onde é necessário embasamento teórico que oriente na realização das 5 etapas inter-relacionadas: investigação, diagnóstico, planejamento, implementação e avaliação; de forma organizada e sistematizada (COFEN, 2009).

Seja qual for o cargo do enfermeiro, este traz consigo uma grande responsabilidade, no que se refere a UTI não é diferente. Esse é um ambiente hospitalar onde se trata pacientes vulneráveis e de estado grave, que exigem cuidados intensivo, individuais e contínuos. A equipe de enfermagem é composta pelo enfermeiro, sendo o responsável pelo comando de um trabalho embasado em

conhecimentos científicos, e pelos técnicos e auxiliares de enfermagem, que somam a maior parte da categoria, e desempenham um trabalho de habilidades manuais, que juntos integram em equipe a prestação de uma assistência de qualidade ao RN (SOUZA et al., 2016).

A equipe de enfermagem tem maior contato direto e tempo de convivência com os RN internados e seus familiares, por isso é importante que os profissionais atuantes nessa área tenham consigo conhecimento das suas práticas profissionais, a ciência de que possíveis complicações podem acontecer e como evitá-las, através da utilização correta das técnicas de sua responsabilidade (SOUSA et al., 2016).



### **3 METODOLOGIA**

#### **3.1. Tipo de pesquisa**

O tipo de estudo utilizado para atingir o objetivo proposto foi transversal, prospectivo, descritivo. Esse tipo de método é caracterizado por ser uma pesquisa de estudo epidemiológico que se observa fator e região num mesmo momento histórico, podendo ser uma pesquisa de incidência e prevalência (BORDALO, 2006).

A pesquisa descritiva quantitativa objetiva a descrição das características de um determinado fenômeno ou população, utilizando a coleta de dados como caráter de registro, por meio de técnicas estatísticas para quantificar (GIL, 2008).

#### **3.2. Local de Estudo**

A pesquisa foi realizada na cidade de Anápolis – GO, em uma instituição filantrópica. Esta tem certificação de Hospital Amigo da Criança desde 1998, além de receber o título de Maternidade Segura pelo Ministério da Saúde, Federação Brasileira das Sociedades de Ginecologia e Obstetrícia, Organização Pan Americana de Saúde e Fundo de População das Nações Unidas, por ter cumprido com os oito passos que indicam adequada assistência obstétrica e neonatal (PREFEITURA DE ANÁPOLIS, 2017).

#### **3.3. População e amostra**

A amostra foi selecionada por conveniência, ou seja, correspondente a todos os registros de internação para traçar o perfil epidemiológico da UTI, como: sexo, idade, permanência de internação, diagnósticos, óbitos e causas destes. Na UTIN em média 35 internações mensais e 500 anuais. O período compreendido para a realização do estudo foi de dois anos tendo, e correspondeu a 948 internações investigadas.

Os dados foram coletados por meio de um instrumento elaborado pelos pesquisadores que contém informações relacionadas ao tempo de internação, sexo, diagnósticos, óbitos conforme mostra o Apêndice I deste trabalho. A unidade de terapia intensiva disponibilizou os dados em planilha do Excel, o que garante o

anonimato dos pacientes internados durante o período de coleta de dados. Os dados foram coletados nos meses de novembro de 2017 a fevereiro de 2018 após o projeto ter o parecer favorável do CEP da UniEVANGÉLICA (Apêndice 1).

### **3.3.1. Critérios de Inclusão**

Foram incluídas na pesquisa:

- Admissões de pacientes que tenham sido hospitalizadas nas UTI neonatal;
- Admissões ocorridas no período de janeiro de 2016 a dezembro de 2017, durante todos os meses do referido período;
- Informações extraídas das admissões oriundas de prontuários e caderno de admissão e alta da UTI e já tabuladas e disponibilizadas em planilha de Excel pelo setor de estudo.

### **3.3.2. Critérios de Exclusão**

Foram excluídos:

- Internações anteriores a 2016;
- Internações que ocorreram em 2018;
- Dados incompletos das (planilhas) disponibilizados pela UTI;
- Doenças de notificação compulsória.

## **3.4. Coleta de dados**

A coleta de dados foi desenvolvida em um hospital filantrópico do interior do Estado de Goiás, situado na cidade de Anápolis, em sua Unidade de Terapia Intensiva Neonatal. Este hospital é referência na cidade pela assistência neonatal prestada, e conta com 10 leitos de UTI neonatal disponíveis pelo SUS e mais 2 leitos extra.

Os dados utilizados são dos anos de 2016 a 2017, extraídos dos livros de admissão e alta da UTIN. Para a coleta, foram utilizados os dados referentes a idade, sexo, tempo de permanência, patologia e óbito.

### **3.4.1. Análise de Dados**

Para a análise de dados, foram utilizadas planilhas do programa Microsoft Excel que foram alimentadas com os dados coletados nas fichas de notificação. Os dados das planilhas foram transformados em tabelas e gráficos para expor os achados. Os resultados obtidos fizeram possível traçar o perfil epidemiológico.

### **3.5. Preceitos Éticos da Pesquisa**

O projeto foi submetido na Plataforma Brasil, encaminhado para análise e apreciação do Comitê de Ética e Pesquisa da UniEvangélica seguindo as orientações da resolução 466/2012 do conselho Nacional de Saúde, que dispõe sobre pesquisas com seres humanos. Foram preenchidos e assinados após concordância Termo de autorização para utilização e manuseio de dados, o termo da instituição coparticipante.

Os dados coletados geraram condições para realização do trabalho de conclusão de curso dos discentes da UniEVANGÉLICA, onde posteriormente os dados poderão ser apresentados em eventos e revista científica bem como ao hospital nas representações da coordenação de ensino e pesquisa, coordenação da UTI neonatal, e coordenação de enfermagem, por meio de reunião agendada para exposição oral e visual (impresa) do resultado da pesquisa além de esclarecimento de questões que possam surgir durante a exposição do trabalho científico.

Este projeto origina-se de um projeto maior já aprovado no comitê de ética, sob o nº CAE 69412717.9.0000.5076, para avaliação do perfil epidemiológico de um hospital do interior de Goiás em UTI Neonatal, Pediátrica e Adulto, sendo que, esse projeto é referente apenas a UTI Neonatal (ANEXO A).

