ORIGINAL ARTICLE

EPIDEMIOLOGICAL PROFILE OF NEWBORNS ADMITTED TO THE NEONATAL UNIT OF A PUBLIC HOSPITAL IN THE MUNICIPAL DISTRICT OF CARUARU, PE
PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DOS RECÉM-NASCIDOS ADMITIDOS NA UNIDADE NEONATAL DE UMA MATERNIDADE PÚBLICA DO MUNICÍPIO DE CARUARU, PE.

PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DE LOS RECIÉN NACIDOS, ADMITIDOS EN LA UNIDAD DE NEONATAL DE UNA MATERNIDAD PUBLICA DEL MUNICIPIO DE CARUARU, PE

Audrey Donato Torres¹, Paula Reis Amorim Silva Nunes², Weslla Albuquerque Silva de Paula³, Alecsandra Gomes de Lucena Oliveira⁴

ABSTRACT

Objective: to identify the epidemiological profile of infants admitted to the neonatal unit of a public hospital in the municipal district of Caruaru/PE, in 2008. **Method:** a descriptive, exploratory, retrospective, transversal and quantitative study. Composed of medical records of children born in the maternity and admitted to the neonatal unit, making 515 medical records. In the collection, it was used a formulary containing the following variables: birth weight, Apgar, gestational age, type of delivery, reason for admission and discharged and the mother's age and level of education. Data were tabulated using EPI-INFO 6.04d and statistically analyzed. The study was approved by the Research Ethics Committee of the Caruaruense Association of Higher Education, protocol 136/09. **Results:** among the pregnant, 60% was between 20-34 years and 68,7% have not completed elementary school. The number of cesarean deliveries (45,2%) was higher than the 15% recommended by WHO. Most pregnancies (51,1%) did not reach 37 weeks and 48,8% with low birth weight, the main reason for admission was prematurity, associated with low birth weight and respiratory discomfort syndrome (17,3%), and neonatal mortality rate was 7,7%. **Conclusion:** adequate prenatal care, assistance systematic nursing and a good structure of the service are essential to reduce these rates. **Descriptors:** newborns; basic indicators of health; epidemiology; prematurity; neonatal nursing.

RESUMO:

Objetivo: identificar perfil epidemiológico dos recém-nascidos admitidos na unidade neonatal de uma maternidade pública no município de Caruaru/PE, em 2008. **Método:** estudo descritivo, exploratório, retrospectivo, transversal e quantitativo. Composto por prontuários das crianças nascidas na maternidade e admitidas na unidade neonatal, constituindo 515 prontuários. Na coleta, utilizou-se formulário contendo as variáveis: peso ao nascer, Apgar, idade gestacional, tipo de parto, motivo da internação e alta, além da idade e grau de instrução materna. Os dados foram tabulados no software EPI-INFO 6.04d e analisados estatisticamente. O estudo teve aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Associação Caruaruense de Ensino Superior, protocolo 136/09. **Resultados:** das gestantes, 60% estavam entre 20 e 34 anos e 68,7% não concluíram o ensino fundamental. O número de partos cesáreos (45,2%) foi superior aos 15% preconizado pela OMS. A maioria das gestações (51,1%) não atingiu o termo e 48,8% nasceram com baixo peso, o principal motivo de internação foi a prematuridade, associada ao baixo peso e síndrome do desconforto respiratório (17,3%) e o coeficiente de mortalidade neonatal foi de 7,7%. **Conclusão:** um adequado pré-natal, uma assistência sistematizada de enfermagem e uma boa estruturação do serviço são fundamentais para redução desses índices. **Descritores:** recém-nascidos; indicadores básicos de saúde; epidemiologia; prematuridade; enfermagem neonatal.

RESUMEN

Objetivo: identificar perfil epidemiológico de los recién nacidos admitidos en la unidad Neonatal de una Maternidad Publica del Municipio de Caruaru/PE, en 2008. **Método:** estudio descriptivo, exploratorio, retrospectivo, transversal y cuantitativo. Compuesto de manuales de niños nacidos en la Maternidad y admitidos en la unidad neonatal, constituyendo 515 manuales. En la colecta, se utilizó formularios conteniendo las variables: peso al nacer, Apgar, edad gestacional, tipo de parto, motivo de internación y alta, entre otras. Los datos fueron tabulados en el software EPI-INFO 6.04d y estadísticamente analizados. El estudio tubo aprobación del Comité de Ética en Pesquisa de la Asociación Caruaruense de Enseñanza Superior, protocolo 136/09. **Resultados:** las gestantes, 60% están entre 20-34 años y 68,7% no concluyeron la enseñanza fundamental. El número de partos cesáreos (45,2%) fue superior a los 15% alegados por la OMS. La mayoría de las gestaciones (51,1%) no alcanzó el término y 48,8% nacieron con bajo peso, el principal motivo de internación es por prematuro, asociado con bajo peso y síndrome de incomodidad para respirar (17,3%), el coeficiente de mortalidad neonatal fue del 7,7%. **Conclusión:** un adecuado pre-natal, una asistencia sistematizada de enfermería y una buena estructuración de los servicios, son fundamentales para reducción de esos índices. **Descriptores:** recién nacidos; indicadores básicos de la salud; epidemiología; prematuro; Enfermería neonatal.

