

RECÉM-NASCIDO DE RISCO: PERFIL DOS FATORES QUE CONTRIBUÍRAM PARA A ADMISSÃO EM UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA NEONATAL

HIGH-RISK NEWBORN: PROFILE OF FACTORS THAT CONTRIBUTED TO ADMISSION TO NEONATAL INTENSIVE CARE UNIT

LUDYMILLA CÂNDIDA RIBEIRO DA SILVA ¹, IGOR DA SILVA ², TÁRIK KASSEM SAIDAH ³,
PATRICIA GONÇALVES EVANGELISTA ⁴

RESUMO

Introdução: As mortes dentro do ambiente hospitalar passaram a responder pela maior proporção dos óbitos infantis. Várias são as situações pré ou perinatais que levam o RN a ser considerado de risco e necessitar de um acompanhamento mais especializado, exigindo, algumas vezes, a internação em uma unidade de tratamento intensivo neonatal. **Objetivos:** Descrever os fatores que levam os recém-nascidos para Unidade de terapia intensiva.

Métodos: Estudo transversal descritivo quantitativo e retrospectivo, desenvolvido numa maternidade pública de referência em Goiânia-GO. **Resultados:** O período analisado foi de janeiro a dezembro de 2017 com um total de 259 RNs que passaram pela UTI do Hospital neste período. O perfil materno é de mulheres entre 18 e 30 anos com 65% (167), primigesta 44% (115), sem pré-natal 47% (121) e das que fizeram foram menores que 7 consultas com 44% (114), a via de parto foi a cirúrgica (cesárea) com 54% (140), com Doença hipertensiva gestacional foi o fator de risco mais incidente com 19% (50) seguido das infecções do trato urinário também com 19% (49). Já o perfil dos Rns é do sexo masculino com 56% (146), com idade gestacional menor de 36 semanas 77% (199), com apgar do primeiro minuto menor de 7 com 57% (147) e apgar do quinto minuto maior do que 8 com 81% (2009), como fatores de riscos apresentam icterícia 88% (228), infecção respiratória aguda com 77% (199) e infecções neonatais em 70% (181), com apresentação AIG EM 80% (205) e com peso menor de 2.500 gramas 72% (182). **Conclusão:** O perfil materno é de mulheres entre 18 e 30 anos, primigesta, sem pré-natal, nascido por cesárea, com Doença hipertensiva gestacional como principal fator de risco. O perfil dos Rns é de meninos, com idade gestacional menor de 36 semanas, com apgar do primeiro minuto menor de 7 e apgar do quinto minuto maior do que 8, icterício, com infecção respiratória aguda e infecção neonatal, AIG e com peso menor de 2.500 gramas.

PALAVRAS-CHAVES: RECÉM-NASCIDO, UTI. FATORES. RISCOS.

ABSTRACT

Introduction: Deaths within the hospital environment now account for the largest proportion of infant deaths. There are several pre or perinatal situations that lead the NB to be considered at risk and require more specialized monitoring, sometimes requiring admission to a neonatal intensive care unit. **Objectives:** To describe the factors that take newborns to the intensive care unit.

Methods: Quantitative and retrospective cross-sectional study, carried out in a public maternity of reference in Goiânia-GO.

Results: The period analyzed was from January to December 2017 with a total of 259 newborns that passed through the Hospital's ICU during this period. The maternal profile is made up of women between 18 and 30 years old, 65% (167), primiparous 44% (115), without prenatal care 47% (121), and those who underwent prenatal care had less than 7 visits with 44% (114), the route of delivery was surgical (cesarean) with 54% (140), with gestational hypertensive disease being the most incident risk factor with 19% (50) followed by urinary tract infections also with 19% (49). The profile of the NBs, on the other hand, is male with 56% (146), with gestational age less than 36 weeks 77% (199), apgar first minute less than 7 with 57% (147) and fifth minute greater than 8 with 81% (2009), as risk factors present jaundice 88% (228), acute respiratory infection with 77% (199) and INN in 70% (181), with AIG presentation IN 80% (205) and with weight less than 2,500 grams 72% (182). **Conclusion:** The maternal profile is of women between 18 and 30 years old, primiparous, without prenatal care, born by cesarean section, with gestational hypertensive disease as the main risk factor. The profile of the NBs is of boys, with gestational age less than 36 weeks, apgar first minute less than 7 and apgar fifth minute greater than 8, icteric, with acute respiratory infection and neonatal infection, AGA and with weight less than 2,500 grams.