### **3.6. Riscos**

Essa pesquisa manteve todo o sigilo da identidade dos envolvidos, ou seja, dos neonatos hospitalizados. Este anonimato é assegurado, pois os dados pela UTI neonatal foram extraídos dos livros de admissão e alta da referida unidade.

No entanto, houve risco de constrangimento por parte dos colaboradores da UTI, como a indisponibilidade imediata dos dados, uma vez que eles foram responsáveis por repassar os dados. Estes riscos foram minimizados por meio de conversa e agendamento prévio para a coleta de dados, sendo estipuladas datas

adequadas às pesquisadoras e colaboradores. Os dados coletados foram utilizados com a única finalidade da realização da pesquisa científica.

Os seus resultados poderão ser utilizados em estudos científicos como o trabalho de conclusão de curso e artigo científico. Todos os dados manuseados e coletados ficarão sob total sigilo das pesquisadoras por período de cinco anos, após serão incinerados.

### **3.7. Benefícios**

O benefício do presente estudo apresenta de acordo com o perfil epidemiológico das internações na UTI neonatal, para possibilitar estabelecer uma possível melhoria ao atendimento. Os benefícios serão para os usuários, a equipe e para a sociedade. Foi possível identificar os principais diagnósticos, tempo de permanência e causas que levaram a óbitos na unidade.

Por meio deste estudo será possível incitar melhorias na assistência realizada por meio de otimização dos protocolos assistenciais, diminuição do tempo de internação, números de óbitos, dos custos dos atendimentos e proporcionará a elaboração estratégias para qualificação profissional, aquisição de tecnologias adequadas para melhoria do cuidado de saúde nessas unidades.

Essas informações poderão contribuir para a elaboração de estratégias de atendimento hospitalar, podendo subsidiar ações de melhorias no âmbito municipal. Os resultados obtidos poderão ser utilizados pelo Ministério da Saúde na elaboração de recomendações para o atendimento em Unidade de Terapia Intensiva.

## 4 RESULTADOS

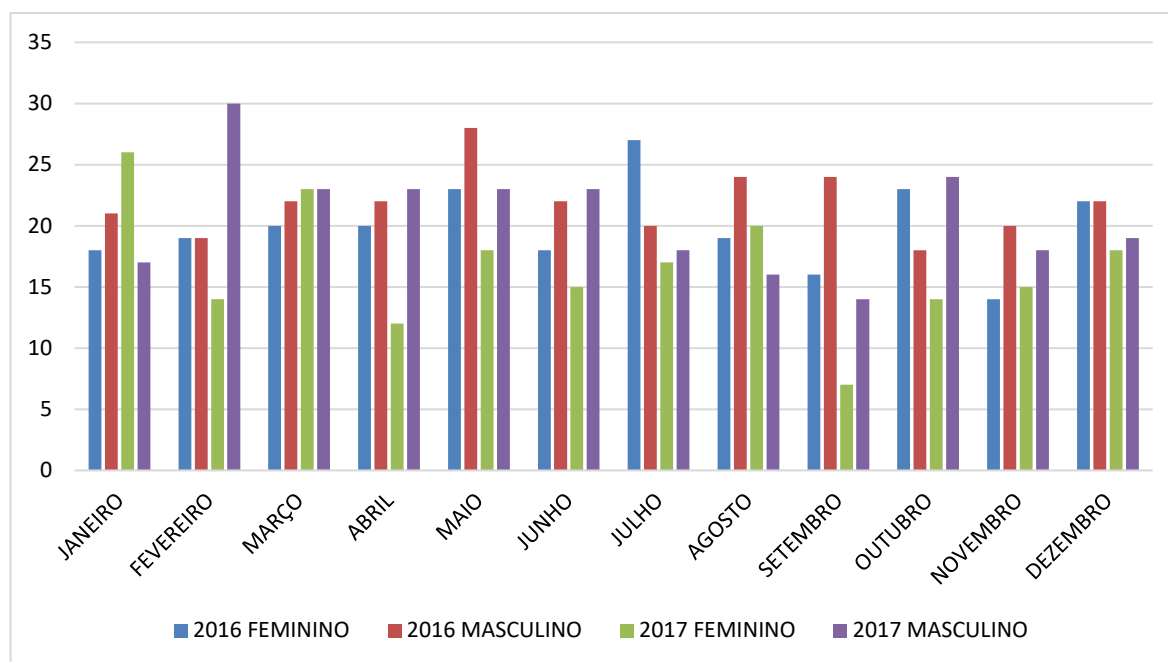
Analisou-se um total de 948 internações no período de dois anos, sendo 501 internações no ano de 2016 e 447 internações no ano de 2017, apresentando uma redução de 11%, conforme Tabela 1. No ano de 2016 o mês de agosto teve o maior número de internações, 49 (10%). Para o ano de 2017 o mês de março teve o maior número com 46 (10,2%) internações. Do total de internações, 438 foram do sexo feminino e 510 do sexo masculino, exibido no gráfico 1 por cada mês.

**Tabela 1** – Número de internações por mês

Mês	2016		2017	
	n	%	n	%
Janeiro	41	8	43	9,6
Fevereiro	42	8	44	9,8
Março	44	8	46	10,2
Abril	45	8	35	7,8
Maiο	51	9	41	9,1
Junho	45	8	38	8,5
Julho	50	9	35	7,8
Agosto	49	10	36	8
Setembro	41	8	21	4,7
Outubro	45	8	38	8,5
Novembro	37	7	35	7,8
Dezembro	48	9	37	8,2
Total	538		449	

Fonte: Elaborado pelas autoras, com base no livro de admissão e alta da UTI NEO.

Pode se notar, como observado no gráfico 1, que as internações não possuem um padrão nos números por mês. Durante o ano de 2016 o maior número de internação feminino foi em julho com 27 internações, já para o sexo masculino foi o mês de maio com 28 internações. No ano seguinte, fevereiro teve o maior número de internações do sexo masculino, com 30 internações, e o sexo feminino teve sua maior taxa de internação no mês de janeiro, com 26 internações. Esse dado sugere que houve um número maior de nascimentos nos primeiros meses do ano.

**Gráfico 1 – Internação por sexo por mês**

Fonte: Elaborado pelas autoras, com base no livro de admissão e alta da UTI NEO.

Conforme mostra a Tabela 2, no ano de 2016 ficou registrado 36 óbitos, com maiores índices nos meses de fevereiro e agosto com 5 mortes cada. No ano seguinte houveram 55 registros de óbitos, tendo maiores índices nos meses de janeiro e maio, com 8 mortes cada. Constatou-se uma elevação de 34% nos óbitos de 2016 para 2017.