¹Acadêmica de Enfermagem da Associação Caruaruense de Ensino Superior (ASCES), Caruaru (PE), Brasil. E-mail: dreyzinha@hotmail.com;

²Acadêmica de Enfermagem da Associação Caruaruense de Ensino Superior (ASCES), Caruaru (PE), Brasil. E-mail: paularamorim@bol.com.br;

³Enfermeira. Especialista em Saúde da Criança/SES/Instituto de Medicina Integral Professor Fernando Figueira (IMIP) e em Saúde Pública/Universidade de Pernambuco. Mestranda em Saúde Materno-Infantil do IMIP. Docente do curso de Enfermagem da Associação Caruaruense de Ensino Superior (ASCES), Caruaru (PE). E-mail: ⁴Enfermeira. Especialista em Saúde Pública. Docente do curso de Enfermagem da Associação Caruaruense de Ensino Superior (ASCES), Caruaru (PE). E-mail: alecsandraoliveira935@hotmail.com

INTRODUÇÃO

As condições de sobrevivência dos recém-nascidos (RN), assim como as condições patológicas dos mesmos, são influenciadas por uma gama de fatores, inter-relacionados entre si, entre as quais se destacam os fatores maternos de reprodução, as condições do nascimento e as condições sócio-econômicas.¹

A assistência na fase perinatal é alvo de preocupação no sentido de proteger integralmente a saúde do recém-nascido e da mulher, conforme preconizam as políticas públicas nacionais, ampliando as chances de atender às necessidades prementes dessa população, recuperando e promovendo a saúde e, conseqüentemente, diminuindo o índice de morbimortalidade materno-infantil. A importância cada vez maior do componente neonatal na constituição da mortalidade infantil tem gerado inúmeros estudos sobre as causas e fatores determinantes das mortes nesse período.²⁻³

Sendo o neonato o público alvo da assistência e estando a Enfermagem sempre presente na prestação dos cuidados dos recém-nascidos, o conhecimento do perfil epidemiológico desta população para esses profissionais é de suma importância para subsidiar os cuidados e assistência de Enfermagem focada nas reais necessidades dos pequenos pacientes.

Tendo em vista esta afirmação, e sabendo-se da ausência de estudos científicos realizados no serviço de saúde pesquisado com este propósito, buscou-se com esta pesquisa, identificar o perfil epidemiológico dos recém-nascidos admitidos na unidade neonatal de uma maternidade pública no município de Caruaru/PE no ano de 2008, a qual é referência na região agreste para atendimento de média complexidade materna e neonatal, atendendo a alta demanda do seu município e mais 32 cidades circunvizinhas.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo descritivo, de corte transversal retrospectivo e de natureza quantitativa, desenvolvido em uma maternidade pública no município de Caruaru/PE, a qual atende gestantes e neonatos de médio risco.

A população foi composta por prontuários dos recém-nascidos admitidos na unidade

neonatal interna, ou seja, destinada especificamente para crianças nascidas na referida maternidade, durante o período de janeiro a dezembro de 2008.

Considerando como critério de inclusão os prontuários das crianças admitidas na unidade neonatal interna durante o referido ano, e as perdas daqueles prontuários que apresentaram dados incompletos em relação a alguma das variáveis pesquisadas, a amostra foi constituída por 515 prontuários.

Para a coleta dos dados, foi utilizado um formulário estruturado elaborado pelas pesquisadoras, contendo como variável de desfecho os recém-nascidos admitidos na unidade neonatal interna da maternidade pública no ano de 2008, além das seguintes variáveis prefeitoras: sexo, peso ao nascer, Apgar no quinto minuto, idade gestacional, tipo de parto, motivo da internação e tipo de alta (todas em relação ao RN), além da idade e grau de instrução materna.