KEYWORDS: NEWBORN, ICU. FACTORS. RISKS.

- 1 – Residente em pediatria da SMS/ HMDI
- 2 – Residente em ginecologia e obstetrícia da SMS/HMDI
- 3 – Doutor em ciências da saúde da UFG
- 4 - Doutoranda UFG

ENDEREÇO

PATRICIA GONÇALVES EVANGELISTA
Alameda Emílio Póvoa, 165 - Vila Redenção,
Goiânia - GO, 74845-250
E-mail: centrodeestudosdmi@gmail.com

INTRODUÇÃO

O relevante avanço tecnológico na área da saúde das últimas décadas tem determinado a sobrevivência de um número muito maior de recém-nascidos (RNs) considerados de risco, ainda assim, os índices de mortalidade destes recém-nascidos têm sido significativos¹.

A mortalidade neonatal ganhou relevância com a diminuição da taxa de mortalidade infantil decorrente do decréscimo do componente pós-neonatal. As mortes dentro do ambiente hospitalar passaram a responder pela maior proporção dos óbitos infantis².

Mesmo com os avanços da perinatologia, a redução da mortalidade infantil neonatal é ainda difícil, pois está fortemente ligada tanto a fatores biológicos como à assistência pré-natal, ao parto e ao recém-nascido³. Sua prevenção envolve, principalmente, investimentos em serviços hospitalares exigindo tecnologia mais complexa, bem como ações educativas e de saúde pública⁴.

Várias são as situações pré ou perinatais que levam o RN a ser considerado de risco e necessitar de um acompanhamento mais especializado, exigindo, algumas vezes, a internação em uma unidade de tratamento intensivo neonatal (UTIN)⁵. Entre estas se pode citar: a prematuridade, o baixo peso ou muito baixo peso ao nascer, malformações congênitas, síndromes genéticas, infecções congênitas, sinais de asfixia perinatal e outras complicações como hiperbilirrubinemia, hipoglicemia e policitemia sintomáticas⁶.

A prematuridade, por si só, constitui um grande problema na saúde pública, por tratar-se de determinante da morbimortalidade neonatal, principalmente em países subdesenvolvidos⁷.

Atualmente a OMS adota a classificação relacionada à idade gestacional do RN especificando que o pré-termo é aquele nascido com menos de 37 semanas de idade gestacional (ou com menos de 259 dias de gestação), a termo aquele nascido entre 37^a e 41^a semanas e seis dias de idade gestacional, e pós-termo aqueles nascidos com 42 semanas ou mais de idade gestacional. Neste sentido a imaturidade geral pode levar a disfunção em qualquer órgão ao sistema corporal⁹. Sendo assim, o neonato prematuro corre o risco de sofrer uma ampla faixa de problemas, incluindo síndrome do desconforto respiratório, apneia, displasia bronco pulmonar, persistência do canal arterial, termo regulação ineficaz, hiperglicemia, hemorragia intraventricular, disfunção gastrointestinal, retinopatia, hiperbilirrubinemia e infecção⁷.

Por essas considerações é necessário dentro dessa unidade conhecer os fatores que velam os neonatos para a Unidade de Terapia intensiva e assim estabelecer as melhores estratégias assistenciais buscando melhorar a qualidade dos cuidados prestados.

Portanto, o objetivo aqui é descrever os fatores que levam os recém-nascidos para Unidade de terapia intensiva.

