



UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARÁ
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
FACULDADE DE ENFERMAGEM

JOANNA ANGÉLICA AZEVEDO DE OLIVEIRA
YASMIN BRABO DE LIMA

**PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DE NEONATOS TRANSPORTADOS PARA UM
HOSPITAL DE REFERÊNCIA MATERNO-INFANTIL**

Belém - PA

2018

JOANNA ANGÉLICA AZEVEDO DE OLIVEIRA
YASMIN BRABO DE LIMA

**PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DE NEONATOS TRANSPORTADOS PARA UM
HOSPITAL DE REFERÊNCIA MATERNO-INFANTIL**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à banca examinadora do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Pará para a obtenção do grau em Licenciatura e Bacharelado em Enfermagem pela Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal do Pará.

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Andressa Tavares Parente.

Belém-PA

2018

**PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DE NEONATOS TRANSPORTADOS PARA UM
HOSPITAL DE REFERÊNCIA MATERNO-INFANTIL**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à
Faculdade de Enfermagem da Universidade
Federal do Pará, como requisito parcial para a
obtenção de grau em Licenciatura e Bacharelado
em Enfermagem.

Aprovado em ____/____/____

Banca Examinadora:

Orientadora
Prof^a. Dr^a. Andressa Tavares Parente.
Universidade Federal do Pará

Membro
Prof^o Msc. Marcelo Williams Oliveira de Souza
Mestre em Ensino de Ciências Ambientais
Universidade Federal do Pará

Membro
Prof^a. Msc Sheila Barbosa Paranhos
Mestre em Enfermagem
Universidade Federal do Pará

Conceito_____

BELÉM-PA

2018

Dedicamos este Trabalho de Conclusão de Curso primeiramente a Deus, que nos fez permanecer firmes em busca da conclusão desse tão sonhado curso, aos nossos pais que foram exemplos de luta constante, coragem e dedicação para que chegássemos até esta etapa de nossas vidas e a todos os nossos amigos que

contribuíram com muito carinho e apoio durante todos esses anos.

AGRADECIMENTOS

Finalmente este ciclo chega ao fim para dar início a novos começos, foram anos de muita luta, dificuldades, medos, ansiedades e dúvidas, entretanto, os momentos bons vividos se sobressaem e mostram o quanto cada dia dentro da Universidade valeu a pena. Nela aprendi a amar e respeitar a profissão que escolhi, a entender o meu papel social enquanto profissional de saúde, usuária do SUS, mulher, feminista e militante da saúde.

Trago na bagagem quatro anos e meio de aprendizado, de formação de consciência, empoderamento e paixão pelo que faço. A Enfermagem me apresentou um mundo novo, no qual o cuidado, baseado cientificamente, tornou-se o meu principal objetivo de vida. Agradeço todos os dias pela oportunidade que Deus me deu de ter passado no vestibular, de ter escutado o nome no listão na rádio, por ter visto nas lágrimas derramadas pelos meus pais a felicidade de me verem entrando na Universidade Federal do Pará, sempre me emocionarei ao lembrar estas cenas.

Assim, agradeço então aos meus pais Edmundo e Joana por toda a força, amor, dedicação e insistência, por tudo o que lutaram para me ajudar a estar onde estou pelas vezes que me fizeram um café para que eu continuasse acordada estudando, ou as vezes que quando acabei adormecendo em cima dos livros, me cobriram. Não conseguirei resumir em palavras todo o amor que me deram, pois elas não podem expressar todo o meu sentimento de agradecimento nesse momento, apenas quero que saibam meus pais, que tudo o que fiz foi por vocês, são meus exemplos de vida!

Não poderia também deixar de agradecer aos professores que passaram pelo caminho, aos que realmente fazem jus ao que escolheram para a vida, em especial à prof^a Dra Andressa Parente, nossa querida orientadora, por toda a paciência e palavras de conforto nos momentos mais difíceis de construção deste trabalho, e também à prof^a Msc. Sheila Paranhos por todos os ensinamentos ao longo desses anos. Muito obrigada por serem esses anjos em nossas vidas.

E por fim, agradecer a todos os amigos, familiares e pessoas especiais que me deram todo o apoio e carinho, em especial aqui à minha parceira na faculdade, no TCC e amiga Yasmin Brabo, fico imensamente feliz ao perceber que conseguimos chegar onde tanto desejamos juntas. Agradecer também ao Centro Acadêmico de Enfermagem da UFPA por todos os anos de militância, ensinamentos e esperança por um mundo melhor. Vida longa ao CAEnf, que a luta sempre esteja presente nesta entidade!

Aqui encerro estes agradecimentos, com o coração cheio de saudade e nostalgia] tudo o que vivi.

Joanna Angélica Azevedo de Oliveira

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus que me permitiu chegar até aqui, e que ao longo dessa caminhada me deu forças pra continuar em meios aos momentos mais turbulentos, e não somente nestes anos como universitária, mas que em todos os momentos é o maior mestre que alguém pode conhecer.

A esta universidade, seu corpo docente, direção e administração que oportunizaram a janela que hoje vislumbro um novo horizonte, meu reconhecimento. Eternizarei cada momento vivenciado, cada aula, cada prática e levarei no braço direito o orgulho de ser egressa desse mundo chamado de UFPA.

Agradeço em especial a nossa orientadora prof^a Dra Andressa Parente, que com suas palavras de conforto e força não nos deixou desanimar em momentos difíceis. prof^a Msc. Sheila Paranhos por todo amparo e carinho que nos repassou durante todos esses anos. Professoras essas, espelho para a minha vida profissional, exemplo de simplicidade e humanidade. Meu muito obrigada a forma que foi repassada tanto conhecimento.

Agradeço a minha mãe Janete Brabo que foi meus braços durante todos esses anos, me apoiando nas horas mais turbulentas. Ao meu pai, meu herói que foi minhas pernas e que incansavelmente nunca desistiu de me ajudar em tudo que eu precisava pra chegar até aqui. Obrigada pelo amor, incentivo, dedicação e apoio incondicional que foi me repassado durante essa caminhada. A minha irmã Yandra Brabo, que me inspira a cada dia em continuar em busca de nossos sonhos, por um futuro melhor. A minha avó Laudelina, por todo colo e assistência. A toda minha família, que entendeu minha ausência durante o período de construção desse TCC. Essa luta é nossa, minha eterna gratidão a vocês!

Meus agradecimentos aos amigos, irmãos na amizade que fizeram parte da minha formação e que vão continuar presentes em minha vida com toda certeza, obrigada por todo apoio e por toda a confiança que me foi depositada, em especial a minha parceira, companheira de graduação e de TCC Joanna Angélica, muito obrigada por toda paciência, pelo companheirismo, por todos os momentos complicados que passamos durante a graduação, conseguimos.

E a todos que direta ou indiretamente fizeram parte da minha formação, e que contribuíram para que este sonho se concretizasse, o meu muito obrigada.

Yasmin Brabo de Lir

“A verdadeira coragem é ir atrás dos seus sonhos mesmo quando todos dizem que ele é impossível.”

(Cora Coralina)

RESUMO

OLIVEIRA, J. A. A; LIMA, Y. B. PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DE NEONATOS TRANSPORTADOS PARA UM HOSPITAL DE REFERÊNCIA MATERNO-INFANTIL. Faculdade de Enfermagem, Universidade Federal do Pará. Belém-PA, 2018.

INTRODUÇÃO: O transporte inter-hospitalar condiz à transferência de pacientes entre unidades hospitalares, podendo ser de caráter público ou privado, que funcionam como o princípio para a estabilização de pacientes em estado crítico. Tratando-se de Recém-nascidos, na existência de complicações e da necessidade de um suporte que o local em que a criança está não ofereça, surge à necessidade de hospitalização ou transferência de uma instituição para a outra, pois os riscos de mortalidade em um prematuro aumentam quando o parto acontece em um centro com infraestrutura inadequada. O conhecimento do perfil dos recém-nascidos que necessitaram do transporte inter-hospitalar para locomoção oferece margem ao levantamento dos possíveis fatores que influenciam na sobrevivência destes, tornando-os vulneráveis e propensos à internação hospitalar. **OBJETIVO:** Investigar as características clínicas e epidemiológicas de recém-nascidos admitidos na Fundação Santa Casa de Misericórdia do Pará (FSCMPA), provenientes do transporte inter-hospitalar no ano de 2016. **METODOLOGIA:** Trata-se de um estudo descritivo retrospectivo, transversal, documental, com abordagem quantitativa, que levantou o perfil epidemiológico e clínico dos recém-nascidos que foram transferidos para FSCMPA por meio de transporte inter-hospitalar no ano de 2016. Foi realizado a partir da investigação de dados/variáveis em 100 prontuários, através de um roteiro de investigação e foram apresentadas por intermédio de tabelas e gráficos que demonstraram as informações que foram classificadas e analisadas por meio de técnicas estatísticas. **RESULTADOS E DISCUSSÃO:** Destaca-se o perfil epidemiológico materno, no qual a faixa etária predominante foi de 25 a 34 anos (34%); 41% realizou pré-natal completo e, em sua maioria, teve parto vaginal (52%); 36% das genitoras apresentaram intercorrências na gestação, a de maior frequência foi a infecção do trato urinário com 23% dos casos e a leucorréia com 7%, dentre outras. Sobre os recém-nascidos, as variáveis do perfil epidemiológico analisadas foram o da idade gestacional, medidas antropométricas, peso e Apgar, ressaltando que esta última apresentou valores que diferenciavam do padrão de normalidade, foram também coletados e analisados o perfil epidemiológico das causas e o tempo internação do neonato; é válido destacar que um ponto crítico da análise de dados foi a falta de informações nos prontuários, estas que são imprescindíveis para o cuidado contínuo do neonato. **CONCLUSÃO:** Conhecer o perfil epidemiológico dos recém-nascidos que necessitaram de transferência em busca de assistência de maior complexidade torna-se essencial para que a equipe possa identificar os principais fatores que influenciaram para a internação do neonato e a relevância do registro deste pela equipe multiprofissional, como uma estratégia de compromisso, padronização, qualidade da assistência e subsídio para tomada de decisão diante a dimensão e impacto do transporte inter-hospitalar realizado nos primeiros dias de vida deste recém-nascido.

Descritores: Recém-Nascido; Transporte de Pacientes; Perfil de Saúde.

ABSTRACT

OLIVEIRA, J. A. A; LIMA, Y. B. EPIDEMIOLOGICAL PROFILE OF NEONATOS TRANSPORTED TO A MATERNAL-CHILD REFERENCE HOSPITAL. School of Nursing, Federal University of Pará, Belém-PA, 2018.

INTRODUCTION: In-hospital transport is conducive to the transfer of patients between hospital units, which may be of a public or private nature, which serve as the principle for the stabilization of critically ill patients. In the case of newborns, in the existence of complications and the need for a support that the place where the child is not, there arises the need for hospitalization or transference from one institution to the other, because the mortality risks in one preterm infants increase when labor occurs in a center with inadequate infrastructure. The knowledge of the profile of the newborns who needed inter-hospital transport for locomotion offers the possibility of surveying the possible factors that influence their survival, making them vulnerable and prone to hospital admission. **OBJECTIVE:** To investigate the clinical and epidemiological characteristics of newborns admitted to the Santa Casa de Misericórdia do Pará Foundation (FSCMPA) from interhospital transportation in the year 2016. **METHODOLOGY:** This is a retrospective descriptive, cross-sectional, documentary study, with a quantitative approach, which raised the epidemiological and clinical profile of the newborns who were transferred to FSCMPA through interhospital transport in the year 2016. It was carried out from the data / variables investigation in 100 charts, through a and were presented through tables and graphs that demonstrated the information that was classified and analyzed by means of statistical techniques. **RESULTS AND DISCUSSION:** We highlight the maternal epidemiological profile, in which the predominant age group was 25 to 34 years (34%); 41% underwent complete prenatal care and most had vaginal delivery (52%); 36% of the mothers had intercurrents during gestation, the most frequent being urinary tract infection with 23% of the cases and leucorrhea with 7%, among others. The variables of the epidemiological profile analyzed were: gestational age, anthropometric measurements, weight and Apgar, emphasizing that the latter presented values that differed from the normality standard; the epidemiological profile of the causes and the epidemiological profile were also collected and analyzed. time of neonatal hospitalization; it is worth mentioning that a critical point of the data analysis was the lack of information in the medical records, which are essential for the continuous care of the newborn. **CONCLUSION:** Knowing the epidemiological profile of the newborns who needed a transfer in search of more complex assistance becomes essential so that the team can identify the main factors that influenced the hospitalization of the newborn and the relevance of the registry of the newborn by the multiprofessional team, as a strategy of commitment, standardization, quality of care and allowance for decision-making regarding the size and impact of interhospital transport performed in the first days of life of this newborn.