Para os cálculos de coeficientes de mortalidade neonatal, foi utilizado o número de óbitos de crianças de 0 a 27 dias na unidade neonatal, no ano considerado, dividindo-o pelo total de nascidos vivos na maternidade admitidos naquele setor, no mesmo ano, multiplicado por 1.000.³

Após a coleta, os dados foram tabulados com dupla entrada no software EPI-INFO 6.04d, analisados utilizando-se cálculos estatísticos com suas frequências absolutas e relativas, sendo apresentados em forma de tabelas criadas no Microsoft Office Excel 2007.

Os dados foram coletados após devida apreciação e aprovação do projeto pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Associação Caruaruense de Ensino Superior (ASCES), sob o número de protocolo 136/09, em 18 de setembro de 2009, em consonância com a Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, que regulamenta as pesquisas envolvendo seres humanos; além do aceite pela instituição de saúde em participar da pesquisa, após assinatura da Carta de Anuência pela diretora da referida instituição.

RESULTADOS

Tabela 1. Caracterização dos recém-nascidos admitidos na unidade neonatal de uma maternidade pública do município de Caruaru/PE, jan-dez/2008

Caracterização	N	%
Sexo do RN		
Masculino	312	60,6
Feminino	203	39,4
Total	515	100,0
Tipo de nascimento		
Vaginal	282	54,8
Cesáreo	233	45,2
Total	515	100,0
Idade gestacional		
< de 22 semanas	-	-
de 22 a 27 semanas	12	2,3
de 28 a 31 semanas	38	7,4
de 32 a 36 semanas	213	41,4
de 37 a 41 semanas	245	47,6
> ou igual a 42 semanas	7	1,4
Total	515	100,0
Peso ao nascer		
< 1.500g / muito baixo peso	58	11,3
1501g - 2499g / baixo peso	193	37,5
> ou igual a 2.500g / peso adequado	264	51,3
Total	515	100,0
Índice de Apgar no 5º minuto		
> 7	473	91,8
4 a 6	37	7,2
< 3	5	1,0
Total	515	100,0

*Uneo - unidade neonatal

Na tabela 1, observa-se predominância no nascimento de crianças do sexo masculino, seguido de um percentual de partos vaginais superior aos partos cesáreos, permanecendo este último ainda bastante elevado, atingindo um percentual de 45,2%. Apenas 47,6% das gestações alcançaram a idade gestacional adequada (de 37 a 41 semanas e 6 dias), enquanto 51,1% das gestações não atingiram o termo. Quanto ao peso, pouco mais da

metade dos RN encontra-se com o peso adequado, ou seja, acima de 2.500g, enquanto que 48,8% obtiveram valores inferiores ao indicado. Na população amostral estudada, 91,8% apresentaram boas condições de adaptação ao nascimento, atingindo na escala do apgar, valores superiores a 7, e apenas 1% destes foram avaliados em sofrimento intenso, com um Apgar inferior a 3.

Tabela 2. Caracterização das mães de recém-nascidos admitidos na unidade neonatal de uma maternidade pública, segundo idade e grau de instrução materna. Caruaru/PE, jan-dez/2008.

Caracterização	N	%
Idade da mãe		
< 20 anos	162	31,5
de 20 a 34 anos	309	60,0
> 35 anos	44	8,5
Total	515	100,0
Grau de instrução materna		
< de 8 anos de instrução	354	68,7
> de 8 anos de instrução	161	31,3
Total	515	100,0

A tabela 2 revela que 60% das gestantes encontravam-se dentro da faixa etária correspondente ao período reprodutivo, entre 20 e 34 anos. No entanto, pode-se perceber um elevado índice (31,5%) de

gestantes adolescentes. Considerando o grau de instrução dessas gestantes, observou-se que 68,7% não concluíram o ensino fundamental.

Tabela 3. Caracterização dos recém-nascidos admitidos na unidade neonatal de uma maternidade pública por idade gestacional e patologias associadas. Caruaru/PE, jan-dez/2008.

Recém- nascidos pré- termo	272	52,8
RNPT + BPN	43	08,3
RNPT + BPN + SDR	89	17,3
RNPT + SDR	07	01,4
RNPT + BPN + TTRN	34	6,6
RNPT + TTRN	02	00,4
RNPT + SAM	-	-
RNPT + infecção neonatal*	30	05,8
RNPT + sepse	04	00,8
RNPT + distúrbio metabólico	07	01,4
RNPT + hipóxia	29	05,6
RNPT + má formação	01	00,2
RNPT + icterícia	11	02,1
RNPT + outros**	03	00,6
RNPT s/ fatores associados	12	02,3
Recém- nascidos à termo	236	45,8
SDR	44	08,5
TTRN	21	04,1
SAM	24	04,7
Sepse	04	00,8
Infecção neonatal	57	11,1
Distúrbio metabólico	14	02,7
Icterícia	20	03,9
Má formação	05	01,0
Hipóxia	32	06,2
Outros	15	02,9
Recém- nascidos pós-termo	07	01,4
SDR	01	00,2
TTRN	01	00,2
SAM	05	01,0
Total	515	100,0