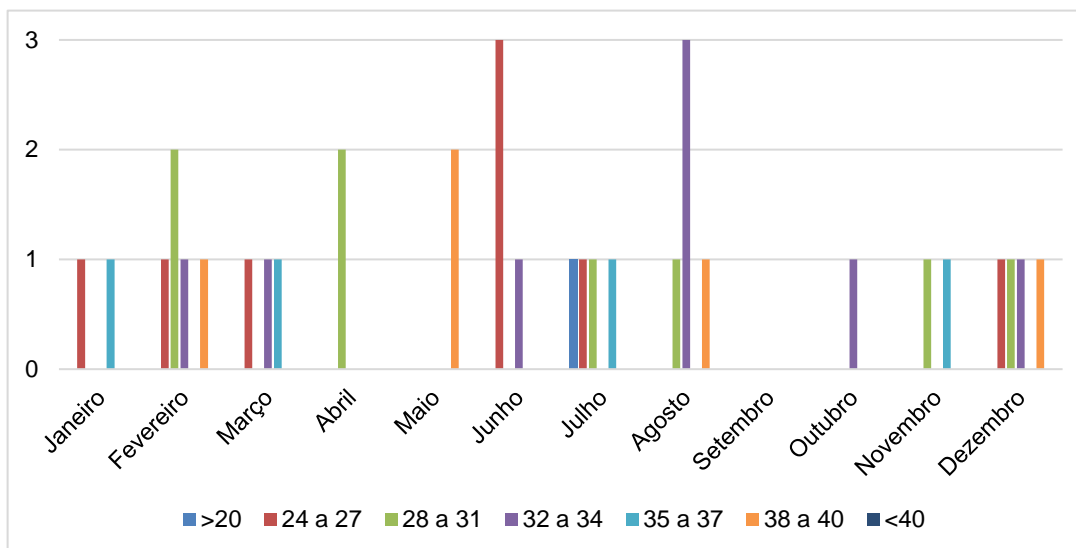
**Tabela 2 – Quantidade de óbitos por mês**

Mês	2016		2017	
	n	%	n	%
Janeiro	2	5,6	8	14,54
Fevereiro	5	13,9	3	5,45
Março	3	8,3	6	10,91
Abril	2	5,6	2	3,64
Maio	2	5,6	6	10,91
Junho	4	11,1	8	14,54
Julho	4	11,1	3	5,45
Agosto	5	13,9	4	7,27
Setembro	0	0	5	9,11
Outubro	2	5,6	2	3,64
Novembro	3	8,3	4	7,27
Dezembro	4	11,1	4	7,27
<b>Total</b>	<b>36</b>		<b>55</b>	

Fonte: Livro de admissão e alta da UTI NEO, elaborado pelas autoras.

A idade média de óbito dos recém-nascidos durante o período estudado foi de 28 a 31 semanas. Os Gráficos 2 e 3 exibem a quantidade de óbitos por idade (em semanas) por cada mês nos anos 2016 e 2017, respectivamente.

**Gráfico 2** – Número de óbitos por idade (em semanas) por mês em 2016

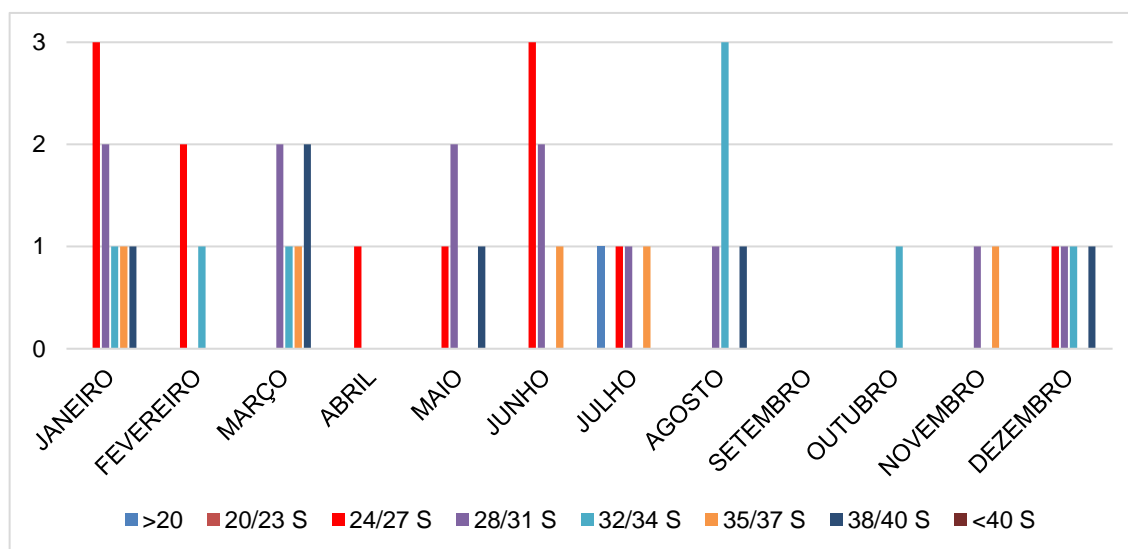


Fonte: Elaborado pelas autoras, com base no livro de admissão e alta da UTI NEO.

Conforme visto nos gráficos, alguns meses não apresentam nenhum óbito. Em 2016 e 2017, coincidentemente, o mês de setembro não foi registrado nenhum óbito na UTIN.

Os meses de 2016 com maior incidência de óbitos foram fevereiro e agosto com 5 cada. A maioria dos óbitos de fevereiro foram com idade de 28 a 31 semanas, 40% (2), e de agosto foram com idade de 32 a 34 semanas, 60% (3).

Já em 2017, janeiro e junho registaram o maior número de óbitos, com 8 em cada mês. Em janeiro e junho a idade com maior número de registro foi 24 a 27 semanas.

**Gráfico 3 – Número de óbitos por idade (em semanas) por mês em 2017**

Fonte: Elaborado pelas autoras, com base no livro de admissão e alta da UTI NEO.