Descriptors: Newborn; Transport of Patients; Health Profile.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Gráfico 1: Zona de procedência das mãe (2016).	26
Gráfico 2: Região de procedência materna (2016).	27
Gráfico 3: Tipos de partos.	29
Gráfico 4: Intercorrências na gestação.	30
Gráfico 5: Classificação do RN quanto ao peso/IG (Curva de Battaglia e Lubchenco).	33
Gráfico 6: Causas mais frequentes de internação de recém-nascidos na FCSMPA, 2016.	38

LISTA DE TABELAS

Tabela 1: Perfil etário materno.	25
Tabela 2: Realização do pré-natal.	28
Tabela 3: Distribuição de mulheres segundo o número de intercorrência(s) na gestação.	31
Tabela 4: Perfil Epidemiológico dos recém-nascidos: idade gestacional, peso, Apgar.	32
Tabela 5: Perfil Epidemiológico dos recém-nascidos: variáveis antropométricas, sexo, perímetro cefálico, perímetro torácico e estatura.	35
Tabela 6: Perfil Epidemiológico de admissão dos recém-nascidos: dias de vida na internação, acompanhantes e transporte inter-hospitalar.	37
Tabela 7: Perfil Epidemiológico de internação dos recém-nascidos: situações de internação.	39
Tabela 8: Perfil Epidemiológico de internação dos recém-nascidos: tempo de internação.	41

LISTA DE ABREVIATURAS

FSCMPA – Fundação Santa Casa de Misericórdia do Pará

SAMU – Serviço de Atendimento Móvel de Urgência

SDR – Síndrome do Desconforto Respiratório

ITU – Infecção do Trato Urinário

IG – Idade Gestacional

RN – Recém-Nascido

PIG – Pequeno para a Idade Gestacional

AIG – Adequado para a Idade Gestacional

GIG – Grande para a Idade Gestacional

FiO₂ – Fração inspirada de Oxigênio

EXT – Exsanguineotransfusão

UCIN – Unidade de Cuidados Intermediários Neonatal

CM – Centímetro

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	15
1.1	PROBLEMA DE PESQUISA	16
1.2	JUSTIFICATIVA	16
1.3	QUESTÃO NORTEADORA	17
1.4	OBJETIVOS	17
1.4.1	Objetivo Geral	17
1.4.2	Objetivos Específicos	17
2	REFERENCIAL TEÓRICO	18
2.1	O TRANSPORTE INTER-HOSPITALAR DE RECÉM-NASCIDO	18
2.2	AS PECULIARIDADES GEOGRÁFICAS DO PARÁ E SUA INFLUÊNCIA NO PERFIL DA POPULAÇÃO QUE NECESSITA DE ATENDIMENTO DE ALTA COMPLEXIDADE.	19
2.3	PRINCIPAIS INDICAÇÕES NEONATAIS PARA O TRANSPORTE INTER-HOSPITALAR	21
3	METODOLOGIA	23
3.1	TIPO DE ESTUDO	23
3.2	LOCAL DE ESTUDO	23
3.3	FONTES DE INFORMAÇÃO	24
3.4	COLETA DE DADOS	25
3.5	ANÁLISE DE DADOS	25
3.6	QUESTÕES ÉTICAS	25
4	RESULTADOS E DISCUSSÃO	26
4.1.	CATEGORIA DE ANÁLISE 1 – PERFIL EPIDEMIOLÓGICO MATERNO	26
4.1.1	Idade materna	26
4.1.2	Procedência materna	27
4.2	CATEGORIA DE ANÁLISE 2 – PERFIL OBSTÉTRICO MATERNO	28
4.2.1	Pré-natal	28
4.2.2	Tipo de parto	29
4.2.3	Intercorrências	30
4.3	CATEGORIA DE ANÁLISE 3 - PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DOS RECÉM-NASCIDOS	33
4.3.1	Variáveis perinatais	33
4.3.2	Medidas antropométricas	35

4.4. CATEGORIA DE ANÁLISE 4- PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DA INTERNAÇÃO NEONATAL.....	37
4.4.1 Condições de admissão do recém-nascido.....	37
4.4.2 Causas da internação	39
4.4.3 Intercorrências clínicas na internação	40
4.4.4 Tempo de Internação	42
5 CONCLUSÃO	44
REFERÊNCIAS	46
APÊNDICE 1.....	52
APÊNDICE 2.....	54
APÊNDICE 3.....	56

1 INTRODUÇÃO

O transporte inter-hospitalar condiz à transferência de pacientes entre unidades hospitalares ou não, podendo ser de caráter público quanto privado, que funcionam como o princípio para a estabilização de pacientes em estado crítico (ALBUQUERQUE et al., 2012).

O Brasil tem feito acordos internos e externos para promover o avanço na qualidade da atenção à saúde, a gestante e ao recém-nascido para reduzir a mortalidade materna e infantil. Em 2004 foi firmado o Pacto Pela Redução da Mortalidade Materna e Neonatal no intuito de mobilizar ações visando à melhoria da qualidade de vida de mulheres e crianças, uma vez que cerca de 70% dos casos de mortalidade infantil ocorrem no primeiro ano de vida, sendo que boa parte dessas ocorrências se dão por fatores evitáveis associados às condições do nascimento da criança e à qualidade da assistência prestada durante o parto (BRASIL, 2010).

A redução da mortalidade por fatores evitáveis depende de uma atenção à saúde adequada e resolutiva para prevenir sequelas que podem comprometer a criança, que também depende da infraestrutura do seu local de nascimento e do suporte técnico e profissional oferecidos, caso necessite de transferência para uma assistência de maior complexidade (LANSKY et al., 2014).

Estima-se que, nos países desenvolvidos, em média 15 a 20% dos nascimentos aconteçam em locais sem infraestrutura. No Brasil, esses percentuais ainda são desconhecidos, podendo ser maiores (PIMENTA; ALVES, 2016). Na existência de complicações e da necessidade de um aporte que o local em que a criança está não oferece, surge a necessidade de hospitalização ou transferência de uma instituição para a outra, pois os riscos de mortalidade em um prematuro aumentam quando o parto acontece em um centro com infraestrutura inadequada (LANSKY et al., 2014).

A capacidade de manejo clínico, adequação da assistência ao recém-nascido durante o nascimento e seu transporte inter-hospitalar contribuem para o alcance de desfechos positivos em unidades neonatais de referência (ALBUQUERQUE et al., 2012). Contudo, o conhecimento do perfil dos recém-nascidos que necessitaram do transporte inter-hospitalar para locomoção oferece margem ao levantamento dos possíveis fatores que influenciam na sobrevivência destes, tornando-os vulneráveis e propensos à internação hospitalar.

De acordo com o Manual de Transporte Neonatal disponibilizado pelo Ministério da Saúde, os principais perfis de indicações para o transporte inter-hospitalar consistem em:

prematuridade; problemas respiratórios; anomalias congênitas; convulsões neonatais; doenças que necessitam de intervenção cirúrgica; hemorragias e coagulopatias; hiperbilirubinemia com indicação de exossangüineotransfusão; asfixia com comprometimento multissistêmico; recém-nascido com cianose ou hipoxemia persistente; sepse ou choque séptico; hipoglicemia persistente (BRASIL, 2010).

1.1 PROBLEMA DE PESQUISA

Estudos apontam que há um aumento da morbimortalidade neonatal, podendo está relacionado à baixa cobertura pré-natal e de intervenções antenatais como o uso de corticoide; ao inapropriado tratamento na unidade de cuidados intensivos com insuficiente utilização de surfactante e nutrição parenteral; falta de diagnóstico e tratamento de persistência de canal arterial, assim como inadequação no transporte inter-hospitalar do recém-nascido (SOUZA; CAMPOS; SANTOS JUNIOR, 2013).

A carência dos transportes neonatais tem sido descritas em todo mundo. Nos países desenvolvidos, por exemplo, é objeto de avaliação dos serviços de saúde, já nos países em desenvolvimento, os estudos são recentes. Entretanto, mesmo que a qualidade do transporte neonatal já esteja bem descrita na literatura, estudos evidenciam graves ocorrências ocasionadas pelo descumprimento às normas (ALBUQUERQUE et al., 2012).

A partir da análise de dados, o estudo traçou o perfil epidemiológico dos recém-nascidos transportados para a Fundação Santa Casa de Misericórdia do Pará advindos do transporte neonatal inter-hospitalar no período de janeiro a dezembro de 2016, a fim de levantar quais os principais motivos que levaram as internações, assim como, a necessidade do transporte, visando à sobrevida do recém-nascido.

1.2 JUSTIFICATIVA

Conhecer o perfil dos recém-nascidos que precisam de internação hospitalar advindos de outros municípios do Estado do Pará torna-se necessário para que seja possível traçar os fatores que influenciaram para a sua internação e o motivo para a utilização do transporte neonatal inter-hospitalar, de maneira que seja utilizado por recém-nascidos que de fato necessitem do serviço, ou seja, se este neonato se enquadra nas indicações clínicas estabelecidas pelo Manual de Transporte Neonatal disponibilizado pelo Ministério da Saúde,

a fim do levantamento de melhorias do serviço e resultando na prevenção de agravos de saúde.

Além disso, também é importante ressaltar que conhecer o perfil da população atendida e os fatores envolvidos nessas internações, como por exemplo, o deslocamento desse recém-nascido, o tempo dessa locomoção do município até a instituição e as questões perinatais, permitem planejar um atendimento mais adequado e eficaz aos recém-nascidos que necessitam de uma atenção de maior complexidade, evitando as intercorrências, como alterações clínicas ou fisiológicas.

1.3 QUESTÃO NORTEADORA

- ✓ Qual o perfil clínico e epidemiológico dos recém-nascidos transportados de outros municípios do estado do Pará para um ao hospital de referência materno-infantil?

1.4 OBJETIVOS

1.4.1 Objetivo Geral

Investigar as características clínicas e epidemiológicas de recém-nascidos admitidos na Fundação Santa Casa de Misericórdia do Pará (FSCMPA), provenientes do transporte inter-hospitalar no ano de 2016.

1.4.2 Objetivos Específicos

- Investigar os municípios de origem dos recém-nascidos que necessitaram ser transportados para a Instituição;
- Identificar as principais causas que levaram à transferência do neonato para um atendimento de alta complexidade;
- Caracterizar as terapêuticas utilizadas por estes recém-nascidos no decorrer do processo de internação e sua associação as variáveis neonatais.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 O TRANSPORTE INTER-HOSPITALAR DE RECÉM-NASCIDO

O período neonatal possui peculiaridades que necessitam de atenção especializada por ser uma fase de grande fragilidade e alta propensão de intercorrências, devido a isso, com o desenvolvimento da medicina surgiram novas tecnologias específicas e eficazes que tem aumentado a expectativa de vida dos recém-nascidos críticos. Entretanto, essas tecnologias não são presentes em todas as regiões e por isso há necessidade de transferência dessas crianças para hospitais mais adaptados a realizar o tratamento (FERREIRA, 2016).