Na tabela 3, do total de internações, 52,8% foram de recém-nascidos prematuros (com menos de 37 semanas gestacionais), onde 17,3% destes apresentaram baixo peso ao nascer e síndrome do desconforto respiratório (SDR) associados. Dentre os recém-nascidos a termo, o motivo de internação prevalente foi a infecção neonatal (11,1%) seguido por SDR

(8,5%). O percentual de crianças nascidas pós-termo (com idade gestacional igual ou maior a 42 semanas) foi de 1,4%, onde 1% destes apresentaram como diagnóstico a SAM.

É oportuno ressaltar que esses diagnósticos se referem àqueles no momento da admissão do RN na Unidade Neonatal (Uneo), e não ao diagnóstico de seguimento.

Tabela 4. Distribuição mensal do número de recém-nascidos admitidos na unidade neonatal de uma maternidade pública, segundo tipo de alta. Caruaru/PE, jan-dez/2008.

Tipo de alta	jan	fev	mar	abr	mai	jun	jul	ago	set	out	nov	dez	Total	%
Alta da Uneo*	23	30	46	38	21	19	34	55	54	34	55	59	468	90,9
Óbito	02	01	03	05	04	02	05	01	04	05	05	03	40	07,7
Transferência	01	00	00	01	00	00	00	00	00	01	02	02	07	01,4
Total	26	31	49	44	25	21	39	56	58	40	62	64	515	100

Na tabela 4, os meses de abril, julho, outubro e novembro se destacam pela maior ocorrência de óbitos infantis. Considerando o número de óbitos no ano de 2008 naquela unidade (40) e os neonatos que se encontravam em risco de morte na unidade

neonatal interna (515) o coeficiente de mortalidade neonatal nesse setor foi de 7,7%. Ainda, como fato relevante pode-se observar que o número de internações na unidade neonatal foi superior no 2º semestre.

Tabela 5. Óbitos dos recém- nascidos admitidos na unidade neonatal de uma maternidade pública e patologias associadas. Caruaru/PE, jan- dez/2008.

Caracterização		%
Óbitos		
RNPT + hipóxia	07	17,50
RNPT + BP + SDR	05	12,50
RNPT + BP	05	12,50
RNPT + sepse	04	10,00
RNPT + má formação	01	02,50
RNPT	05	12,50
Hipóxia	05	12,50
Sepse	03	07,50
Infecção neonatal	03	07,50
Hemorragia pulmonar	02	00,50
Total	40	100

A tabela 5 evidencia que a prematuridade foi uma importante causa de óbito entre as crianças admitidas na unidade neonatal. Como principal causa de morte entre estes, observa-se a hipóxia associada, acometendo 17,5% dos RNPT, seguido por prematuridade associada ao baixo peso ao nascer, síndrome do desconforto respiratório e hipóxia neonatal.

DISCUSSÃO

Os coeficientes de natalidade e mortalidade infantil são indicadores universalmente utilizados, para medir o nível de saúde de uma população e indiretamente, sua qualidade de vida.⁴⁻⁵

Analizando os dados encontrados na pesquisa, percebeu-se que, apesar da maioria dos partos serem vaginais (54,8%), o número de partos operatórios (45,2%) ainda é superior ao recomendado pela Organização Mundial de Saúde (OMS), o qual preconiza que não mais de 15% de todos os partos sejam por cesarianas.^{3,6}

É sabido que toda e qualquer cirurgia apresenta riscos de morte por hemorragia, infecções, ou complicações na anestesia, e o abuso das cesarianas está relacionado a complicações maternas e perinatais, bem como a gastos desnecessários ao sistema de saúde.⁶⁻⁷ As gestantes foram ensinadas que cesarianas são indolores e tão seguras quanto o parto normal e aquelas de classes econômicas mais baixas associam a cesariana à excelência no atendimento médico, sendo observado altos índices de cesarianas também em mães de classes econômicas mais elevadas.³