MÉTODOS

Estudo transversal descritivo quantitativo e retrospectivo, desenvolvido numa maternidade pública de referência em Goiânia-GO. O hospital faz parte da rede Municipal de Saúde de Goiânia, é especializado na atenção humanizada em ginecologia, obstetrícia e neonatologia de baixo, médio e alto risco e tem por objetivo o desenvolvimento da assistência à saúde da mulher e da criança, exclusivamente aos usuários do Sistema Único de Saúde (SUS), atua ainda como um hospital de ensino, pesquisa e extensão, para cursos correlatos a área da saúde da Universidade Federal de Goiás (UFG).

A amostra foi composta por RNs internados na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal na instituição de escolha, no período de janeiro a dezembro de 2017, sendo incluindo todos os RNs que passaram pela UTI no período estabelecido, foram excluídos os RNs que as fichas de coletas (Anexo 1) estavam incompletas.

As variáveis maternas pesquisadas foram idade materna, número de filhos, número de consultas pré-natal, fatores de risco maternos e tipo de parto. Já as variáveis neonatais foram escore de Apgar no primeiro e quinto minuto de vida e idade gestacional, sexo, fatores de risco e peso.

RESULTADOS

O período analisado foi de janeiro a dezembro de 2017 com um total de 259 RNs que passaram pela UTI do Hospital neste período.

	Número de pacientes (N=259)	
	N	%
IDADE MATERNA		
> 17	27	10
18 – 30	167	65
31 <	65	25
NÚMERO DE GESTAÇÕES		
1	115	44
2-3	103	40
< 4	41	16
CONSULTAS PRÉ-NATAIS		
> 7	114	44
8 <	24	9
0	121	47
TIPO DE PARTO		
Cesárea	140	54
Normal	119	46
PRINCIPAIS FATORES DE RISCO		
DHEG	50	19
Infecção do Trato Urinário	49	19
Bolsa Rota	23	9
Tabagista	11	4
Diabetes	7	3
Elitista	6	2,5
Drogas Ilícitas	6	2,5
Síndrome De Hellp	5	2
Oligodramnio	3	1

Fonte: Dados da pesquisa, 2018.

Tabela 1 - Distribuição das características maternas de Rns na UTI do HMDI, Goiânia (GO), Brasil, 2017.

	Número de pacientes (N=259)	
	N	%
SEXO		
Feminino	113	44
Masculino	146	56
IDADE GESTACIONAL		
< 36 semanas	199	77
> 37 semanas	60	23
APGAR 1º		
< 7	147	57
8 >	112	43
APGAR 5º		
< 7	50	19
8 >	209	81
ICTERÍCIA		
Sim	228	88
Não	31	12
INFECÇÃO RESPIRATÓRIA AGUDA		
Sim	199	77
Não	60	23
INFECÇÃO NN		
Sim	181	70
Não	78	30
APRESENTAÇÃO EM RELAÇÃO À IDADE GESTACIONAL		
AIG	205	80
GIG	22	8
PIG	32	12
FAIXA DE PESO (EM GRAMAS)		
<2.500	186	72
>2.501	73	28

Fonte: Dados da pesquisa, 2018.

Tabela 2 – Distribuição das características dos Rns internados na UTI do HMDI, Goiânia (GO), Brasil, 2017.

DISCUSSÃO

No Brasil, a terapia intensiva neonatal tem progredido de maneira notável nos últimos 20 anos, acompanhando de certa forma a tendência mundial⁷. Avaliar risco torna-se uma tarefa muito difícil, uma vez que o conceito de risco está associado às possibilidades e ao encadeamento entre um fator de risco e um dano nem sempre explicado. Especificamente, o conceito de RN de risco surge para que seja possível identificar os graus de vulnerabilidade nos períodos de gestação, bem como os anteriores a eles, além das condições de nascimento destas crianças¹³. Dentre as considerações, os RN de risco são aqueles que apresentam problemas em seu desenvolvimento, sobrevivendo a eventos que os levam a um parto traumático ou prematuro, resultante da influência de fatores biomédicos, tais como os biológicos, genéticos, perinatais, além de fatores ambientais como a interação pais-bebê, situação socioeconômica, situação familiar entre outras¹⁵.