O estudo mostrou que, no período estudado, as principais causas de internação foram desconforto respiratório (37,8%) e prematuridade (26,3%). Devido a diversidade em diagnósticos, para fins de demonstrar os resultados, as causas com menor frequência foram categorizadas em “outros”. Essa classificação incluiu malformação, hidrocefalia, síndrome da aspiração meconial (SAM), anóxia, entre outros diagnósticos.

**Tabela 3 – Diagnóstico por mês em 2016**

	JAN	FEV	MAR	ABR	MAI	JUN	JUL	AGO	SET	OUT	NOV	DEZ	TOT
<b>Desconforto respiratório</b>	15	20	24	24	27	25	27	27	23	30	23	24	289
<b>Prematuridade</b>	19	19	16	16	21	17	22	21	13	10	14	13	201
<b>Icterícia neonatal</b>	10	8	5	5	10	5	11	11	8	5	7	13	98
<b>Baixo peso</b>	1	2	0	2	2	8	2	1	3	2	2	3	28
<b>Sífilis congênita</b>	3	2	1	1	2	2	3	2	0	3	2	4	25
<b>Infecção neonatal</b>	1	3	1	2	3	1	1	0	0	2	1	0	15
<b>Cardiopatia</b>	0	0	1	0	1	1	1	1	0	2	2	2	11
<b>PIG</b>	2	0	0	0	0	3	0	2	0	0	1	2	10
<b>Outros</b>	3	9	12	8	12	9	4	9	0	10	6	6	88

Fonte: Elaborado pelas autoras, com base no livro de admissão e alta da UTI NEO.

Para o ano de 2016 os diagnósticos de desconforto respiratório e prematuridade totalizaram aproximadamente 64% de todos diagnósticos. Similarmente, no ano de 2017 as principais causas de internação também foram



desconforto respiratório e prematuridade, e totalizaram quase 72% dos diagnósticos naquele ano.

**Tabela 3 – Diagnóstico por mês em 2017**

	JAN	FEV	MAR	ABR	MAI	JUN	JUL	AGO	SET	OUT	NOV	DEZ	TOT
<b>Desconforto respiratório</b>	22	22	32	26	30	29	23	26	16	28	27	27	308
<b>Prematuridade</b>	18	17	22	20	21	13	22	20	12	21	17	17	220
<b>Icterícia</b>	11	13	6	5	1	4	2	1	0	3	0	1	47
<b>Baixo peso</b>	2	3	3	2	2	1	3	4	1	0	7	3	31
<b>Prematuridade extrema</b>	3	2	2	2	2	5	2	1	0	2	3	5	29
<b>PIG</b>	0	2	2	1	0	2	1	5	1	1	1	0	16
<b>Hipoglicemia</b>	2	0	0	0	1	2	3	1	0	2	1	1	13
<b>Sífilis</b>	2	2	4	0	0	1	2	0	0	0	0	0	11
<b>Outros</b>	6	4	8	2	8	4	10	6	4	5	2	2	61

Fonte: Elaborado pelas autoras, com base no livro de admissão e alta da UTI NEO.

## 5 DISCUSSÃO

Os cuidados intensivos em UTI Neonatal vêm evoluindo constantemente trazendo consigo técnicas mais eficazes, aparelhos de alta tecnologia e melhores prognósticos. Contudo, o tempo de internação dos recém-nascidos prematuros principalmente os menores de 26 semanas de idade gestacional é longo, permanecendo em torno de mais de três meses hospitalizados. Nesse tempo o sistema nervoso do recém-nascido precisa se desenvolver por medidas não fisiológicas e até mesmo adversas, e tal situação faz com que o bebê fique sujeito a enorme risco de morte dentro da UTIN considerando que longos períodos de internação sujeitam os bebês a elevado índice de infecções e de antibioticoterapias (FERNANDES; GRAVE, 2012).

Basso; Neves; Silveira (2012) analisaram dados de 346 RN internados em uma UTI no ano de 2006. Foi observado que houve um predomínio de internações na UTIN de recém-nascidos do sexo masculino (n=179) sendo 52%, enquanto os outros 48% eram do sexo feminino (n=167). Observou-se também o tempo de internação dos neonatos variando de um a 160 dias, sendo que 57% permaneceram internados entre um e 15 dias e 36% ficaram internados entre 16 e 50 dias. Somente 1% dos pesquisados permaneceu mais de 100 dias na UTIN, ou seja, no ano de 2006 a média de tempo de internação desse estudo foi de 19,6 dias sendo que os bebês que foram a óbito ficaram internados por 16,7 dias.

Na presente pesquisa também foi constatado o predomínio de internações de RN do sexo masculino, sendo 510 RN masculino e as internações do sexo feminino foram de 438 RN. Outro fator relevante observado nesse estudo foram os óbitos entre recém-nascidos internados em UTIN do sexo masculino e feminino. Houve 56% de óbitos de RN masculinos e 44% de RN femininos. Os bebês do sexo masculino sofrem um processo maturidade pulmonar mais lento e tal fato contribui para um nascimento prematuro. Os bebês do sexo feminino apresentam um fator protetor que acelera o amadurecimento do pulmão. Com isso, é necessário que durante as consultas de pré-natal os profissionais se atentem ao fato do feto ser do gênero masculino, já que na própria concepção o sexo masculino apresenta certa fragilidade (DAMIAN; WATERKEMPER; PALUDO, 2016).

Risso; Nascimento (2010) realizaram um estudo no qual analisaram 495

internações entre os anos de 2005 a 2007 na UTIN de um hospital em Taubaté. Desses 495 recém-nascidos que englobaram o estudo, um total de 129 foram a óbito (26,1%), sendo 54% do sexo masculino e 46% do sexo feminino. O tempo médio de internação dos recém-nascidos foi de 19 dias para aqueles que evoluíram e saíram da UTI e de 8 dias para os que foram a óbito. No presente estudo, durante os anos da pesquisa o número total de internações do sexo masculino foi de 58 enquanto o de internações do sexo feminino chegou a 53, corroborando com os achados no estudo acima citado.

Ainda analisando os estudos de Rizzo; Nascimento (2010) foi concluído que dos 145 recém-nascidos que se encontravam internados na UTIN, 83 foram a óbito por apresentarem muito baixo peso e apenas 62 desses sobreviveram. Ser prematuro e apresentar baixo peso ao nascer são questões reconhecidas em todo o mundo como principais fatores de risco para mortalidade neonatal. Neste estudo os autores encontraram um percentual de 57% (83) de recém-nascidos com muito baixo peso ao nascer (menos de 1500 gramas) e compararam com demais estudos que mostravam que a mortalidade nessa classe com essas características ainda é alta, especialmente em prematuros com menos de 750 gramas.