Uma das preocupações na saúde pública atualmente é o aumento dos recém-nascidos prematuros e sua crescente importância como causa de morbimortalidade neonatal, acarretando danos e sequelas de difícil mensuração aos RN que conseguem superar o período neonatal de risco.⁸ A presente pesquisa aponta para um expressivo número de nascimentos de prematuros (51%) e

crianças com baixo peso ao nascer (48,8%), independente da idade gestacional. Este último é determinado por dois processos distintos: a duração da gestação e a velocidade de crescimento intra-uterino.⁸⁻⁹ Analisando os dados, observou-se que 32,2% dos RN apresentaram além da prematuridade, o baixo peso ao nascer e, quando associados, estas crianças apresentam risco de mortalidade significativamente superior a crianças nascidas com peso maior ou igual a 2500 g e duração da gestação maior ou igual a 37 semanas. A sobrevida ocorre devido aos cuidados intensivos e tecnologias utilizadas, porém a manutenção dessa assistência tem um alto custo financeiro e depende da disponibilidade de recursos humanos preparados e capacitados para tal.¹⁰⁻¹

Neste estudo, identificou-se que mais de 90% dos RN apresentaram índice de apgar maior que 7 no quinto minuto, o que poderia indicar uma boa adaptação destes neonatos a vida extra-uterina e, conseqüentemente, menores riscos de problemas futuros. Este índice verifica as condições de vitalidade do recém-nascido no primeiro e no quinto minuto após o nascimento, a partir dos seguintes parâmetros: cor da pele, esforço respiratório, frequência cardíaca, tônus muscular e irritabilidade reflexa. O Apgar menor que 7 é útil para identificar os recém-nascidos que necessitam de cuidados adicionais. Entretanto, no estudo encontraram-se limitações em analisar as boas condições do RN pelo apgar em consequência desta ser uma avaliação subjetiva e depender da experiência do profissional que o aplica.⁷⁻⁹

Existem diversos fatores de risco para a morbimortalidade neonatal, alguns inerentes ao período da gestação, ao parto, aqueles relacionados a alterações e assistência do recém-nascido e outros às condições maternas, como idade e grau de instrução.¹²

Em relação à idade materna, os resultados evidenciaram que 60% das mães estavam na faixa etária dos 20 aos 34 anos, no chamado período reprodutivo. Porém, 31% das mesmas

encontravam-se ainda na adolescência, ou seja, com menos de 20 anos de idade. Este mesmo perfil em relação à idade materna foi observado em estudo realizado no município de Guarapuava (PR), onde 54% das mães estavam na faixa etária entre 20 e 34 anos, e 34% eram adolescentes.⁷

A gravidez na adolescência é fator de maior concentração de agravos à saúde materna, bem como de complicações perinatais, tais como baixo peso ao nascer e prematuridade.^{5,7}

É sabido que a educação feminina, além dos aprimoramentos que proporciona à vida das mulheres, permite maior acesso às informações de saúde. Em relação à escolaridade materna, os dados levantados demonstraram um percentual elevado de mães com menos de oito anos de instrução (69%). Este percentual encontrado foi bastante semelhante com os dados de um estudo realizado em Minas Gerais, onde revelou-se que 68,6% das mães possuíam o primeiro grau incompleto.¹³

Acredita-se que estas mães muitas vezes advêm de camadas socioeconômicas menos favorecidas, possuindo menos acesso às informações básicas de saúde e aos serviços especializados, podendo refletir nos cuidados primordiais de saúde ao RN. O grau de instrução materno permite avaliar a situação socioeconômica do recém-nascido, e está associado com o resultado da gestação e sobrevivência da criança no primeiro ano de vida.¹³⁻⁴

Durante a realização da pesquisa, observou-se que as condições maternas durante a gestação, são pouco conhecidas ou pouco registradas nos prontuários dos seus conceitos. A falta de informação impede que sejam feitas maiores associações do estado clínico da criança com o histórico materno.

Analisando os dados, observou-se que a prematuridade foi fator concorrente com mais de 52,8% das internações na Uneo. Esta condição pode estar associada a outras patologias e condições clínicas que agravam o estado de saúde do RN, tais como: SDR, BPN e TTRN. A prematuridade e o baixo peso ao nascimento são fatores de risco para o desenvolvimento infantil devido a elevada possibilidade de ocasionar uma comorbidade.¹¹ Conforme pesquisa realizada em um hospital universitário do Mato Grosso do Sul, onde foram estudados onze RNPT com idade gestacional inferior a 35 semanas, e com peso de nascimento menor que 2.500 gramas, todos eles apresentaram diagnóstico clínico e radiológico de SDR.¹⁵ A incidência de SDR é maior em RNPT pela imaturidade

pulmonar e deficiência na produção de surfactantes.^{9,16}

A associação de morbidades pode provocar o aumento do tempo de internação hospitalar, elevando também a probabilidade de agravamento do quadro, verificado pelo risco aumentado de infecção, e consequentemente, mais gastos ao setor público.