O perfil materno é de mulheres entre 18 e 30 anos com 65% (167), primigesta 44% (115). Brauner et al (2015) a faixa etária materna que mais predominou foi de 30 a 39 anos e primíparas o que compreende a idade fértil da mulher.

A via de parto foi a cirúrgica (cesárea) com 54% (140). Estudos de Lima et al (2015) para descrever os aspectos clínicos de recém-nascidos admitidos na UTIN de hospital

de referência da região norte do país encontraram genitoras adultas jovens, com pré-natal inadequado (72,6%), partos cesarianos (56,0%) corroborando com esta pesquisa. Silva et al (2015) revela que a via de parto operatória pode ser considerada um procedimento relevante para a redução dos agravos perinatais o que aumenta a sobrevivência dos recém-nascidos fato este encontrado também nos estudos de Tragante (2009) e Pieszak et al., (2013).

Doença hipertensiva gestacional foi o fator de risco mais incidente com 19% (50) seguido das infecções do trato urinário também com 19% (49) discordando Brauner et al (2015) em seus achados encontrou a hipertensão e tabagismo como principais fatores de risco. Prado et al (2017) revelam que gestantes com hipertensão apresentam 3.47 (IC95%: 1.37 – 8.81) vezes mais chance de ter filho prematuro e 2.55 (1.03 – 6.32) vezes mais chance de ter filho com baixo peso do que aquelas sem fatores de risco à gestação.

O estudo demonstrou um perfil de mulheres de 47% que não fizeram pré-natal e as que fizeram foram menores que 7 consultas, demonstrando dificuldade de adesão ao programa de assistência pré-natal o que impacta diretamente na saúde dos Rns. Kassir et al (2013) revela que a chance de ocorrência de óbitos neonatais é maior no grupo de mães com inadequado pré-natal, revelando como os cuidados de saúde durante a gestação desempenham um papel importante no desfecho. Segundo Moura et al (2011) a hipertensão é ainda a maior causa dos óbitos fetal ou do recém-nascido o que torna importante o conhecimento desta patologia gestacional.

Já o perfil dos Rns é do sexo masculino com 56% (146), com idade gestacional menor de 36 semanas 77% (199) atualmente, o nascimento de crianças pré-termo ainda é uma importante causa de mortalidade perinatal. Estima-se que, anualmente, no mundo, 13 milhões de crianças nascem prematuramente²⁰. A OMS define RNPT, o recém-nascido vivo com menos de 37 semanas, ou seja, menos de 259 dias de gestação, a contar do primeiro dia do último período menstrual, independente do peso ao nascimento¹⁹. Dentre estes fatores que levam a ocorrer um parto pré-termo, estão: a raça, idade, estado nutricional, ganho ponderal na gestação, nível socioeconômico, atividade profissional, tabagismo, uso de drogas, mau passado obstétrico, seguimento pré-natal, anomalias uterinas, intercorrências clínicas e obstétricas, condições fetais, partos, gestação gemelar ou múltipla, ruptura prematura de membranas, malformação fetal, polidrâmnio na gestação, cirurgia abdominal durante a gestação, conização prévia, corioamnionite, hipertermia materna, sangramento uterino, entre outras^{22, 23, 24,25}.

Os RNs tiveram como prevalência apgar do primeiro minuto menor de 7 com 57% (147) e apgar do quinto minuto maior do que 8 com 81%. Ribeiro et al (2009) destaca que o Apgar baixo no 5º minuto é considerado o índice mais acurado para o prognóstico de saúde neurológica da criança e de óbito, o Apgar reflete diretamente as condi-

ções de vitalidade do recém-nascido está relacionado à qualidade da assistência recebida no momento do parto, quanto menor o escore de Apgar no 1º e 5º minutos de vida, menores as chances de sobrevivência.