A transferência rápida e segura desses recém-nascidos é uma das recomendações do Ministério da Saúde para redução da mortalidade neonatal por causas evitáveis. No entanto, apesar da Neonatologia ter progredido com o surgimento de novos equipamentos, terapêuticas e conhecimentos considera-se o transporte um ponto importante de bastante relevância para a sobrevivência do neonato, já que alguns parâmetros vitais podem ser alterados no deslocamento devido a falta de equipamento que preste um suporte adequado, podendo interferir no prognóstico desse recém nascido (BALBINO; CARDOSO, 2017).

O Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) é responsável pela realização da transferência pediátrica e neonatal, entretanto, estudos apontam que estes serviços ainda são incipientes (BALBINO; CARDOSO, 2017). Assim, frente à necessidade da melhoria e adequação deste serviço, é importante haver manuais e cursos para a capacitação de profissionais para que esse deslocamento seja de acordo com as normas e técnicas estabelecidas. O intuito dessa assistência é fazer com que a criança chegue ao local de destino em melhores ou iguais condições que ela saiu do local de origem (ROMANZEIRA; SARINHO, 2015).

Para que essa transferência ocorra é imprescindível que haja um serviço de transporte inter-hospitalar de neonatos de qualidade, revelando a sua importância na atenção ao recém-nascido crítico. Devido a esta necessidade de deslocamento de neonatos em situação de risco, foram criados pelo Ministério da Saúde manuais que dão suporte aos profissionais de saúde sobre como realizar o transporte neonatal através de condutas seguras capazes de diminuir possíveis agravos durante esse processo, assim como os materiais a serem utilizados, medicamentos e equipamentos específicos (BRASIL, 2014).

Em 2010, o Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas do Ministério da Saúde, disponibilizou o Manual de Orientação sobre o Transporte Neonatal que aborda a questão da regionalização, na qual serviços de transporte devem ser estrategicamente alocados e disponibilizados em regiões com menos recursos para a assistência em que há a necessidade de transferência. Além disso, trás um checklist que sistematiza as questões principais a serem preparadas para a realização do transporte, dentre outras demandas.

No ano seguinte, em 2011 surgiu o Manual de Atenção à Saúde do Recém-Nascido abordando de maneira mais específica os cuidados a serem abordados na assistência ao neonato e sintetiza também a questão do transporte, componentes estes de extrema importância na redução da mortalidade neonatal. Estes manuais foram disponibilizados aos profissionais de saúde com intuito de qualificar a sua assistência, a fim de garantir melhor atendimento a esses pacientes (BRASIL, 2014).

É válido ressaltar que em se tratando do transporte inter-hospitalar, um deslocamento efetivo vai além de equipamentos e materiais. Incluem-se também os profissionais da Enfermagem, que devem embasar-se de conhecimentos para tomada de decisões correta relacionada ao processo, por exemplo, momento exato para realizar a transferência, determinação de riscos e habilidades de comunicação e manuais a serem executadas na vigência de intercorrências. A ausência de quesitos mínimos, mas essenciais para a realização do transporte, implica em maior risco de morte do neonato durante o deslocamento, como por exemplo, o oferecimento de oxigenação durante a transferência (BALBINO; CARDOSO, 2017).

Verifica-se a relevância de publicações que alertem a profissionais da saúde sobre a temática que contemplem os recursos disponíveis e modelo de atenção à saúde vigente, assim como, a adoção discussão de estratégias para minimizar os danos ao recém-nascido advindo do transporte inter-hospitalar, para que haja dessa maneira, a assistência eficaz e segura. (BALBINO; CARDOSO, 2017).

2.2 AS PECULIARIDADES GEOGRÁFICAS DO PARÁ E SUA INFLUÊNCIA NO PERFIL DA POPULAÇÃO QUE NECESSITA DE ATENDIMENTO DE ALTA COMPLEXIDADE.

Em 1996 foi estabelecida a Amazônia Legal que abrange em sua totalidade os estados do Acre, Amapá, Pará, Rondônia, Roraima e Tocantins, e também parte dos estados do Mato Grosso e Maranhão, com o intuito de estabelecer políticas específicas para a região. Possui a maior bacia hidrográfica e também a área de maior biodiversidade do mundo. Além de

viverem mais de 20 milhões de pessoas (12,3% da população nacional), sendo 30% no interior da floresta (SILVEIRA; PINHEIRO, 2014).

Devido à configuração do território e suas peculiaridades geográficas, o meio de transporte hidroviário é o mais utilizado seguido do aeroviário e rodoviário. Vale ressaltar que a região Norte possui a menor rede rodoviária entre as regiões brasileira, enquanto o Centro-Oeste, a segunda menor região, possui o dobro de instalações. Considerando a estrutura da Amazônia Legal os estados do Mato Grosso, Pará, Rondônia e Tocantins representam 87% do total da rede rodoviária pavimentada (SILVEIRA; PINHEIRO, 2014).

Nos estados da região norte do Brasil, o acesso a determinados locais é bastante dificultoso por conta de suas peculiaridades geográficas, dentre elas a presença de rios, florestas e a má conservação das estradas, separando os municípios e dificultando a comunicação e o transporte entre eles (SILVA; BACHA, 2014). Neste contexto, dada à extensão territorial do Brasil, pode-se encontrar populações não apenas residentes em áreas urbanas e rurais, mas às margens de rios, as denominadas comunidades ribeirinhas. Entretanto, a falta de embarcações as deixa sem possibilidade de assistência em casos de urgência e emergência (FRANCO et al., 2015).

Essas características interferem negativamente quando há a necessidade de deslocamento de um paciente para um determinado hospital e, se tratando de neonatos, esse fator ainda é mais preocupante por conta das necessidades e fragilidades características dessa fase da vida (FRANCO et al., 2015).

No Pará, o acesso a municípios com esse perfil deveria ser por transporte fluvial e/ou aéreo (DIAS; PENNA, 2014 e SILVA; BACHA, 2014) e, se tratando de emergências, deveria ser realizado pelo Corpo de Bombeiros e Exército Brasileiro (AUDAY; SOUZA; PAULA, 2011). Porém, na prática é possível observar a deficiência desses serviços, induzindo a população a buscarem alternativas que nem sempre é favorável para a qualidade dessa locomoção.

Partindo destas questões que permeiam o modo de busca assistencial das populações que habitam lugares mais afastados da região metropolitana de Belém, é possível identificar desafios peculiares para as equipes de saúde que as recebem. Esse cenário, presente no território, remete às dificuldades operacionais para o trabalho, pela indisponibilidade de transporte adequado e falta de equipamentos especializados para manter os padrões fisiológicos do recém-nascido dentro dos parâmetros de normalidade (BRASIL et al., 2016).

2.3 PRINCIPAIS INDICAÇÕES NEONATAIS PARA O TRANSPORTE INTER-HOSPITALAR

Há uma alta incidência de neonatos que necessitam ser transportados em veículos adequadamente equipados, devendo ser acompanhados por uma equipe profissional capacitada, para que tenham melhor chance de sobrevivência, tendo em vista diminuir a morbidade e mortalidade neonatal. Para isso, no Manual de Orientações para o Transporte Neonatal oferecido pelo Ministério da Saúde, são elencadas as principais intercorrências as quais a transferência do recém-nascido para um local especializado é indicado (PIMENTA; ALVES, 2016).

Um grande desafio para os serviços de saúde pública é o nascimento de prematuros, pois é importante influência na morbimortalidade neonatal. A classificação de prematuridade mais indicada é o nascimento antes de 37 semanas de gestação, contadas a partir do primeiro dia do último período menstrual. Sua complexidade está relacionada com os diversos fatores de risco que a desencadeiam, por exemplo, os hábitos de vida, as condições socioeconômicas, os antecedentes ginecológicos e obstétricos, as intercorrências gestacionais e a assistência pré-natal ausente ou inadequada (ALMEIDA et al., 2012).

Além disso, a prematuridade traz consigo diversas consequências para o neonato, uma destas é a Síndrome do Desconforto Respiratório (SDR), caracterizada pela deficiência de trocas gasosas devido à imaturidade pulmonar e deficiência de surfactante (hormônio que impede o colapso dos alvéolos devido à diferença de pressão intra-alveolar). A literatura evidencia que cerca de 60% dos nascidos com idade gestacional menor que 30 semanas irão desenvolver a SDR, assim como, aproximadamente 5% com mais de 37 semanas (PIMENTA; ALVES, 2016).

Anteriormente, o tratamento desta patologia era geralmente baseado no uso de Ventilação Mecânica, entretanto, com o aprofundamento de pesquisas sobre o surfactante exógeno, percebeu-se a sua importante contribuição para a evolução positiva do quadro. Sua utilização causou uma queda significativa de aproximadamente 50% no número de óbitos consequentes ao desconforto respiratório em prematuros (PIMENTA; ALVES, 2016).

É de extrema relevância entender que o cuidado desta patologia deve ser minucioso, pois a taxa de mortalidade principalmente nos países subdesenvolvidos é muito alta. Desta forma, tratamentos como a oxigenoterapia e a ventilação mecânica, por exemplo, devem ser utilizados sem atraso devido à sua necessidade, porém com conhecimentos e com assistência integral devido aos riscos de desenvolvimento de outras síndromes e patologias. Deve-se lembrar de que é importante considerar a contribuição que esses suportes ventilatórios

oferecem na redução dos índices de mortalidade por deficiências respiratórias (PIMENTA; ALVES, 2016).

Outra intercorrência na qual o transporte inter-hospitalar é indicado é a hiperbilirrubinemia, também conhecida como Icterícia. A hiperbilirrubinemia não conjugada é decorrente da excessiva formação de bilirrubina e também porque o fígado neonatal não consegue conjugar e eliminar a bilirrubina rápido o suficiente do sangue. Embora quase sempre benigna, a hiperbilirrubinemia indireta pode, se excessivamente elevada, causar o Kernicterus, uma síndrome neurológica causada pela deposição de bilirrubina nas células cerebrais que surgem quando os níveis de bilirrubina são maiores que 25mg/dl, com evidência de lesão neuronal e sequelas motoras graves, sendo seu diagnóstico e tratamento precoce importante na prevenção de seus agravos (FACCHINI et al., 2007).

As formas de tratamento incluem fototerapia, a exsanguineotransfusão e a utilização de drogas capazes de acelerar o metabolismo e a excreção da bilirrubina. A escolha do tratamento dependerá do nível sérico da bilirrubina, presença de incompatibilidade sanguínea, peso, idade cronológica, comorbidades associadas, tipo de icterícia, idade gestacional e outros. A fototerapia é o tratamento mais utilizado na hiperbilirrubinemia do recém nascido pelo fato de ser um método não invasivo e de alto impacto na diminuição dos níveis de bilirrubinas plasmáticas, não havendo restrições quanto à maturidade do RN, da presença ou não de hemólise ou do grau de pigmentação cutânea (GOMES; TEIXEIRA; BARICHELLO, 2010).

3 METODOLOGIA

3.1 TIPO DE ESTUDO

Para investigar o perfil dos recém-nascidos submetidos ao transporte inter-hospitalar, foi desenvolvido um estudo descritivo, retrospectivo, transversal, documental, com abordagem quantitativa.