Os achados na presente pesquisa mostram que 59 diagnósticos de baixo peso foram motivos de internação na UTIN nos anos de 2016 e 2017. Desses 8 não conseguiram se recuperar e foram a óbito.

Para Krey et al. (2016), é fato que 96,0% dos casos de bebês com baixo peso ao nascer são responsáveis pela internação desses em UTIN e acontecem em países ainda em desenvolvimento, mostrando que esses fatores são decorrentes de condições socioeconômicas desfavoráveis em que as gestantes não conseguem um atendimento de qualidade ou não fazem o pré-natal adequado e estão sujeitas a má alimentação, infecções e problemas de saúde.

A probabilidade de ocorrer óbito em um recém-nascido de baixo peso ou prematuro é maior do que um bebê que nasce com peso considerado ideal e em idade gestacional correta, ou seja, quanto menor o peso e a idade gestacional, aumentam as chances de mortalidade. Atualmente os elevados índices de baixo peso ao nascer e de prematuridade são reconhecidos como graves problemas de saúde pública em diversos países, principalmente nos locais menos desenvolvidos como o Brasil (SOUZA; CAMPOS; JUNIOR, 2013).

Nessa pesquisa a incidência de óbitos no ano de 2016 foi de 6,7% (total de 36

óbitos durante o ano) e no ano de 2017 foi de 12,2% (total de 55 óbitos), sendo que nos dois anos estudados as principais causas de óbitos foram a prematuridade (30%) e o desconforto respiratório (40%). No estudo de Basso, Neves e Silveira (2012), quando considerados os números de óbitos, os autores chegaram a um total de 49 óbitos (14,2%) dos 346 recém-nascidos internados na unidade e as principais as causas de mortalidade dos recém-nascidos que estavam na UTIN foram a parada cardiorrespiratória (27%), prematuridade (22,2%), a septicemia (15,1%), e distúrbios respiratórios (11,9%) respectivamente.

Em estudo desenvolvido por De Castro; Leite; Guinsburg (2016), participaram da pesquisa 627 recém-nascidos. Destes 179 (29%) foram a óbito antes de 168 horas de vida e 59 (33%) faleceram antes de 24 horas. Os autores observaram a distribuição dos óbitos de acordo com a idade gestacional assim como procedido nesse estudo: de 216 bebês com 23-27 semanas 38 (18%) foram a óbito até 24 horas, 21 (5%) de 411 neonatos com 28-31 foram a óbito em até 24 horas. Na visão dos autores a mortalidade neonatal nas primeiras 24 horas de vida se dá principalmente em recém-nascidos prematuros de muito baixo peso que nascem em cidades menos desenvolvidas em todo o Brasil.

Vários estudos desenvolvidos no Brasil revelam que existem uma variedade de causas que determinam a internação de um recém-nascido, variante que depende também do local que é estudado. Porém, sabe-se que a prematuridade é considerada a principal e primeira causa de internação entre crianças recém-nascidas e a segunda causa entre crianças menores de cinco anos, pois o recém-nascido prematuro apresenta imaturidade do sistema respiratório e está sujeito a um maior número de infecções (DAMIAN; WATERKEMPER; PALUDO, 2016).

A prematuridade é outro fator relevante frente as causas de internação de RN. De um modo geral é possível dizer que a prematuridade associasse a condições de incapacidade do útero em reter o feto reveladas em processos de interferências no curso da gestação. O desenvolvimento de mais estudo epidemiológico será capaz de demonstrar os fatores específicos responsáveis pela prevalência de nascimentos prematuros (KREY et al., 2016).

Visualizando um cenário de prematuridade que ainda atinge diretamente o número de nascidos vivos em todo o mundo é indispensável promover e investir em ações de prevenção da prematuridade evitável, melhorando ainda a atenção que hoje é voltada ao recém-nascido mais vulnerável. Para Lansky et al (2014) é preciso

estabelecer alguns objetivos principais como, por exemplo, a promoção de ações de prevenção na atenção pré-natal, o controle das infecções e de riscos na gravidez e a prevenção da prematuridade iatrogênica, ou seja, evitar que a gravidez sofra uma interrupção indevida, como as cesarianas sem indicação técnica que comumente são realizadas no país.

O desconforto respiratório é outro diagnóstico evidenciado no recém-nascido muitas vezes relacionado a prematuridade do mesmo. Em estudo realizado por Silva et al. (2014), os autores analisaram uma amostra de 3.623 nascimentos vivos internados em 34 UTIN integrantes da região Nordeste entre julho e dezembro de 2007. Desse total pesquisado, 654 bebês (18,1%) evoluíram a óbito ainda no período neonatal. A principal causa diagnosticada na pesquisa foi a Síndrome do Desconforto Respiratório (SRD) que tratasse de uma afecção respiratória frequente entre prematuros relacionada ao déficit quanti-qualitativo do surfactante alveolar.

Estudos comprovam que o uso de surfactante é capaz de aumentar a sobrevivência de recém-nascidos prematuros e de muito baixo peso auxiliando na melhora progressiva no cuidado perinatal. Observando ainda o estudo de Silva et al (2014), foi constatado que o uso de surfactante em recém-nascidos com muito baixo peso foi decisivo para protegê-los de desenvolver a SDR e observou-se que aqueles que fizeram uso do surfactante apresentavam maior gravidade clínica. Dos 327 recém-nascidos de muito baixo peso que evoluíram para óbito, 49,9% receberam surfactante. Os outros 328 que estavam na UTIN e que sobreviveram à internação, um total de 50,1% recebeu surfactante.

Para Lima (2013) a SRD é amplamente encontrada em recém-nascidos do sexo masculino, pois esses apresentam atraso de aproximadamente duas semanas no desenvolvimento da função pulmonar quando comparados ao sexo feminino. O estudo foi composto de 80 neonatos prematuros e constatou-se que 58,8% deles sofreram de desconforto respiratório e esses eram do sexo masculino.

Em uma pesquisa específica sobre alterações clínicas respiratórias em recém-nascidos pré-termo internados em UTIN, os autores Krey et al. (2016) pesquisaram 145 prontuários e concluíram que 97,2% dos recém-nascidos internados apresentaram alterações respiratórias, ou seja, a maioria deles foi internada por consequência de algum distúrbio respiratório e os autores também relatam que esse fator é ocasionado devido a prematuridade do bebê.