Das crianças que atingiram a idade gestacional adequada (46%), 11% tiveram como diagnóstico na admissão a infecção neonatal. Um recém-nascido pode adquirir uma infecção da mãe antes ou durante o nascimento, ou ainda, após o nascimento, onde a fonte de infecção é frequentemente o berçário do hospital. Em algumas situações é possível saber com antecedência se a mãe é portadora de determinada infecção e tentar evitar que ela transmita ao RN. Para tal, é necessário realizar um controle rigoroso no pré-natal e atentar para o mínimo de alterações na gestação.¹⁷

No pequeno percentual de recém-nascidos pós-termos (1,4%), a maioria destes, 1%, apresentou síndrome da aspiração de mecônio, doença caracterizada por vários graus de insuficiência respiratória. Esta patologia está associada a condições que levam menor suprimento de oxigênio ao feto, como: insuficiência placentária, tabagismo materno e hipertensão arterial materna.¹⁸ Porém, neste estudo, não foi analisado a associação entre hipóxia e pós-maturidade.

Os dados ainda evidenciaram que 90,9% dos pacientes obtiveram a alta da Uneo. Percebe-se que os cuidados com os RN após a alta são complementados no alojamento conjunto e, posteriormente, no domicílio. Sendo assim, observa-se que a participação efetiva dos pais nos cuidados com o filho durante a internação é primordial, uma vez que estabelece e fortalece o vínculo entre eles, assim como contribui para os cuidados pós-alta hospitalar executado por eles próprios no domicílio.¹⁹ Neste contexto, verifica-se a importância do profissional de enfermagem no planejamento da alta hospitalar, objetivando desenvolver senso de responsabilidade nos pais para o cuidado do recém-nascido, ensiná-los a maneira mais apropriada de prestar cuidados e responder às necessidades do seu filho, diminuir o nível de estresse da família, evitar readmissões e identificar recursos disponíveis na comunidade para o atendimento após a alta.⁷

Após realizar o cálculo dos coeficientes de mortalidade neonatal referentes à maternidade pública pesquisada (7,7%), ao Estado de Pernambuco (10%) e a região Nordeste (11,7%), pode-se observar que a

maternidade pública de Caruaru apresenta melhores taxas quando comparadas com as demais regiões brasileiras citadas.²⁰⁻³ Atualmente no país, as principais causas de mortes são as chamadas afecções perinatais. Como resultado de uma maior atenção à saúde da mãe e da criança, a mortalidade infantil vem caindo como um todo no Brasil, uma vez que suas causas principais são passíveis de redução desde que sejam adotadas medidas de atenção básica de saúde (saneamento, estímulo ao aleitamento materno, vacinação, etc.) e de melhoria das condições socioeconômicas da população, além dos esforços direcionados em disponibilizar tecnologias de ponta e melhor assistência ao parto.^{4,10}

A prematuridade destaca-se como um importante fator de risco entre as causas dos óbitos dos RN pesquisados, estando presente em 67,5% das crianças que foram a óbito. Associados a este, tem-se os problemas respiratórios e o baixo peso. Apesar de a sobrevida ter melhorado nos últimos anos, principalmente nos centros terciários, a prematuridade é a principal causa de morbidade e mortalidade neonatal, sendo responsável por 75% das mortes neonatais no Brasil.²⁴

Sabe-se que conhecer as condições relacionadas com a morbimortalidade neonatal em determinado período e local, é imprescindível para planejar as ações na área materno-infantil.¹²

Tomando como referencial esta afirmação, como também o desejo por parte da instituição de saúde pesquisada em implantar na unidade neonatal a Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE), buscou-se desenvolver este estudo inédito na Uneo, para que a SAE possibilite uma assistência planejada e organizada, refletindo na melhoria da saúde do público alvo, com base na integralidade da atenção. Esta é uma atividade que possibilita ao enfermeiro a utilização de métodos e estratégias que os permitem identificar as situações de saúde/doença, gerando subsídios para ações na promoção, prevenção e reabilitação da saúde do indivíduo, sua família e a comunidade na qual se insere.²⁵

CONCLUSÃO

De acordo com a análise dos dados obtidos, têm-se o perfil dos recém-nascidos admitidos na unidade neonatal interna. A maioria dessas crianças nasceu antes das 37 semanas de gestação, porém apresentaram peso adequado ao nascer e Apgar no quinto minuto satisfatório. Filhos de mães jovens e com

baixo nível de escolaridade, nasceram de partos vaginais, com boas possibilidades de alta e ingressaram no setor, inicialmente, por apresentarem prematuridade, baixo peso ao nascer e SDR, seguido por infecção neonatal. Dos RN que foram a óbito, a principal causa foi a prematuridade associada à hipóxia.