A abordagem quantitativa é a descrição objetiva sistemática do conteúdo analisado. Realiza-se com toda a informação numérica obtida através da investigação e que posteriormente será apresentada com o auxílio de quadros, tabelas e medidas que irão traduzir as opiniões e informações que serão classificadas e analisadas por meio de técnicas estatísticas (POLIT; BECK; HUNGLER, 2004, p. 201 apud GERHARDT; SILVEIRA, 2009, p.33). Este tipo de abordagem é comumente utilizado na área de saúde por utilizar diferentes tipos de estudo, como a coleta e análise de dados.

Ainda sobre a abordagem quantitativa:

Quando se tem dados numéricos parece ser uma resposta correta e óbvia, mas há outro aspecto que deve ser considerado. A pesquisa quantitativa só tem sentido quando há um problema muito bem definido e há informação e teoria a respeito do objeto de conhecimento, entendido aqui como o foco da pesquisa e/ou aquilo que se quer estudar. Esclarecendo mais, só se faz pesquisa de natureza quantitativa quando se conhece as qualidades e se tem controle do que se vai pesquisar. (SILVA & SIMON, 2005 apud SILVA; LOPES; BRAGA JÚNIOR, 2014, p.3).

A pesquisa descritiva tem a finalidade de descrever as características de determinada população ou fenômeno, ou o estabelecimento de relações entre variáveis. Inúmeros estudos podem ser classificados sob o título de descritivo, e uma de suas características principais aparece na utilização de técnicas padronizadas de coleta de dados (OLIVEIRA, 2011).

3.2 LOCAL DE ESTUDO

O estudo foi realizado no setor de Arquivo na Gerência de Informação ao Paciente (GIPE), localizada no térreo do prédio centenário da Fundação Santa Casa de Misericórdia do Pará localizada na cidade de Belém/PA, Rua Oliveira Belo, nº 395, com prontuários referente aos RN's atendidos na Neonatologia.

A FSCMPA é um órgão de administração indireta, vinculado à Secretaria de Estado de Saúde Pública que foi certificada como Hospital de Ensino pela Portaria Interministerial

MS/MEC nº 2378 em 2004 (BRASIL, 2004) e efetivado seu processo de Contratualização junto ao SUS por meio da Portaria 2.859/MS, de 2006 (BRASIL, 2006).

Presta assistência à saúde, atuando como hospital geral e de ensino, referência na Atenção Integral à Saúde da Mulher e da Criança, em Média e Alta Complexidade. Na área do Ensino e Pesquisa desenvolve os programas de Residência Médica em Pediatria, Neonatologia, Nefrologia Pediátrica, Ginecologia e Obstetrícia, Clínica Médica, Dermatologia, Cirurgia Geral, Cirurgia Pediátrica e Radiologia. Tem como principais valores: democratização, respeito, ética, transparência, responsabilidade, valorização do ser humano, humanização.

3.3 FONTES DE INFORMAÇÃO

Para média da população de recém-nascidos que anualmente interna na Instituição, utilizando erro amostral de 5% e nível de confiança de 95%, foram avaliados 100 prontuários de recém-nascidos (ambos os sexos) admitidos na FSCMPA advindos de outros municípios do estado do Pará, no ano de 2016. Foi analisada uma amostra de prontuários de neonatos internados na enfermaria UCIA2, localizada no primeiro andar da FSCMPA, pois é nesta ala que são internados os recém-nascidos advindos de outros municípios do estado do Pará.

No qual, utilizou-se os seguintes critérios:

- **Critérios de inclusão:**

- ✓ Foram incluídos todos os prontuários dos recém-nascidos advindos de municípios do estado do Pará, admitidos na FSCMPA e que receberam assistência da equipe multiprofissional da Instituição;

- **Critérios de exclusão:**

- ✓ Serão excluídos os prontuários de municípios da Região Metropolitana de Belém, a exemplo, Benevides, Marituba;
- ✓ Prontuários de Recém-nascidos que mesmo sendo oriundos de municípios fora da Região Metropolitana de Belém, nasceram na FSCMPA.

3.4 COLETA DE DADOS

A coleta de dados ocorreu através da análise de prontuários de recém-nascidos advindos de outros municípios do Pará e admitidos na FSCMPA, no período compreendido de março a abril de 2018.

O referido trabalho foi realizado por intermédio do preenchimento de um instrumento de coleta de dados (APÊNDICE A), a fim analisar o perfil dos recém-nascidos que chegam até a Instituição, e que são oriundos de outros municípios, com objetivo de identificar as principais causas e informações perinatais que levaram a necessidade de sua transferência.

3.5 ANÁLISE DE DADOS

Após a coleta, os dados foram avaliados de maneira quantitativa através da ferramenta de bases estatísticas Excel, tabulados em quadros, tabelas e gráficos e analisados de forma descritiva.

Foram observadas as causas, os acometimentos mais recorrentes, e o município de procedência dos recém-nascidos transportados, no qual houve análise e acréscimo de levantamento bibliográfico sobre o assunto, embasando desta forma os dados obtidos, para consolidação do estudo.

3.6 QUESTÕES ÉTICAS

Essa pesquisa foi submetida ao Comitê de Ética em Pesquisa da Fundação Santa Casa de Misericórdia do Pará e aprovada através do parecer de número 75721517.0.0000.5171, obedecendo aos aspectos éticos e legais que constam da Resolução nº 466/2012, do Conselho Nacional de Saúde, que incorpora, sob a ótica do indivíduo e das coletividades, referenciais da bioética, tais como, autonomia, não maleficência, beneficência, justiça e equidade, dentre outros, e visa a assegurar os direitos e deveres que dizem respeito aos participantes da pesquisa, à comunidade científica e ao Estado (BRASIL, 2012).

Os dados dos prontuários foram assegurados e mantidos em anonimato através da codificação em siglas “P”, inicial de “Prontuário”, seguida de numeração sequenciada (a exemplo, P1, P2, P3 e, etc...), para que deste modo, os dados dos pacientes sejam preservados obedecendo aos aspectos éticos e legais que constam na resolução nº466/2012, do Conselho Nacional de Saúde, de forma que ao final da pesquisa, as fichas de coleta de dados foram arquivadas.

4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

O presente estudo analisou o perfil materno e neonatal de pacientes provenientes do transporte inter-hospitalar, admitidos na Fundação Santa Casa de Misericórdia do Pará (FSCMPA).

Com a organização e análise dos dados encontrados na pesquisa, foram identificadas categorias que deram sentido ao estudo, haja vista que ajudaram a caracterizar o perfil epidemiológico dos RN's analisados na pesquisa. Para melhor visualização e compreensão dos resultados, essas categorias de análise foram agrupadas em: quatro (4) categorias, compondo oito tabelas de dados e seis gráficos: as três primeiras tabelas referem-se ao perfil epidemiológico materno e as demais compõem as características dos recém-nascidos. Os gráficos, por sua vez, foram confeccionados de acordo com a distribuição sequencial das tabelas.

4.1. CATEGORIA DE ANÁLISE 1 – PERFIL EPIDEMIOLÓGICO MATERNO

4.1.1 Idade materna

Os registros sobre a idade materna foram distribuídos em três grupos: na qual a idade predominante foi entre 25 a 34 anos com 34%, seguidos pela faixa etária de 19 a 24 anos com 25%, 15 a 18 anos com 18% e, maior que 34 anos com apenas 4%. Sendo que a idade máxima foi de 39 anos e a idade mínima foi de 15 anos. A média de idade das mães foi de 24 anos.

Tabela 1– Perfil etário materno

VARIÁVEIS	n	%	MÁXIMO	MÍNIMO	MÉDIA
FAIXA ETÁRIA			39	15	24
15 a 18 anos	18	18			
19 a 24 anos	25	25			
25 a 34 anos	34	34			
Maior que 34 anos	4	4			
Não informado	19	19			
Total	100	100			

Fonte: Protocolo de pesquisa.

Os dados analisados neste estudo apontam para um perfil de gestantes jovens adultas, com predominância daquelas com idade entre 25 a 34 anos (34%), mas com percentual significativo de mulheres adolescentes (15 a 19 anos), totalizando 21 genitoras (21% da

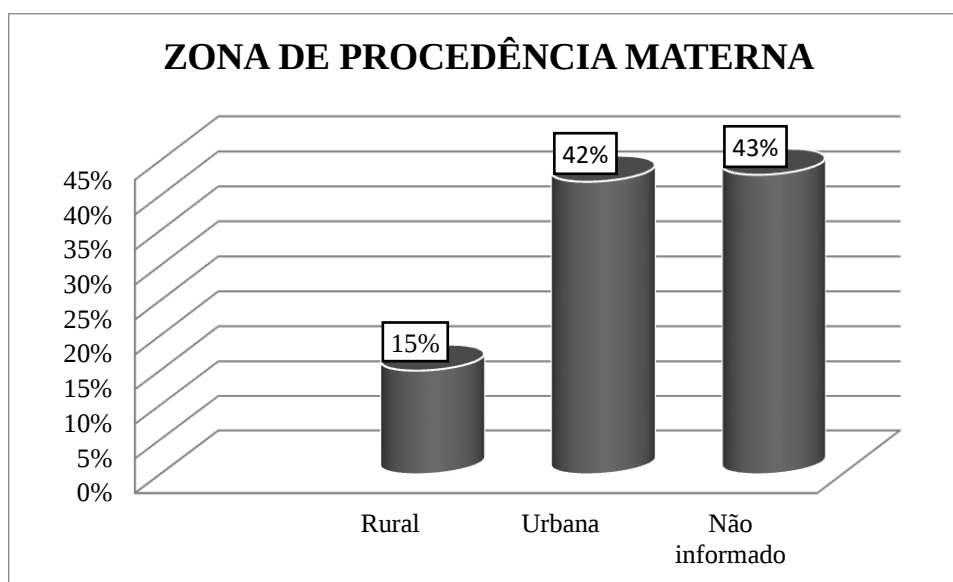
amostra). No Brasil, em 2011, foram computados mais de 560 mil nascimentos cujas mães eram adolescentes (até 19 anos), correspondendo a 20% do total de nascimentos no país (OLIVEIRA et al., 2017), assemelhando-se ao achados da pesquisa.

Além disso, algumas literaturas sugerem que adolescentes e mulheres com 35 anos ou mais geralmente estão suscetíveis a resultados perinatais adversos. Entre as mulheres de 15 a 19 anos, a chance de ocorrência de problemas decorrentes da gravidez ou do parto é duas vezes maior do que entre as maiores de 20 anos (GRAVENA et al., 2013).

4.1.2 Procedência materna

Quanto à localização da moradia, 15% das genitoras residem em zona rural e 42% residem em zona urbana. Percentuais estes que podem estar associados à questão do acesso aos serviços de saúde, uma vez que, considerando-se a estrutura de atendimento, localização e qualificação dos serviços torna-se evidente a necessidade da utilização do transporte inter-hospitalar na busca de assistência qualificada para solucionar as possíveis complicações surgidas.

Gráfico 1- Zona de Procedência das mães (2016).

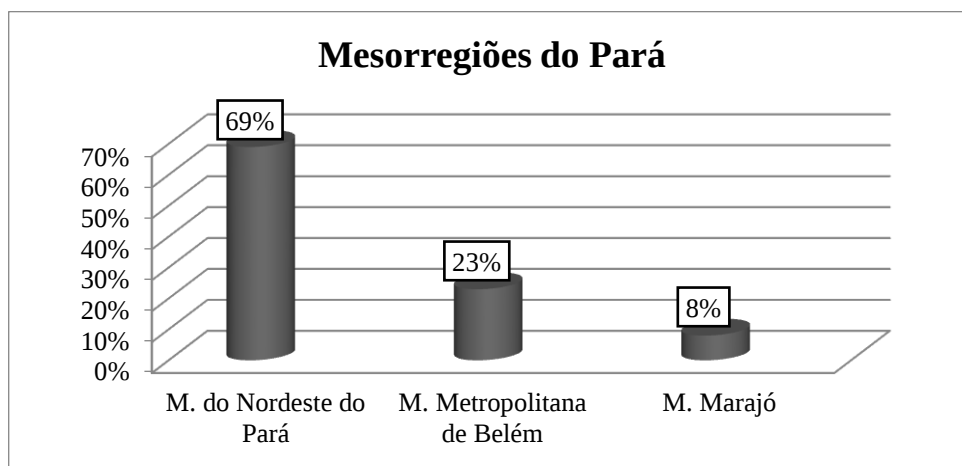


Fonte: Protocolo de pesquisa.