É necessário que o Estado volte suas atenções a esse problema de saúde

pública que apesar de demonstrar queda ainda apresenta um índice considerável de mortalidade infantil. No cenário atual é preciso reformular o modelo de atenção voltado principalmente a atenção da mulher gestante, ao parto e ao nascimento, qualificando e especializando os profissionais que prestam assistência a essa população, assegurando ainda o acesso adequado a essa população. O Ministério da Saúde já propõe iniciativas como a Rede Cegonha, que acompanha o parto e o nascimento através da atenção de equipes multiprofissionais que englobam enfermeiros obstetras, médicos, assistência social, técnicos de enfermagem e demais profissionais capacitados (LANSKY et al., 2014).

## 6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Com o passar dos anos as UTIN estão cada vez mais preparadas tecnologicamente e profissionalmente para receber o recém-nascido e garantir sua evolução favorável. Contudo, é fato que o tempo de internação prolongado prejudica a recuperação do recém-nascido, bem como a diversidade patológica que acomete o bebê também é um risco de morte dentro da unidade.

Foi possível verificar que os achados corroboram com demais pesquisas quanto aos tipos de patologias frequentemente encontradas na UTIN (desconforto respiratório e prematuridade) além de mostrarem que a maioria das causas de óbito também estão relacionadas à prematuridade e a alterações cardiorrespiratórias.

O quadro geral dos recém-nascidos que fizeram parte deste estudo foram internações por desconforto respiratório e prematuridade. A prevalência de internações foi de RN do sexo masculino e o maior número de óbitos foi de RN com 28 a 30 semanas de vida. As evidências encontradas a partir dos objetivos desse estudo vão de encontro a demais estudos publicados sobre o tema e contribuem para comprovar que o tempo de permanência na unidade pode prejudicar a evolução do recém-nascido bem como as principais patologias destacadas também são o motivo da internação de bebês em UTIN em âmbito nacional e internacional.

Por fim, é de suma importância que as unidades de atendimento em qualquer setor da saúde disponham de sistemas rigorosos de registros e de dados estatísticos dos pacientes para que possam ser desenvolvidos estudos semelhantes a esse de maneira mais aprofundada. É indispensável também que mais estudos relacionados ao perfil epidemiológico em UTIN sejam realizados, devido a sua relevância tanto para o meio acadêmico, quanto para contribuição científica na elaboração de futuras pesquisas sobre o assunto. Um aprofundamento nos estudos dessa temática assegura uma assistência ao paciente de forma mais técnica e com maior conhecimento científico.

O presente estudo beneficia os profissionais Enfermeiros e discentes da área da saúde, pois possibilita uma maior compreensão da unidade de terapia intensiva neonatal, levando a uma melhora na segurança e eficiência do tratamento.

## REFERÊNCIAS

- ARRUÉ, Andrea Moreira; et al,. Caracterização da morbimortalidade de recém-nascidos internados em unidade de terapia intensiva neonatal. **Rev Enferm UFSM**. v.3, n.1, p.86-92, jan/abr 2013. Disponível: <<https://periodicos.ufsm.br/reufsm/article/view/5947/pdf>> Acessado: 04 out.2017.
- BASSO, Chariani Gugelmim; NEVES, Eliane Tatsch; SILVEIRA, Andressa da. Associação entre realização de pré-natal e morbidade neonatal. **Texto contexto - enferm**. vol.21 no.2 Florianópolis Apr./June 2012. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-07072012000200003&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-07072012000200003&script=sci_arttext) Acesso em: 09 out. 2018.
- BRASIL (a). Ministério da Saúde. **Síntese de evidências para políticas de saúde: mortalidade perinatal**. — Brasília: Ministério da Saúde, 2012. 43 p. — (Série B. Textos Básicos de Saúde). Disponível em [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/sintese\\_evidencias\\_mortalidade\\_perinatal.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/sintese_evidencias_mortalidade_perinatal.pdf)
- BRASIL (b). Ministério da saúde- **portaria nº 930, de 10 de maio de 2012**. Define as diretrizes e objetivos para a organização da atenção integral e humanizada ao recém-nascido grave ou potencialmente grave e os critérios de classificação e habilitação de leitos de Unidade Neonatal no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, DF, 2012. Disponível: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt0930\\_10\\_05\\_2012.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt0930_10_05_2012.html)> Acesso em : 04 out. 2017
- BRASIL. Agencia Nacional De Vigilância Sanitária. **Resolução nº 7, de 24 de fevereiro de 2010**. Dispõe sobre os requisitos mínimos para funcionamento de Unidades de Terapia Intensiva e dá outras providências. Brasília, DF, 2010. Disponível em: <<https://www20.anvisa.gov.br/segurancadopaciente/index.php/legislacao/item/rdc-7-de-24-de-fevereiro-de-2010> > Acesso em: 04 out. 2017
- BRASIL. Legislação citada anexada pela coordenação de estudos legislativos – cedi. **Lei n.º 7.498, de 25 de junho de 1986**. Dispõe sobre a regulamentação do exercício da enfermagem, e dá outras providências. Brasília, DF, 1986. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/L7498.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L7498.htm) Acesso em: 06 out. 2017
- BRASIL. Ministério da saúde. **Portaria nº 1.459, de 24 de junho de 2011**. Dispõe, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS - a Rede Cegonha. Brasília, DF, 2011. Disponível em: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1459\\_24\\_06\\_2011.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1459_24_06_2011.html) Acesso em: 04 out. 2017
- 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. **Rev Paul Pediatr.**;34(1):106---113. 2016.



Disponível em: [http://www.scielo.br/pdf/rpp/v34n1/pt\\_0103-0582-rpp-34-01-0106.pdf](http://www.scielo.br/pdf/rpp/v34n1/pt_0103-0582-rpp-34-01-0106.pdf)>  
Acesso em: 09 out. 2018.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM (COFEN). **Resolução n.358, 15 de outubro de 2009**. Dispõe sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem e implementação do Processo de Enfermagem em ambientes, públicos ou privados.