No estudo encontrou-se 80% (205) dos RNs com peso menor de 2.500 gramas 72% (182). Diversos autores têm estudado o impacto do peso ao nascimento sobre os níveis de morbidade e mortalidade. Esta variável tem ocupado um lugar de importância quando relacionada à doença e morte no primeiro ano de vida²⁰. O baixo peso ao nascer ocorre devido a múltiplos fatores. Os fatores de risco que contribuem para esta condição são retardo do crescimento intra-uterino, prematuridade, peso materno pré-gestacional inferior a 50 kg, intervalo interpartal menor que 18 meses, história de desnutrição materna, partos prematuros prévios, multiparidade (acima de três filhos), primigesta, BPN prévio, tabagismo ativo e passivo, pouca escolaridade materna, mães adolescentes ou com idade superior a 35 anos, ausência ou insuficiência de pré-natal, hipertensão arterial materna entre outros quais podem interferir isoladamente ou associados⁴. Prematuridade (72%) e baixo peso ao nascer (69%) em estudos realizados por Quaresma et al (2018) foram as principais doenças associadas à internação durante o período neonatal.

Como fatores de riscos apresentam icterícia 88% (228), sabe-se que a hiperbilirrubinemia ou icterícia do recém-nascido como entidade patológica deve ser prontamente identificada e diferenciada da icterícia fisiológica presente em muitos bebês²³. A concentração levemente elevada de bilirrubina indireta, observada em dois terços dos recém-nascidos, não indica necessariamente uma doença. Contudo, é importante distinguir a icterícia fisiológica da patológica, que se caracteriza como um dos fatores que podem levar a necessidade de internação do RN em UTI neonatal²⁶.

A infecção respiratória aguda esteve presente em 77% (199) e as infecções neonatais em 70% (181). A infecção permanece como a principal determinante de mortalidade no período neonatal estudos realizados por Rolim e Eickmann (2016) mostrou-se que os fatores maternos, entendidos como o uso de antibiótico na gestação e a não realização de pré-natal estiveram relacionados ao surgimento de sepse neonatal para Alves (2011) a sepsis é uma complicação devastadora e causa importante de morbimortalidade, evidenciando a necessidade emergente de sistematizar intervenções efetivas.

CONCLUSÃO

O perfil materno é de mulheres entre 18 e 30 anos, primigesta, sem pré-natal, nascido por cesárea, com Doença hipertensiva gestacional como principal fator de risco.

O perfil dos Rns é de meninos, com idade gestacional menor de 36 semanas, com apgar do primeiro minuto menor de 7 e apgar do quinto minuto maior do que 8, ictérico, com infecção respiratória aguda e INN, AIG e com peso menor de 2.500 gramas.