Para esta análise, o Gráfico 2 mostra que 69% das mães são procedentes da Mesorregião do Nordeste Paraense (Abaetetuba, Acará, Aurora do Pará, Baião, Cachoeira do Piriá, Cametá, Capanema, Capitão Poço, Concórdia do Pará, Curuçá, Igarapé-Açú, Igarapé-miri, Ipixuna do Pará, Limoeiro do Ajurú, Mãe do Rio, Maracanã, Mocajuba, Moju, São

Miguel do Guamá, Tailândia), sendo Igarapé-miri o município de maior demanda, com 11 recém-nascidos transferidos; 23% da Mesorregião Metropolitana de Belém (Barcarena, Bujaru, Castanhal), destacando Barcarena com 14 recém-nascidos transferidos; seguidos da Mesorregião do Marajó com 8% do total das mães (Anajás, Curralinho, Gurupá), na qual Curralinho apresenta maior frequência dentre estes municípios, com 5 recém-nascidos transferidos.

Gráfico 2 – Região de Procedência Materna (2016).



Fonte: Protocolo de pesquisa.

4.2 CATEGORIA DE ANÁLISE 2 – PERFIL OBSTÉTRICO MATERNO

Analisar os fatores maternos de uma gravidez faz-se essencial para a adoção de práticas de saúde na melhora da assistência prestada à população. Ressalta-se que conhecer o perfil da gestante facilita a realização de ações eficazes no manejo das possíveis complicações que podem decorrer de uma gestação de risco, ou mesmo da falta de assistência multiprofissional durante o pré-natal (OLIVEIRA et al., 2017).

4.2.1 Pré-natal

Em relação ao número de consultas de acompanhamento pré-natal, a pesquisa demonstrou que 41% das genitoras realizaram o pré-natal completo, sendo o número de consultas maior ou igual a seis, 24% realizaram pré-natal de maneira incompleta, com número de consultas abaixo de seis, e 4% não realizaram nenhuma consulta. Sabe-se que o pré-natal continua sendo um instrumento importante para o acompanhamento gestacional, porém se realizado com eficácia e iniciado pelo menos no primeiro trimestre de gravidez.

Tabela 2 – Realização do Pré-natal

PRÉ-NATAL	n	%
Completo	41	41
Incompleto	24	24
Não Realizado	4	4
Não Informado	31	31
Total	100	100

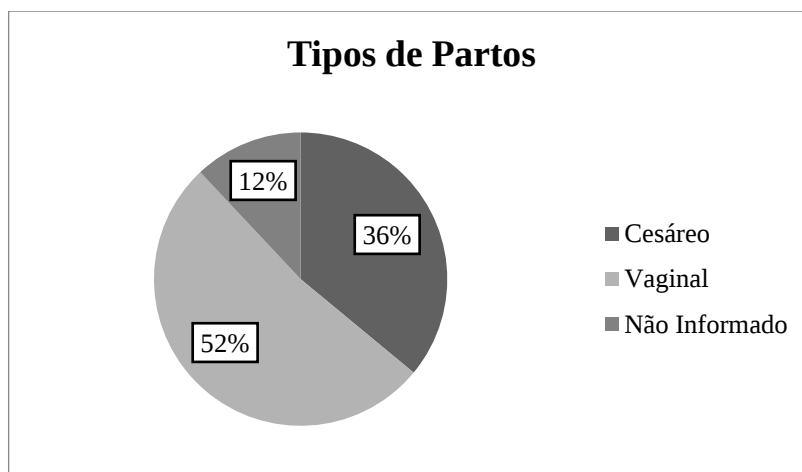
Fonte: Protocolo de pesquisa.

Os benefícios da realização do acompanhamento pré-natal têm ampla discussão no meio científico, com a redução da mortalidade materna e infantil sendo o principal. A privação desse cuidado pode causar gestações prematuras, retardo do crescimento intrauterino, baixo peso ao nascer e óbitos maternos e infantis por afecções no período peri e pós-natal (ROSA; SILVEIRA; COSTA, 2014).

Em uma gestante que não tenha sido detectado fatores de risco na primeira consulta do pré-natal são estabelecidos no mínimo seis consultas realizadas pelo médico ou enfermeira. Entretanto, a ausência de cuidados pré-natais está associada a um aumento do risco de baixo peso ao nascer, partos prematuros e mortalidade materna e infantil (RAMOS; CUMAN, 2009).

4.2.2 Tipo de parto

No gráfico 3, pode-se observar que 52% das gestantes realizaram parto vaginal, enquanto 36% realizaram parto cesáreo. O parto normal tem início de forma espontânea e o nascimento ocorre por via vaginal, é um processo que respeita o momento certo de nascimento da criança e acontece da forma mais natural possível. Neste tipo de parto o profissional de saúde envolvido interfere o menos possível, a não ser em casos de complicações, suas vantagens para a mãe incluem favorecer uma recuperação mais rápida e sem dores após o parto, a formação de um vínculo afetivo entre o binômio mãe-filho, além da mulher não necessitar se submeter a procedimentos desnecessários. Enquanto para o recém-nascido, apresenta vantagens como acelerar a maturidade pulmonar e prevenir problemas respiratórios, e fortalecer o sistema imunológico (UNICEF, 2017; BISCESKI et al., 2012).

Gráfico 3 – Tipos de partos

Fonte: Protocolo de pesquisa.

Em contrapartida, a cesariana é uma intervenção cirúrgica realizada para retirar o feto quando há algum fator que coloca em risco a saúde da mulher, do bebê ou de ambos. No entanto, ela traz consequências, como dor mais intensa no pós-parto e maior risco de infecção, maior risco de hemorragia e necessidade de transfusão de sangue, maior tempo de separação entre mãe e bebê logo após o nascimento, maior tempo de internação hospitalar e, além disso, quando o recém-nascido não passa pelo trabalho de parto e pelo canal vaginal, ele não tem acesso aos benefícios do parto normal, o que pode acarretar um maior número de internação neonatal (UNICEF, 2017; BISCESKI et al., 2012).

4.2.3 Intercorrências

De acordo com o gráfico 4 acima, pode-se observar que 45% das genitoras apresentaram intercorrências durante a gestação, enquanto 36% não apresentaram. A alta prevalência de intercorrências na gestação é um achado importante neste estudo. Algumas intercorrências e agravos na gravidez são de certa forma, esperados, uma vez que, no período gestacional, podem ocorrer desequilíbrios das funções metabólicas, circulatórias, neurológicas e renais, já que o equilíbrio fisiológico do organismo da mulher é bastante alterado (BISCESKI et al., 2012).

Gráfico 4 – Intercorrências na gestação

Fonte: Protocolo de pesquisa.

Segundo Costa et al. (2014), os RN's das genitoras que passam por intercorrências durante a gestação, são mais suscetível a apresentação de alterações, inclusive sérios distúrbios acidobásicos. As variadas patologias que acometem a gestante alertam a necessidade de sua hospitalização com o propósito de garantir a vigilância materno-fetal e o respectivo bem-estar, reduzindo assim, as possíveis consequências perinatais.

O acompanhamento pré-natal não compreende apenas os procedimentos clínicos, deve abranger também os educativos, pois estes orientam a mulher sobre a evolução da gestação, pois orientações sobre intercorrências no pré-natal são extremamente importantes, visto que se irá repercutir em cuidados a esse grupo de gestantes no que se refere ao tratamento e também na identificação dos agravos de sua condição de saúde e/ou do feto, podendo influenciar também na diminuição de internações neonatais no ambiente hospitalar (CALEGARI; GOUVEIA; GONÇALVES, 2016).

Tabela 3 – Distribuição de mulheres segundo o número de Intercorrência(s) na gestação

NÚMERO DE INTERCORRÊNCIAS	N	%
Nenhuma	19	19
Não informado	45	45
Uma Intercorrência	27	27
Duas intercorrências	7	7
Três intercorrências	2	2
Total	100	100
INCIDÊNCIA DAS INTERCORRÊNCIAS		
Infecção do trato urinário	23	23
Leucorréia	7	7
Síndromes Hipertensivas	5	5
Sangramento durante a gestação	4	4
HIV positivo	2	2
Sífilis com VDRL positivo	2	2
Rubeola	1	1
Oligoamnio	1	1
Hemorragia pós-parto	1	1

Fonte: Protocolo de pesquisa.

Dentre as intercorrências mais frequentes observa-se a infecção do trato urinário com 23% das gestantes em análise. Segundo Ramos et al., (2016) as gestantes são consideradas um grupo de risco para o desenvolvimento de infecção do trato urinário (ITU), devido as varias transformações anatômicas e fisiológicas que ocorrem no sistema urinário durante a gestação. Essas condições podem levar a intercorrências maternas e perinatais graves. Entre as complicações, destacam-se o trabalho de parto prematuro, ruptura prematura de membranas amnióticas, restrição de crescimento intra-útero, recém-nascidos de baixo peso e óbito perinatal.

A segunda intercorrência mais frequente foi a leucorréia com 7% dos casos, patologia está caracterizada como um corrimento mucoso esbranquiçado ou amarelado, de origem vulvovaginal. As infecções vaginais em gestantes, dentre elas, a vaginose bacteriana, cujo principal agente etiológico, a *Gardnerella vaginalis*, causa sintomas como corrimento vaginal tipicamente leitoso. É válido ressaltar, que as Infecções precisam ser tratadas de maneira adequada, para se evitar agravos perinatais, destacando-se a necessidade da adoção de estratégias efetivas de detecção precoce, associadas a reforços nas medidas de prevenção e tratamento das mulheres e do parceiro (LIMA et al., 2013).

4.3 CATEGORIA DE ANÁLISE 3 - PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DOS RECÉM-NASCIDOS

4.3.1 Variáveis perinatais

Para a discussão do perfil epidemiológico neonatal, destaca-se que durante a coleta de dados algumas das dificuldades encontradas foi a escassez de informações referentes aos RN's, registros estes, essenciais para um diagnóstico clínico mais exato. A falta de anotações sobre os sinais vitais durante o transporte do neonato e no momento de sua admissão é um eixo de principal alerta desta pesquisa, seja pela falta de padronização das evoluções ou mesmo anotações com parâmetros fora do padrão de normalidade. Dificuldades que infelizmente, podem levar ao comprometimento da análise do prontuário deste recém-nascido.

Diante da tabela 4, em relação à idade gestacional dos recém-nascidos evidenciou-se 24% entre 35 a 37 semanas, 24% acima de 37 semanas e 52% dos prontuários analisados não haviam registros dessa informação, falta de dados estes que interferiram na análise da pesquisa.

Tabela 4 – Perfil Epidemiológico dos recém-nascidos: idade gestacional, peso e Apgar.