Considerando que a maior porcentagem de morbimortalidade está relacionada com eventos que levam à prematuridade e o baixo peso ao nascer, a adequada assistência pré-natal tem papel fundamental para redução desses índices, garantindo às gestantes a realização de uma adequada assistência pré-natal, não apenas se preocupando com a frequência das consultas, mas com a qualidade da atenção, trazendo para a gestante o entendimento de todos os cuidados inerentes ao seu estado e a utilização correta de critérios de gestação de risco e a garantia de referência para atendimento especializado quando necessário.

Sabendo-se da importância de um plano de cuidados individuais e específicos para sistematizar a assistência de enfermagem, bem como a estruturação do serviço com ações resolutivas, o adequado preenchimento dos prontuários é fator preponderante para o conhecimento tanto da população em geral assistida, quanto de suas necessidades individuais. Porém, foi identificado, como aspecto relevante, um elevado número de prontuários (68) com algumas informações básicas incompletas, como peso ao nascer e idade gestacional, sendo necessário contabilizá-los como perdas da pesquisa.

Dessa forma, é necessário investir na sensibilização dos profissionais de saúde, para que se conscientizem que problemas na qualidade da informação dificultam o reconhecimento de questões relevantes e comprometem a definição de estratégias de saúde adequadas para o grupo populacional assistido.

REFERÊNCIAS

1. Romero DE, Cunha CB. Avaliação da qualidade das variáveis epidemiológicas e demográficas do sistema de informações sobre nascidos vivos, 2002. Cad Saúde Pública. 2007 mar; 23(3):701-714. [acesso em 13 mar 2009]. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v23n3/28.pdf>
2. Ricci SS. Enfermagem materno-neonatal e saúde da mulher. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2008.
3. Rouquayrol MZ, Almeida Filho N. Epidemiologia e Saúde. 6. ed. Rio de Janeiro: MEDSI; 2003.

4. Araújo BF, Tanaka AC, Madi JM, Zatti H. Estudo da mortalidade de recém-nascidos internados na UTI neonatal do hospital geral de Caxias do Sul, RS. *Rev Bras Saúde Matern Infant*. 2005 out/dez;5 (4): 463-469 [acesso em 09 fev 2010]. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbsmi/v5n4/27765.pdf>

5. Granzotto JÁ, Fonseca SS, Bento AV, Ferrelli RS. Perfil perinatal dos recém-nascidos de um

hospital universitário da região Sul do Brasil. *Revista da AMRIGS*. 2008;52(3):192-6.

6. Freitas PF, Sakae TM, Jacomino MEMLP. Fatores médicos e não-médicos associados às taxas de cesariana em um hospital universitário no Sul do Brasil. *Cad Saúde Pública*. 2008 mai; 24(5):1051-1061.[acesso em 22 fev 2010]. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v24n5/12.pdf>

7. Ramos HAC, Cuman RK. Fatores de risco para prematuridade: pesquisa documental. *Esc Anna Nery Rev Enferm*. 2009 jun; 13(2): 297-304. [acesso em 10 fev 2010]. Disponível em: http://www.eean.ufrj.br/revista_enf/20092/artigo%207.pdf

8. Kenner C. Enfermagem neonatal. Trad. Maria Isabel Carmagnani. Rio de Janeiro: Reichmann e Affonso; 2001.

9. Tamez RN, Silva MJP. Enfermagem na UTI neonatal assistência ao recém-nascido de alto risco. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2002.

10. Leone CR, Ramos JLA, Vaz FAC. O recém-nascido pré-termo. In: Marcones E. *Pediatria básica - pediatria geral e neonatal*. 9ª ed. São Paulo: Savier; 2003.