REFERÊNCIAS

- EGEWARTH, C.; PIRES, F. D. A.; GUARDIOLA, A. Avaliação da idade gestacional de recém-nascidos pré-termo através do exame neurológico e das escalas neonatais e obstétricas. *Arq. Neuro-Psiquiatr.* v. 60, n. 3B, p.755-759, set. 2002.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Coordenação Materno-Infantil. Manual de assistência ao recém-nascido. Brasília: Ministério da saúde, 2010.
- WEIRICH, C. F.; DOMINGUES, M. H. M. S. Mortalidade Neonatal um Desafio para os Serviços de Saúde. *Revista Eletrônica de Enfermagem, Goiânia*, v.3, n.1, jan - jun,2001.
- ALMEIDA, M. F.; JORGE, M. H. P. M. Pequenos para idade gestacional: fator de risco para mortalidade neonatal. *Revista Saúde Pública*, v.32, n. 3, p.217-224, jun, 2011.
- BUSKO M.; MURATA P. Neonates in intensive care endure painful procedures,mostly without analgesia. 2008. Disponível em file:///I:\Neonates in intensive care endure painful procedures.without analgesia.htm. Acesso em 22. 09. 2018.
- ARRUE, A. M.; NEVES, E. T.; SILVEIRA, A.; PIESZAK, G. M. Caracterização da morbimortalidade de recém-nascidos internados em UTI neonatal. *REUFSM*. v.3. n.1. 2013.
- BARBOSA, A.R.F. Consequências da prematuridade no sistema respiratório. *Fac. de Med. Univ. Coimbra. Dissertação de mestrado.* Março de 2015.
- NELSON, Waldo E. et al. *Tratado de Pediatria*. 15ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1997.
- KENNER, C. *Enfermagem Neonatal*. 2ed. Rio de Janeiro: Reichmann & Afonso Editores, 2001.
- TRONCHIN, Daisy M. R. TOMA, Edi. Estrutura e organização da Unidade Neonatal: aspectos de enfermagem. In: LEONE, Cléa R.; TRONCHIN, Daisy M. R..Assistência Integrada ao recém-nascido. São Paulo: Atheneu, 2001.
- KAMADA, I.; ROCHA, S. M. M.; BARBEIRA, C. B. dos S. Internações em unidade de terapia intensiva neonatal no Brasil –1998-2001. *Revista Latino-americana de Enfermagem, Ribeirão Preto*, v.11, n. 4, p.436-443, jul/ago.2003.
- SILVA, O. P. V. da, A importância da família no desenvolvimento do bebê prematuro. *Psicologia: Teoria e prática*, São Paulo, 2010
- Manual técnico do Ministério da Saúde – Gestação de alto risco – Brasília-DF-2010, Pág. 235;
- COSTA, H. P. F.; MARBA S. T. O recém-nascido de muito baixo peso. *Série Atualizações Pediátricas*, São Paulo: Atheneu, 2004.
- AVERY, G. B.; FLETCHER, A.; MACDONALD, M. G. *Neonatologia: fisiopatologia e tratamento do recém-nascido*. 4ed. Rio de Janeiro: Editora Médico Científica,2009.
- GORDON, H. H. *Perspectivas em Neonatologia*. In: AVERY, Gordon. B. *Neonatologia: fisiologia e tratamento do recém-nascido*. Rio de Janeiro: Medsi, 2014.
- LEONE, C. R.; TRONCHIN, D. M. R. *Assistência integrada ao recém-nascido*. 1 ed. São Paulo: Atheneu, 2011.
- LANSKY, S.;FRANÇA,E. LEAL,M.C. Mortalidade perinatal e evitabilidade: revisão da literatura. *Revista de Saúde Pública*, v.36, n. 6, p759 - 772, 2002.
- SPALLICCI M. D. B., et al. Estudo de Algumas Variáveis Maternas Relacionadas com a Prematuridade no Hospital Universitário Da Universidade De São Paulo. *Rev. Med. HU-USP*, São Paulo, v.10, n.1, jan - jun, 2000.
- FREITAS, M. C. *História Social da Infância no Brasil*. São Paulo: Cortez, 2012.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE (BR). *Gestação de Alto Risco*. Brasília: Ministério da Saúde, 2005.
- FRANCESCHINI, S. C. C.; PRIORE, S.E.; PEQUENO, N. P. F.; SILVA, D.G.; SIGULEM, D.M. Fatores de risco para baixo peso ao nascer em gestante de baixa renda. *Revista de Nutrição*. Campinas, v.16, n. 2, abr-jun. 2003.
- KLIEGMAN, Robert M. O Feto e o Recém-nascido. *Tratado de Pediatria*. 15 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2015. p. 501 a 538.
- Caderno de Saúde Pública, Rio de Janeiro, v.20, n.1, p. S20-S33, 2004. LEAL, M. do C.; GAMA, S. G. N. da; CUNHA, C. B. da. Desigualdades sociodemográficas e suas conseqüências sobre o peso do recém-nascido.
- MARTINS FILHO, José. O Recém-Nascido Pre-termo. In: *Pediatria Essencial*. 3 ed. Rio de Janeiro: Livraria Atheneu. 1987. p. 87 a 95.
- RUGOLO, L. M. S. et al. *Manual de neonatologia: Sociedade de Pediatria de São Paulo*. 2 ed. São Paulo: Revinter,2000.