VARIÁVEIS	N	%	MÁXIMO	MÍNIMO	MÉDIA
IDADE GESTACIONAL (semanas)			41 sem	35 sem	37,6 sem
35 a 37 sem	24	24			
Acima de 37 sem	24	24			
Não informados	52	52			
Total	100	100			
PESO NASCIMENTO (g)			4800g	1650g	2996,4g
1500 a 2000g	2	2			
> 2000 a 3000g	44	44			
> 3000 a 4000g	47	47			
> 4000g	3	3			
Não informados	4	4			
Total	100	100			
APGAR 1'					
< 6	6	6	10	0	7
6 a 7	12	12			
8 a 9	45	45			
10	2	2			
Ignorado	35	35			
Total	100	100			
APGAR 5'					
< 6	2	2	10	2	8
6 a 7	4	4			
8 a 9	44	44			
> 9	14	14			
Ignorado	36	36			
Total	100	100			

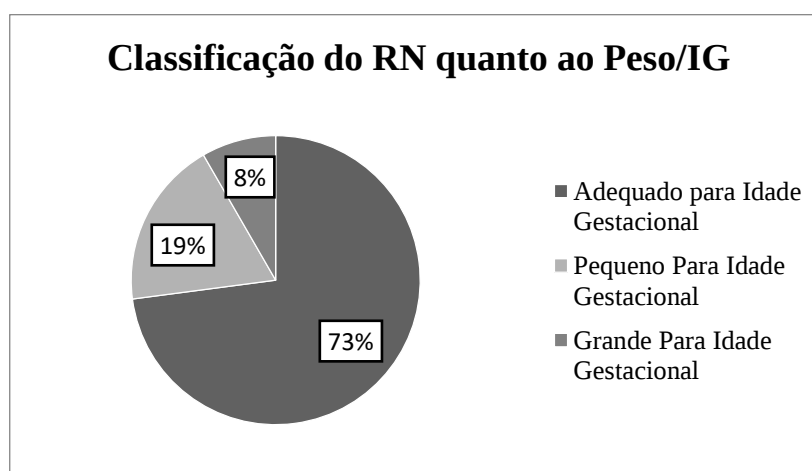
Fonte: Protocolo de pesquisa.

Os dados referentes ao índice de Apgar no primeiro minuto de vida, apresentados na Tabela 4, indicam que 45% dos recém-nascidos apresentaram índice de Apgar entre 8 e 9 pontos. Aqueles que nasceram com depressão respiratória (índice de Apgar menor que 7) representam 18% dos nascidos e 35% foram considerados ignorados, os outros 2% foram classificados de maneira errônea como 10 pontos. Em relação ao índice de Apgar aos cinco minutos, notou-se que a depressão respiratória (índice de Apgar de 1 a 7) atingiu 6% dos recém-nascidos, enquanto 58% teve índice de Apgar ideal (entre 8 e 10), e 36% foi Apgar ignorado devido na consulta ao prontuário o mesmo não estar preenchido, considerando-se estar ignorado.

Os valores referentes ao Apgar apresentou uma média de 7 pontos no primeiro minuto e 8 no quinto minuto. A máxima foi de 9, desconsiderando o valor não existente de 10 e a mínima foi de 3 pontos no primeiro minuto, desconsiderando o valor não existente de 0 coletado do prontuário, e já no quinto minuto foram, respectivamente, 10 e 2 pontos.

Na tabela 4, têm-se a variável do peso ao nascer dos recém-nascidos, que nesse estudo 2% nasceram entre 1.500 a 2.000g, 44% maior que 2.000 e até 3.000g, 47% maior que 3.000g e até 4.000g e apenas 3% nasceram com o peso maior que 4.000g. A partir disso, no gráfico 5 foi realizado uma análise de relação entre peso ao nascer e idade gestacional, de acordo com a Curva de Battaglia e Lubchenco, na qual foi visto que 72,9% dos bebês eram Adequados para Idade Gestacional (AIG), 18,75% deles eram Pequenos para Idade Gestacional (PIG) e 8,33% classificados como Grande Para Idade Gestacional (GIG).

Gráfico 5 – Classificação do RN quanto ao Peso/IG (Curva de Battaglia e Lubchenco)



Fonte: Protocolo de pesquisa.

O peso abaixo do percentil 10 para a idade gestacional é considerado anormal, caracterizando Restrição do Crescimento Intrauterino. O peso inferior a 2.500g, mesmo

quando adequado para idade gestacional também é considerado fator de risco para complicações neonatais. Quando o nascimento se dá com um peso acima do percentil 90 para idade gestacional, é considerado GIG e caso pese mais de 4.000g, é dito um feto macrossômico.

O parâmetro do peso ao nascer, é utilizado para avaliar as condições de saúde do RN, podendo alertar os profissionais de saúde sobre seu risco de morbimortalidade, pois tem influência direta no crescimento e desenvolvimento da criança. Assim, é importante que curvas apropriadas sejam utilizadas para a determinação do crescimento fetal adequado, pois seus desvios estão relacionados com o aumento de agravos perinatais e devem ser avaliados precocemente (TOURINHO; REIS, 2013).

4.3.2 Medidas antropométricas

As medidas antropométricas, como o comprimento, o perímetro cefálico e o perímetro torácico, no momento do nascimento, são parâmetros clínicos essenciais para a avaliação do crescimento e do estado de nutrição intrauterino do RN, o que evidencia a total importância dos registros desses valores no prontuário da criança (CAMARGO et al, 2014). Entretanto, deve-se ressaltar que na coleta de dados observou-se o pouco cuidado dos profissionais no preenchimento desses dados, evidenciado pela alta porcentagem de prontuários sem estas informações.

A tabela 5 informa sobre as medidas antropométricas dos recém-nascidos, em análise do perímetro cefálico (PC) foram encontrados 5% dos neonatos com o PC menor que 31,5 cm, 14% entre 31,6 a 34,8 cm, 13% maior que 34,9 cm e 68% não foram evoluídos no prontuário. O perímetro cefálico é informação indispensável, no RN a termo varia de 33 a 37cm (BRASIL, 2011), ressaltando que para a Organização Mundial de Saúde, os novos parâmetros para identificação de microcefalia são: para menino, PC igual ou inferior a 31,9 cm e, para menina, igual ou inferior a 31,5 em recém-nascidos a termo (FIOCRUZ, 2016).

Tabela 5 – Perfil Epidemiológico dos recém-nascidos: variáveis antropométricas, sexo, perímetro cefálico, perímetro torácico e estatura.

VARIÁVEIS	N	%	MÁXIMO	MÍNIMO	MÉDIA
PERÍMETRO CEFÁLICO (PC)			45 cm	31 cm	35,4 cm
Menor que 31,5 cm	5	5			
31,6 a 34,8 cm	14	14			
Maior que 34,9 cm	13	13			
Não informado	68	68			
Total	100	100			
PERÍMETRO TORÁCICO (PT)			50 cm	28 cm	33,7 cm
28 a 35 cm	10	10			
Acima de 35 cm	5	5			
Não informado	85	85			
Total	100	100			
ESTATURA			57 cm	39 cm	46,8 cm
Menor que 48 cm	11	11			
48 a 52 cm	24	24			
Maior que 52 cm	1	1			
Não informado	64	64			
Total	100	100			
SEXO					
Masculino	55	55			
Feminino	42	42			
Não informado	3	3			
Total	100	100			

Fonte: Protocolo de Pesquisa.

Em casos de prematuridade, a mudança ocorreu na curva de referência para definição de caso suspeito de microcefalia, agora utilizada a curva de InterGrowth (FIOCRUZ, 2016). Desta forma, analisando-se os dados da pesquisa foi possível observar que, seguindo a referencia do Ministério da Saúde, 19 neonatos estão dentro da faixa de normalidade (33 a 37 cm), enquanto 5 neonatos poderiam ser considerados casos suspeitos a microcefalia.

No perímetro torácico (PT) 10% dos recém-nascidos ficaram entre 28 a 35 cm, 5% acima de 35 cm de PT e 85% dos prontuários que entraram pra análise não havia essa informação. No RN a termo seu perímetro é cerca de 2 cm menor que o cefálico. É necessário também observar casos de assimetria, pois podem estar associados à malformação cardíaca, pulmonar, da coluna e do arcabouço costal (BRASIL, 2011).

Sobre a variável de estatura do neonato logo após o nascimento, observou-se que 11% foram menores 48 cm de comprimento, 24% tiveram de 48 a 52 cm, 1% acima de 52 cm e

64% dos prontuários sem registros dessa informação. Esta variável não é considerada um bom indicador de saúde, pois o aumento longitudinal do esqueleto pode se dar mesmo em presença de carências nutricionais (SOUZA, 2014).

Ainda na tabela 5 observa-se que 55% dos recém-nascidos eram do sexo masculino, 42% do sexo feminino e 3% não constavam nos prontuários por causas indefinidas. O estudo mostra predomínio de nascimentos do sexo masculino em relação ao feminino na presente investigação. Resultados semelhantes foram encontrados nos artigos que serviram para embasamento científico desta pesquisa. É válido ressaltar que no sexo feminino o fator protetor é atribuído ao amadurecimento mais rápido do pulmão, já nos recém-nascidos do sexo masculino o amadurecimento pulmonar é mais lento durante o crescimento fetal, originando uma maior fragilidade. Nesse sentido, um olhar mais crítico ao gênero masculino é necessário, devido à sua debilidade adquirida já na concepção, precisando de programas sensório-motores que evitem padrões anormais no seu desenvolvimento (SOUZA; CAMPOS, 2013).

4.4. CATEGORIA DE ANÁLISE 4- PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DA INTERNAÇÃO NEONATAL.

4.4.1 Condições de admissão do recém-nascido.

De acordo com a Tabela 6, o índice de internações no primeiro dia de vida até o sétimo que aborda o período perinatal foi altíssimo, contemplando a porcentagem de 63%, seguidos da porcentagem de 15% referente aos recém-nascidos que precisaram de internação de 8 até 14 dias do nascimento, abrangendo a fase do período perinatal precoce, e 22% de internação em recém-nascido de 15 até 28 dias de vida, referente ao período perinatal tardio.

Tabela 6 – Perfil Epidemiológico de admissão dos recém-nascidos: dias de vida na internação, acompanhante e transporte inter-hospitalar.

VARIÁVEIS	N	%	MÁXIMO	MÍNIMO	MÉDIA
DIAS DE VIDA NA INTERNAÇÃO			28 dias	0 dia	7 dias
0 a 7 dias	63	63			
8 a 14 dias	15	15			
15 a 28 dias	22	22			
Total	100	100			
ACOMPANHANTE					
Informado	27	27			
Não informado	73	73			
Total	100	100			
TRANSPORTE					
Informado	10	10			
Não informado	90	90			
Total	100	100			

Fonte: Protocolo de Pesquisa.

Em algumas literaturas, autores afirmam que de todos os óbitos neonatais no Brasil, 3/4 ocorrem nos primeiros dias de vida, ressaltando que neste período existe um maior risco de morte. A taxa de mortalidade neonatal no Brasil, ainda é elevada, cerca de dez vezes maior do que a do Japão, por exemplo. Esse elevado número de óbitos na primeira semana de vida tem relação com a assistência prestada à gestante e ao recém-nascido durante os períodos pré-parto, intraparto, pós-parto e na maneira que ocorre o transporte inter-hospitalar desse binômio quando necessário. O que sugere o estado de alerta para ações que possam melhorar a assistência prestada a esses pacientes (CASTRO; LEITE; GUINSBURG, 2016).

Ainda na tabela 6, as variáveis de acompanhante e transporte nos remetem a um fator de bastante problemática e, conseqüentemente, de possíveis falhas na assistência. Em meios aos prontuários analisados 73% não havia o registro do acompanhante e 90% dos prontuários não constavam as condições do transporte que esse recém-nascido veio conduzido, muito menos dos seus parâmetros vitais de admissão, dados essenciais para a avaliação clínica e planejamento dos cuidados a serem adotado. Além disso, tais informações podem futuramente ser utilizadas para um possível levantamento de dados para a instituição, em se tratando da importância de se conhecer o perfil dos neonatos advindos de outros municípios.