11. Weirich CF, Domingues MHMS. Mortalidade neonatal um desafio para os serviços de saúde. *Revista Eletrônica de Enfermagem* (online). 2001 jan-jun; 3(1). [acesso em 14 fev 2010]. Disponível em: <http://www.fen.ufg.br/revista>

12. Senesi LG, Tristão EG, Andrade RP, Krajden ML, Oliveira Júnior FC, Nascimento DJ. Morbidade e mortalidade neonatais relacionadas à idade materna igual ou superior a 35 anos, segundo a paridade. *RBGO*. 2004 set; v.26. [acesso em 01 fev 2009]. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbgo/v26n6/21325.pdf>

13. Maia MAC. Caracterização dos nascidos vivos hospitalares no primeiro ano de implantação do subsistema de informação sobre nascidos vivos, em município de Minas Gerais, Brasil, 1996. *Rev Saúde Pública*. 1997

dez; v.31 [acesso em 13 fev 2010]. Disponível em:

http://www.scielo.org/scielo.php?pid=S0034-89101997000700006&script=sci_arttext

14. Primo CC, Amorim MHC, Castro DS. Perfil social e obstétrico das puérperas de uma maternidade. *R Enferm UERJ*. 2007 abr/jun; 15(2):161-7. [acesso em 01 mar 2010]. Disponível em: <http://www.facenf.uerj.br/v15n2/v15n2a02.pdf>

15. Consolo LCT, Palhares DB, Consolo LZZ. Avaliação da função pulmonar de recém-nascidos com síndrome do desconforto respiratório em diferentes pressões finais expiratórias positivas. *J Pediatria*. 2002 out; 78(5): 403-408. [acesso em 22 fev 2010]. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/jped/v78n5/7805403.pdf>

16. Camilo AA. Caracterização dos recém-nascidos com síndrome do desconforto respiratório submetidos à fisioterapia, internados na UTI neonatal do HNSC, no período de outubro a dezembro de 2005. Tubarão, SC. Monografia apresentada à Universidade do Sul de Santa Catarina. [acesso em 26 de fev 2010]. Disponível em: <http://www.fisio-tb.unisul.br/Tccs/AmandaCamila/tcc.pdf>

17. Silva ND, Vieira MRR. A atuação da equipe de enfermagem na assistência ao recém-nascido de risco em um hospital de ensino. *Arq Ciênc Saúde*. 2008 jul/set;15(3):110-6. [acesso em 09 dez 2009]. Disponível em: <http://www.cienciasdasaude.famerp.br/racsol/vol-15-3/IDN273.pdf>

18. Colvero MO, Colvero AP, Fiori RM, Garcia PCR. Novas opções terapêuticas na síndrome de aspiração de mecônio. *Rev Bras Saúde Matern Infant*. 2006 out/dez; 6(4): 367-374. [acesso em 04 fev 2010]. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbsmi/v6n4/02.pdf>

19. Sousa JC, Silva LMS, Guimarães TA. Preparo para alta hospitalar do recém-nascido de risco em uma unidade de tratamento intensivo neonatal: uma visão da família. *Rev Enferm UFPE On Line*. 2008; 2(2):138-46.[acesso em 12 jan 2010]. Disponível em: <http://www.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/view/417>.

20. Ministério da Saúde. Informações de saúde. Mortalidade neonatal em PE no ano de 2008. [acesso em 16 fev 2010]. Disponível em URL:

<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?simp/cnv/infpe.def>

21. Ministério da Saúde. Informações de saúde. Nascidos vivos em PE no ano de 2008.

[acesso em 16 fev 2010]. Disponível em URL: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sinascp/cnv/nvpe.def>

22. Ministério da Saúde. Informações de saúde. Mortalidade neonatal na região Nordeste no ano de 2008. [acesso em 16 fev 2010]. Disponível em URL: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?simp/cnv/obtuf.def>

23. Ministério da Saúde. Informações de saúde. Nascidos vivos na região Nordeste no ano de 2008. [acesso em 16 fev 2010]. Disponível em URL: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sinascp/cnv/nvuf.def>

24. Rades E, Bittar RE, Zugaib M. Determinantes diretos do parto prematuro eletivo e os resultados neonatais. Rev Bras Ginecol Obstet (online). 2004; 26(8): 655-662. [acesso em 11 jan 2010]. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbgo/v26n8/a10v26n8.pdf>

25. Sperandio DJ, Évora YDM. Planejamento da sistematização da assistência de enfermagem em unidade de terapia semi-intensiva. Faculdade de Enfermagem de Catanduva (FEC). II Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto - EERP/USP. [acesso em 12 jan 2010]. Disponível em: <http://www.sbis.org.br/cbis9/arquivos/297.doc>

Sources of funding: No

Conflict of interest: No

Date of first submission: 20010/04/18

Last received: 2010/08/27

Accepted: 2010/08/28

Publishing: 2010/10/01

Address for correspondence

Weslla Karla Albuquerque Silva de Paula
Rua Gonçalves Lêdo, 895 – Maurício de Nassau
CEP: 55014-350 – Caruaru, Pernambuco, Brasil