COFEN, 2009. Disponível em: [http://www.cofen.gov.br/resoluo-cofen-3582009\\_4384.html](http://www.cofen.gov.br/resoluo-cofen-3582009_4384.html) Acesso em: 06 out. 2017

COSTA, Ana Lucia do Rego Rodrigues et al. Fatores de risco materno associados a necessidade de unidade de terapia intensiva neonatal. **Rev. Bras. Ginecol. Obstet.**, Rio de Janeiro, v. 36, n. 1, p. 29-34, jan. 2014. Disponível em: 20 [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S010072032014000100029&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010072032014000100029&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 01 nov. 2017.

DAMIAN, Angelica; WATERKEMPER, Roberta; PALUDO, Crislaine Aparecida. Perfil de neonatos internados em unidade de tratamento intensivo neonatal: estudo transversal. **Arq. Ciênc. Saúde**. 2016 abr-jul; v. 23, n. 2: p. 100-105, 2016.

FERNANDES PC, GRAVE MTQ. Incidência de prematuridade em um hospital de médio porte do interior do Rio Grande do Sul que possui UTI Neonatal. **Caderno pedagógico**, Lajeado, v. 9, n. 2, p. 41-48, 2012.

GAÍVA, Maria Aparecida Munhoz; SCOCHI, Carmen Gracinda Silva. Processo de trabalho em saúde e enfermagem em uti neonatal. **Rev Latino-am Enfermagem**. v. 12, n. 3, p. 469-76. 2004 mai-jun Disponível em: <https://www.revistas.usp.br/rlae/article/viewFile/1883/1940>. Acesso em: 20 Set. de 2017.

GIL, Antônio Carlos. **Métodos e Técnicas de Pesquisa Social**. 6º Edição. São Paulo, Editora Atlas- 2008. Disponível em: <<https://ayanrafael.files.wordpress.com/2011/08/gil-a-c-mc3a9todos-e-tc3a9cnicas-de-pesquisa-social.pdf> > Acesso em: 22 out. 2017

GRANZOTTO, José A., et al. Análise do perfil epidemiológico das internações em uma unidade de terapia intensiva neonatal. **Revista da AMRIGS**, Porto Alegre, v. 56, n. 4, p. 304-307, out.-dez. 2012. Disponível em: < <http://amrigs.org.br/revista/56-4/1046.pdf>>. Acesso em: 27 set. 2017.

KREY, Francieli Cristina; GOMES, Joseila Sonego; BENETTI, Eliane Raquel Rieth; CRUZ, Cibele Thomé da; STÜBE, Mariléia; STUMM, Eniva Miladi Fernandes. Alterações respiratórias relacionadas à prematuridade em terapia intensiva neonatal. **Rev Rene**. nov-dez; v. 17, n. 6: p. 766-73. 2016. Disponível em: <http://periodicos.ufc.br/rene/article/view/6490> Acesso em 10 de out. de 2018.

LANSKY, Sônia; et al. Pesquisa Nascer no Brasil: perfil da mortalidade neonatal e avaliação da assistência à gestante e ao recém-nascido. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 30 Sup:S192-S207, 2014. Disponível em:

<http://www.scielo.br/pdf/csp/v30s1/0102-311X-csp-30-s1-0192.pdf>> Acesso em: 09 out. 2018.

LEITE, Maria Abadia; VILA, Vanessa da Silva Carvalho. Dificuldades vivenciadas pela equipe multiprofissional na unidade de terapia intensiva. **Rev Latino-am Enfermagem**, v.13, n.2, p.145-50,mar/abr 2005. Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=281421843003>. Acesso em: 27 set. 2017.

LIMA, Natália Herculano. **Complicações de Neonatos com Síndrome do Desconforto Respiratório em um UTI Neonatal na cidade de Campina Grande-PE**. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação)Fisioterapia. Universidade Estadual da Paraíba. Campina Grande-PB, 2013. Disponível em: <http://dspace.bc.uepb.edu.br/jspui/bitstream/123456789/2080/1/PDF%20-%20Nat%C3%A1lia%20Herculano%20Lima.pdf>

LUCCHESI, Patrícia. Políticas públicas em saúde pública. **Biblioteca Virtual em saúde- Saúde Pública Brasil**. São Paulo: 2002. Disponível em: [http://files.bvs.br/upload/M/2004/Lucchese\\_Politicass\\_publicas.pdf](http://files.bvs.br/upload/M/2004/Lucchese_Politicass_publicas.pdf) Acesso em: 27 Set.2017

MATSUDA, Laura Misue; ÉVORA, Yolanda Dora Martinez; BOAN, Flávio Souto. O método desdobramento da função qualidade - QFD - no planejamento do serviço de enfermagem. **Rev.latino-am.enfermagem**, Ribeirão Preto v. 8, n. 5, p. 97-105 out 2000,. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v8n5/12374.pdf>. Acesso em: nov 2017

MOREIRA, Márcia Adriana Dias Meirelles et al. Políticas públicas de humanização: revisão integrativa da literatura. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 10, p. 3231-3242, out 2015. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232015001003231&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232015001003231&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 01 nov. 2017.

MOREIRA, R. A. N.; PEREIRA, L. D. B.; SIQUEIRA, A. É. O. B.; BARROS, L. M.; FROTA, N. M.; LUNA, I. T. Sistematização de assistência de enfermagem em unidade neonatal. **Cogitare Enferm.** v. 17. n. 4, p.710-6 Out/dez 2012. Disponível em: <<http://revistas.ufpr.br/cogitare/article/download/30379/19655>> Acesso em: 20 Set. 2017

MOURA, Kalina Siqueira; et al,. A vivencia do enfermeiro em terapia intensiva: Um estudo fenomenológico. **Rev Rene**, Fortaleza, v.12, n.2, p. 316-23, abr/jun 2011. Disponível em: <http://periodicos.ufc.br/index.php/rene/article/view/4210>. Acesso em: 27 set. 2017.

NETO, José Antônio de Sá; RODRIGUES, Benedita Maria Rêgo Deusdará. Tecnologia como fundamento do cuidar em Neonatologia. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, Abr-Jun 2010. v.19, n.2, p.372-7. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-07072010000200020](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072010000200020)> Acesso em: 20 Set. de 2017.

OLIVEIRA, Márcia Maria Coelho; et al. Tecnologia, ambiente e interação na promoção da saúde ai recém-nascido e sua família. **Revista da rede de Enfermagem do Nordeste**, 2009. V.10, n.3, p.44-52., jul/set2009. Disponível em: <<http://www.periodicos.ufc.br/rene/article/viewFile/4809/3554>> Acesso em: 18 out 2017.