Nota-se que a falta do preenchimento adequado dos dados como o histórico desse paciente até a sua chegada ao atendimento de maior complexidade e o não registro dos

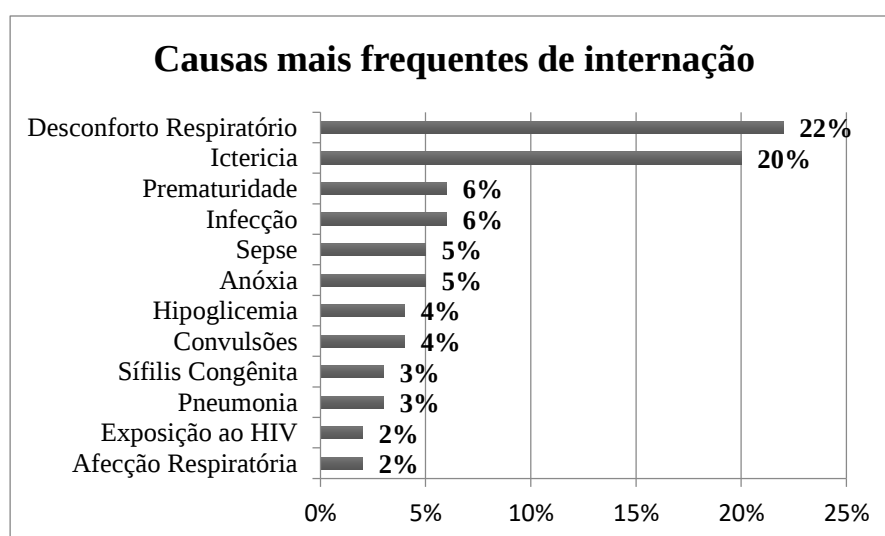
parâmetros vitais durante o transporte inter-hospitalar, são fatores que prejudicam o entendimento das ocorrências que o recém-nascido teve, pois não há informações necessárias para conclusão do quadro clínico do neonato, o que pode gerar comprometimento da assistência qualificada.

4.4.2 Causas da internação

Dentre as causas de internação mais frequentes destacam-se o Desconforto Respiratório, caracterizado pela deficiência das trocas gasosas devido à imaturidade pulmonar do neonato, além da deficiência de surfactante (hormônio essencial ao combate do colapso dos alvéolos devido à diferença de pressão intra-alveolar). Este agravo pode estar relacionado com a idade gestacional, sendo 60% dos casos em nascidos com menos de 30 semanas e 5% dos casos, com mais de 37 semanas (NASCIMENTO JUNIOR et al, 2014). A mortalidade associada a esta patologia revela a importância em se trata-la adequadamente.

Outra causa frequente foi a Icterícia que é definida como uma coloração amarelada na pele e nas escleróticas. É uma das patologias mais frequentes do recém-nascido. A maioria dos neonatos apresentam valores de bilirrubina em circulação superior a 1 mg/dl (17 micromol/L). Quando este valor atinge 5 mg/dl torna-se visível nas escleróticas e pele. Na primeira semana de vida cerca de 60% dos RN a termo ficam ictéricos e nos pré-termos pode chegar aos 80%. Diante desta patologia o tratamento deve-se iniciar o mais rápido possível para se prevenir a neurotoxicidade da bilirrubina, prevenindo de mais agravos (SILVA, 2011).

Gráfico 6 – Causas mais frequentes de internação de recém-nascidos na FSCMPA, 2016.



Fonte: Protocolo de pesquisa.

4.4.3 Intercorrências clínicas na internação

A indicação da antibioticoterapia é fundamental para minimizar o risco de indução de resistência bacteriana e o surgimento de espécies multirresistentes, bem como para diminuir a ocorrência de eventos adversos associados ao uso de drogas medicamentosas. No estudo evidenciou-se que 68% dos recém-nascidos internados necessitaram desse tipo de terapia e apenas 4% apresentaram sepse neonatal responsável por uma alta taxa de mortalidade, atingindo altas porcentagens em infecções por bactérias gram-negativas multirresistentes, o que desencadeia muitas vezes um número exagerado de exames laboratoriais, suspeitas diagnósticas não fundamentadas e a realização de tratamentos muitas vezes desnecessários, aumentando desta maneira o tempo de internação e consequentemente o gasto público. Por outro lado, é essencial que os esforços sejam máximos para que a prevenção de resistência antimicrobiana não comprometa o tratamento efetivo do recém-nascido (CALIL; CALDAS, 2012).

Tabela 7 – Perfil Epidemiológico de internação dos recém-nascidos: situações da internação.

VARIÁVEIS DE INTERCORRÊNCIAS CLÍNICAS	N	%
Antibioticoterapia	68	68
Oxigenoterapia	33	33
Distúrbios metabólicos-glicêmicos	16	16
Patologia congênita	14	14
Ventilação Mecânica	7	7
Intervenção cirúrgica	6	6
Patologia respiratória	5	5
Sepse	4	4
Exsanguíneotransusão	4	4

Fonte: Protocolo de Pesquisa.

Foram encontrados 16% dos recém-nascidos com distúrbios metabólicos-glicêmicos, distúrbios esses comuns em recém-nascidos com peso muito baixo ao nascimento, nos pequenos para a idade gestacional, aqueles com insuficiência placentária e os que sofreram asfixia perinatal. A glicólise anaeróbica consome o glicogênio armazenado desses recém-nascidos, e a hipoglicemia pode aparecer a qualquer momento nas primeiras poucas horas ou dias. Portanto, o fornecimento mantido de glicose exógena é importante para prevenir a hipoglicemia (FALCÃO; RAMOS, 2015).

Um alto percentual dos recém-nascidos (33%) necessitaram de oxigenoterapia, fator esse preponderante já que a necessidade mais crítica do bebê é o estabelecimento da atividade

respiratória adequada, com uma troca eficiente de gases, sendo essa atividade fundamental para a sobrevivência e a manutenção da integridade biofisiológica do mesmo.

Em relação à ventilação mecânica 7% dos recém-nascidos precisaram desse procedimento, cujo principal objetivo é aperfeiçoar as trocas gasosas usando o mínimo possível de FiO₂ (fração inspirada de oxigênio) e de pressão. A adoção das estratégias respiratórias deve, portanto, deve ser baseada em princípios fisiológicos que, além das trocas gasosas, valorizem outros fatores, tais como mecanismos pulmonares e controle da respiração. Porém, apesar de ser um suporte essencial para a sobrevivência, seu uso está associado a riscos e complicações, o torna necessário o aumento dos cuidados prestados a esses recém-nascidos (MOREIRA; LOPES, 2004).

Em relação a variável de patologias congênitas, 14% dos recém-nascidos apresentaram algum tipo, entre elas: Síndrome de Down e incompatibilidade sanguínea. As patologias congênitas associam-se a raros agravos infantis, principalmente no período neonatal, tornando-se importante o seu diagnóstico precoce para o planejamento e a organização da estrutura dos serviços de saúde especializados que melhor atendam esse perfil de população, atuando assim, na melhora da qualidade de vida e dos índices de sobrevida desse bebê (COSME; LIMA; BARBOSA, 2017).

Na variável de intervenções cirúrgicas, 16% dos neonatos necessitaram de algum procedimento cirúrgico durante o seu período na internação hospitalar. Sabemos que especificamente em recém-nascidos há diversos fatores de risco que podem ocasionar algum agravo em sua saúde, desta forma, é necessário enfatizar a importância de uma equipe altamente especializada, contando com um serviço de transporte neonatal de emergência caso seja necessário, dando todo o aporte fundamental para minimizar os agravos a estes pacientes (CATRÉ et al., 2013).

Através da tabela 7, destaca-se também que 4% (quatro recém-nascidos) passaram pelo procedimento de Exsanguíneotransfusão (EXT), esta que foi a primeira terapia de sucesso indicada para tratar a icterícia neonatal grave. Ao longo dos anos a utilização desse procedimento foi diminuindo com o advento de novas práticas na profilaxia da aloimunização Rh, por exemplo, a introdução da imunoglobulina específica anti-Rh(D), as transfusões intrauterinas, o acompanhamento pré-natal, o advento das fototerapias de alta intensidade e o uso da imunoglobulina humana inespecífica, técnicas estas que contribuíram para diminuir a indicação de EXT (SÁ et al., 2009).

Entretanto, mesmo conhecendo os benefícios da EXT no tratamento da doença hemolítica Rh, os seus riscos permanecem altos, sendo que as taxas de mortalidade relacionadas ao procedimento apresentam-se em torno de 2% na literatura. Em um estudo de coorte realizado com coleta de dados retrospectiva em recém-nascidos admitidos na Unidade Neonatal do Instituto Fernandes Figueira e submetidos à EXT com o diagnóstico de doença hemolítica perinatal por anticorpos anti-Rh(D) entre os anos de 1997 a 2007, dos 143 neonatos submetidos à EXT, 47 (33%) apresentaram eventos adversos, incluindo um óbito. Assim, conclui-se que mesmo sendo uma prática ainda comum na terapia dos casos de hiperbilirrubinemia grave, há risco elevado para agravos, sendo imprescindível avaliar a condição clínica de cada paciente, considerando seus riscos e benefícios, e sua realização precisará de equipes especializadas em identificar e tratar possíveis eventos adversos (SÁ et al., 2009).

4.4.4 Tempo de Internação

Em análise, o tempo de internação dos recém-nascidos na instituição, incluiu-se o tempo de permanência na UCI A2 (Unidade de cuidados intensivos), enfermaria a qual eram admitidas crianças advindas de outros municípios do estado do Pará. Verificou-se que 41% dos RN's ficaram internados até 7 dias, 46% ficaram internados de 8 a 15 dias, 9% ficaram de 16 a 30 dias e 1% ficou mais que 30 dias internado. Ressalta-se ainda que 3% dos prontuários em análise, não havia concordância no dia da alta, o que impossibilitava o cálculo do tempo de internação.

Tabela 8 – Perfil Epidemiológico de internação dos recém-nascidos: tempo de internação.

VARIÁVEIS	N	%	MÁXIMO	MÍNIMO	MÉDIA
TEMPO DE INTERNAÇÃO			37	1	9 dias
1 a 7 dias	41	41			
8 a 15 dias	46	46			
16 a 30 dias	9	9			
Acima de 30 dias	1	1			
Não informado	3	3			
Total	100	100			

Fonte: Protocolo de Pesquisa.

A Unidade de Cuidados Intermediários Neonatal (UCIN) é um local onde se presta assistência altamente especializada, tanto no que tange à sua clientela, em sua maioria recém-nascidos prematuros, quanto à gravidade das afecções que os ocorrem, gerando uma gama de procedimentos complexos (CURAN, et al., 2015).

No entanto, é preciso cercar os RNs de cuidados e boas práticas clínicas, que se completam com a adoção de equipamentos de alta tecnologia para garantir a eficácia da assistência prestada, tendo dessa maneira a redução do tempo de internação desse bebê. Essa cronometragem é um indicador clássico importante no desempenho do hospital, em que se tratando de infecção hospitalar o risco se torna devidamente aumentado quando o tempo de permanência no hospital é acima de sete (7) dias (BRASIL, 2013).

5 CONCLUSÃO

Através desta pesquisa, identificou-se o perfil dos recém-nascidos que necessitaram ser transportados de outras instituições, seu local de origem e variáveis específicas destes neonatos, informações que contribuíram para dimensionar os fatores que levam este recém-nascido a sair do seu local de nascimento, assim como, a maneira na qual este recém-nascido foi transportado, fator que contribui para a sua sobrevivência. A Mesorregião Nordeste Paraense destacou-se como local de origem de 69% dos recém-nascidos do estudo, sendo o município Igarapé-miri com maior frequência.