PREFEITURA DE ANÁPOLIS [online]. **Saúde**. Disponível em: <http://www.anapolis.go.gov.br/portal/secretarias/saude> Acesso em 17 de out. de 2018.

REICHERT, Altamira Pereira da Silva; LINS, Rilávia Nayara Paiva; COLLET, Neusa. Humanização do Cuidado da UTI Neonatal. **Revista Eletrônica de Enfermagem**-2007. v. 09, n. 01, p. 200 – 213. Disponível em: <<http://www.fen.ufg.br/revista/v9/n1/v9n1a16.html>> Acesso em: set 2017

RISSO, Susana de Paula; NASCIMENTO, Luiz Fernando C. Fatores de risco para óbito em unidade de terapia intensiva neonatal, utilizando a técnica de análise de sobrevida. **Rev. bras. ter. intensiva** vol.22 no.1 São Paulo Mar. 2010. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-507X2010000100005&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-507X2010000100005&script=sci_arttext)> Acesso em: 09 out. 2018.

RODRIGUES, Renata Gomes; OLIVEIRA, Isabel Cristina dos Santos - Os primórdios da assistência aos recém-nascidos no exterior e no Brasil: perspectivas para o saber de enfermagem na neonatologia (1870-1903). **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v. 06, n. 02, p. 286-291, 2004. Disponível em: <[https://www.fen.ufg.br/fen\\_revista/revista6\\_2/pdf/R3\\_primordio.pdf](https://www.fen.ufg.br/fen_revista/revista6_2/pdf/R3_primordio.pdf)> Acesso em: 20 Set. 2017.

SANTOS, Raul de Paiva; ARAUJO, Wanessa Cristina Tavares; DIAS, Paula Faria; ROSA, Sirlene Célia Pereira; RIBEIRO, Patrícia Mônica. Políticas Públicas com ênfase na assistência à criança prematura. **REAS, Revista Eletrônica Acervo Saúde**. v. 9, n. 2, p. 1059-1066: 2017. Disponível em: [https://www.acervosaude.com.br/doc/16\\_2017.pdf](https://www.acervosaude.com.br/doc/16_2017.pdf) Acesso em 17 de out de 2018.

SILVA, Cristiana Ferreira da, et al. Fatores associados ao óbito neonatal de recém-nascidos de alto risco: estudo multicêntrico em Unidades Neonatais de Alto Risco no Nordeste brasileiro. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 30(2):355-368, fev, 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v30n2/0102-311X-csp-30-2-0355.pdf>> Acesso em: 09 out. 2018.

SILVA, Cristiana Ferreira da. Fatores associados ao óbito neonatal de recém nascidos de alto risco: estudo multicêntrico em Unidades Neonatais de Alto Risco no Nordeste brasileiro. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 30, n. 2: p. 355-368, fev, 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v30n2/0102-311X-csp-30-2-0355.pdf>> Acesso em: 09 out. 2018.

SOUZA KCL, CAMPOS NG, JÚNIOR FFUS. Perfil dos recém-nascido submetidos à estimulação precoce de uma Unidade de Terapia Intensiva Neonatal. **Rev Bras Promoc Saude**, Fortaleza, 26(4): 523-529, out./dez., 2013. Disponível em: <http://periodicos.unifor.br/RBPS/article/view/3117/pdf>> Acesso em: 09 out. 2018.

SOUZA, Celina. Políticas públicas: uma revisão da literatura. **Sociologias**, Porto Alegre, n. 16, p.20-45, Dec. 2006. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S151745222006000200003&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S151745222006000200003&lng=en&nrm=iso). Acesso em: 15 Nov. 2017.

SOUZA, Maria do Socorro Marques; et al. Os cuidados de enfermagem com os recém-nascidos na uti. **Rev. Saúde em Foco**. Teresina,. v. 3, n. 1, p. 94-106 jan./jun. 2016. Disponível em: [www4.fsnet.com.br/revista/index.php/saudeemfoco/article/download/923/1004](http://www4.fsnet.com.br/revista/index.php/saudeemfoco/article/download/923/1004). Acesso em: 16 set. 2017.

## APÊNDICE

### Apêndice 1 - Parecer consubstanciado do CEP



#### PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

##### DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

**Título da Pesquisa:** PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DAS INTERNAÇÕES EM UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA NEONATAL, PEDIÁTRICA E ADULTO NO INTERIOR DE GOIÁS: 2016-2017

**Pesquisador:** Rosana Mendes Bezerra

**Área Temática:**

**Versão:** 1

**CAAE:** 69412717.9.0000.5076

**Instituição Proponente:** ASSOCIAÇÃO EDUCATIVA EVANGÉLICA

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

##### DADOS DO PARECER

**Número do Parecer:** 2.147.155

##### Apresentação do Projeto:

Informações retiradas dos documentos PB\_INFORMAÇÕES\_BÁSICAS\_DO\_PROJETO\_933221.pdf e ProjetoUTIcorrigido.doc:

##### INTRODUÇÃO

As unidades de terapia intensiva são locais para desenvolver o cuidado crítico de qualidade implica em uma boa estrutura de UTI com pessoal em número suficiente e treinado e observação contínua, materiais e equipamentos, organização administrativa preocupada em manter padrões de assistência e programas de educação continuada (SILVA; SANCHES; CARVALHO, 2007).

A Unidade de Terapia Intensiva (UTI) é um dos ambientes hospitalares mais ofensivos e traumatizantes, tanto para os pacientes quanto para a equipe de saúde. Situações de emergência são corriqueiras devido a gravidade do paciente, piora do quadro de saúde, muitas vezes falta de materiais, também o despreparo da equipe de saúde em lidar com o sofrimento e a morte e conflitos interpessoais. Estes fatores fazem com que o seja considerado um local altamente estressante acompanhado da ansiedade e da tensão entre os profissionais no campo de trabalho (MOURA et al., 2011).

A hospitalização de um paciente na UTI se torna um processo estressante tanto para o paciente

<b>Endereço:</b> Av. Universitária, Km 3,5		<b>CEP:</b> 75.083-513
<b>Bairro:</b> Cidade Universitária		
<b>UF:</b> GO	<b>Município:</b> ANAPOLIS	
<b>Telefone:</b> (62)3310-6736	<b>Fax:</b> (62)3310-6636	<b>E-mail:</b> cep@unievangelica.edu.br