Entre as intercorrências obstétricas destacou-se a infecção do trato urinário, que é um fator frequentemente associado como risco ao neonato. Na identificação das causas do transporte, o desconforto respiratório e a icterícia foram os motivos mais frequentes de internação, ao analisar essas variáveis em conjunto com a procedência materna, conclui-se que com a falta de estrutura assistencial nos municípios de origem desses neonatos, torna-se constante a busca por atendimento mais complexo através do transporte inter-hospitalar, principalmente para estas duas maiores causas de internação.

Foi possível identificar que a maioria dos recém-nascidos não foram transportados seguindo as orientações do Ministério da Saúde, pois não haviam registros de como foi realizado essa transferência, de que forma esse neonato foi conduzido, se ocorreu acompanhamento profissional, se continha suporte técnico para estabilização dos parâmetros vitais durante o deslocamento, algo primordial na eficácia dessa condução. É válido ressaltar que nos cem (100) prontuários consultados, apenas dois (2) prontuários apresentavam as informações necessárias sobre transferência realizada.

Percebeu-se a falta de padronização dos registros de admissão pelos profissionais nos prontuários do neonato ao coletar o seu histórico e da genitora, a falta de anotação de informações básicas no prontuário, algo de extrema importância, como os sinais vitais ao chegar no hospital e o tipo de transporte utilizado, dados estes que contribuem para uma avaliação correta do quadro clínico, tornando a tomada de decisão assistencial eficaz, além de darem subsídios para dados estatísticos e pesquisas científicas sobre o assunto.

É imprescindível a atuação de uma equipe multiprofissional no que diz respeito à assistência aos recém-nascidos que utilizam o transporte neonatal inter-hospitalar. É de grande importância também o trabalho do enfermeiro, pois como integrante da equipe também é de sua competência o cuidado no momento do preparo do neonato, organização dos

equipamentos e materiais, assistência durante o transporte até o retorno à unidade e, para o profissional que o recebe, é de sua responsabilidade a admissão, coleta de dados e históricos do recém-nascido e da mãe, aferição dos sinais vitais e identificação de quais os diagnósticos e cuidados de enfermagem serão direcionados. Uma assistência de enfermagem qualificada pode influenciar positivamente no prognóstico do neonato durante a internação hospitalar.

Em um Estado de grandes dimensões, conhecer o perfil epidemiológico dos recém-nascidos que necessitaram de transferência em busca de assistência de maior complexidade, torna-se essencial para a equipe poder identificar os principais fatores que influenciaram para a internação do neonato. E a reflexão sobre a relevância do registro deste neonato pela equipe multiprofissional, como uma estratégia de compromisso, padronização, qualidade da assistência e subsídio para tomada de decisão diante a dimensão e impacto do transporte inter-hospitalar realizado nos primeiros dias de vida deste recém-nascido.

REFERÊNCIAS

ALBUQUERQUE, A. et al. Avaliação da conformidade do transporte neonatal para hospital de referência do Ceará. **Revista Brasileira Saúde Materno Infantil**. Recife, 12(1): 55-64, 2012.

ALMEIDA, A. C. et al. Fatores de risco maternos para prematuridade em uma maternidade pública de Imperatriz – MA. **Rev Gaúcha Enferm**. Porto Alegre, 33 (2): 86-94, 2012. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rgenf/v33n2/13.pdf>> Acesso em: 19 de junho de 2018.

AUDAY, D.B.; SOUZA, G.C.; PAULA, S.H.D. **Transporte aeromédico: Um desafio para enfermeiros frente aos riscos ocupacionais**. Trabalho Conclusão de Curso. Universidade Estácio de Sá, Rio de Janeiro, janeiro 2011.

AZEVEDO, R. O. et al. Perfil das gestantes de alto risco hospitalizadas em uma maternidade: estudo descritivo. **Online Brazilian Journal of Nursing**. Rio de Janeiro, 16 (2): 218-225, 2017. Disponível em: <<http://www.objnursing.uff.br/index.php/nursing/article/view/5541>>. Acesso em: 18 jun. 2018.

BALBINO, A. C.; CARDOSO, M. V. L. M. L. Dificuldades no transporte inter-hospitalar de recém-nascido crítico realizado pelas equipes do serviço de atendimento móvel de urgência. **Texto Contexto Enferm**. Fortaleza, 26(3), 2017. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/tce/v26n3/0104-0707-tce-26-03-e0790016.pdf>> Acesso em: 19 de junho de 2018.

BISCESKI, A. et al. Características epidemiológicas da saúde materno-infantil. **Revista de Enfermagem**. Rio Grande do Sul, 8 (8): 79-88, 2013. Disponível em: <revistas.fw.uri.br/index.php/revistadeenfermagem/article/download/477/867>. Acesso em: 19 jun. 2018.

BRASIL, G. B. et al. Modo de vida Ribeirinho e a longitudinalidade do cuidado na atenção primária em saúde. **Rev Saúde**. Santa Maria, 42 (1): 31-38, 2016. Disponível em: <<https://periodicos.ufsm.br/revistasauade/article/viewFile/17186/pdf>> Acesso em: 19 de junho de 2018.

BRASIL. **Manual de Orientações Sobre o Transporte Neonatal**. Brasília, DF, 2010. 37 p. Disponível em: < <http://pesquisa.bvsalud.org/bvsmis/resource/pt/mis-31582>>. Acesso em: 20 mar. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Saúde Suplementar. Média de Permanência Geral. Brasília, DF, v.1, n.2. Janeiro, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Área Técnica de Saúde da Criança e Aleitamento Materno. **Atenção à Saúde do Recém-Nascido: Guia Para Os Profissionais de Saúde**. Brasília, DF, 2011. 156 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Universidade Estadual do Ceará. **Cadernos HumanizaSUS**. Brasília, DF, 2014. 465 p.

BRASIL. Portaria Nº 2.378, de 26 de outubro de 2004. **Diário Oficial da União**. Ministério da Saúde. Ministério da Educação, Brasília, DF, 26 out. 2004.

BRASIL. Portaria Nº 2.859, de 10 de novembro 2006. **Diário Oficial da União**. Ministério da Saúde, Brasília, DF, 10 nov. 2006.

BRASIL. Resolução Nº 466, de 12 de dezembro de 2012. **Diário Oficial da União**. Conselho Nacional de Saúde, Brasília, DF, 12 dez. 2012.

CALEGARI, R. S; GOUVEIA, H. G; GONÇALVES, A. C. Intercorrências clínicas e obstétricas vivenciadas por mulheres no pré-natal. **Cogitare Enfermagem**. Rio Grande do Sul, 21 (2): 01-08, 2016. Disponível em: <<https://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/44604/28559>>. Acesso em: 19 jun. 2018.

CALIL, R; CALDAS, J. P. S. Uso racional e seguro de antibióticos em neonatologia. **Sociedade Brasileira de Pediatria**. Disponível em: <http://www.sbp.com.br/fileadmin/user_upload/pdfs/USO_RACIONAL_SEGURO_ANTIBIOTICOS_NEONATOLOGIA2.pdf>. Acesso em: 19 jun. 2018.

CAMARGO, L. R. et al. Antropometria e aspectos neonatais de recém-nascidos de gestações de 41 a 42 semanas. **Rev. Fac. Méd.** Sorocaba, 16 (4): 182-187, 2014. Disponível em: < <https://revistas.pucsp.br/index.php/RFCMS/article/viewFile/17019/pdf>>. Acesso em: 19 jun. 2018.

CASTRO, E. C. M; LEITE, A. J. M; GUINSBURG, R. Mortalidade com 24 horas de vida de recém-nascidos pré-termo de muito baixo peso da região Nordeste de Brasil. **Revista Paulista de Pediatria**. São Paulo, 34 (1): 106-113 2016. Disponível em: <

http://www.scielo.br/pdf/rpp/v34n1/pt_0103-0582-rpp-34-01-0106.pdf>. Acesso em: 19 jun. 2018.

CATRÉ, D. et al. Fatores preditivos de complicações graves em cirurgia neonatal. **Rev. Col. Bras. Cir.** Portugal, 40 (5): 363-369, 2013. Disponível em:

<<http://www.scielo.br/pdf/rcbc/v40n5/a03v40n5.pdf>>. Acesso em: 19 de junho de 2018.

COSME, H. W; LIMA, L. S; BARBOSA, L. G. Prevalência de anomalias congênitas e fatores associados em recém-nascidos do município de São Paulo no período de 2010 a 2014. **Revista Paulista de Pediatria**. São Paulo, 35(1): 33-38, 2017. Disponível em: <

<http://www.scielo.br/pdf/rpp/v35n1/1984-0462-rpp-35-01-00033.pdf>>. Acesso em: 19 jun. 2018.

COSTA, A. L. R. R. et al. Fatores de risco materno associados a necessidade de unidade de terapia intensiva neonatal. *Rev Bras Ginecol Obstet*. São Paulo, 36 (1): 29-34, 2014.

Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbgo/v36n1/0100-7203-rbgo-36-01-00029.pdf>> Acesso em 19 de junho de 2018.

CURAN, G. R. F. et al. Dimensionamento de pessoal de unidades neonatais em um hospital universitário. *Ciências Biológicas e da Saúde*. Londrina, 36 (1): 55-62, 2015. Disponível em: <<http://www.uel.br/revistas/uel/index.php/seminabio/article/viewFile/18675/16989>> Acesso em: 19 de junho de 2018.

DIAS, C. P; PENNA, C. M. M. Transporte aéreo: o cotidiano dos profissionais da saúde. **Rev enferm UFPE on line**. Recife, 8(2): 3600-6, 2014. Disponível em:

<<http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/view/5100>>. Acesso em 19 jun. 2018.

FACCHINI, F. P. et al. Acompanhamento da icterícia neonatal em recém-nascidos de termo e prematuros tardios. **J Pediatr**. Rio de Janeiro, 83 (4): 313-318, 2007. Disponível em:

<<http://www.scielo.br/pdf/jped/v83n4/v83n4a05.pdf>> Acesso em: 19 de junho de 2018.

FALCÃO, M. C; RAMOS, J. L. A. Hipoglicemia e hiperglicemia no período neonatal. Editora Moreira Junior. Disponível em: <

http://www.moreirajr.com.br/revistas.asp?fase=r003&id_materia=241>. Acesso em: 19 jun. 2018.

FERREIRA, J. H. P. **Percepção da equipe de Enfermagem sobre o cuidado humanizado em Unidade de Terapia Intensiva Neonatal**. 2016. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública)- Faculdade de Medicina, Universidade Federal do Ceará, Ceará.

FRANCO, E. C. et al. Promoção da saúde da população ribeirinha da região amazônica: relato de experiência. **Rev CEFAC**. São Paulo, 17 (5): 1521-1530, 2015. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rcefac/v17n5/1982-0216-rcefac-17-05-01521.pdf>> Acesso em: 19 de junho de 2018.

FUNDAÇÃO OSWALDO CUZ. Ministério da Saúde. Rio de Janeiro, 2016. Disponível em: <<https://portal.fiocruz.br/noticia/brasil-adota-parametro-da-oms-e-reduz-medida-para-microcefalia>>. Acesso em: 18 de junho de 2018.

GERHARDT, T.E.; SILVEIRA, D.T. **Métodos de pesquisa**. 1. ed. Porto Alegre: Editora da UFRGS, 2009. 120 p. Disponível em: <<http://www.pilotopolicial.com.br/transporte-aeromedico-um-desafio-para-enfermeiro-frente-aos-riscos-ocupacionais/>> Acesso em: 19 de junho de 2018.

GOMES, N. S.; TEIXEIRA, J. B. A.; BARICHELO, E. Cuidados ao recém nascido em fototerapia: o conhecimento da equipe de enfermagem. **Revista Eletrônica de Enfermagem**. Goiânia, 12 (2): 337-41, 2010. Disponível em: <<https://www.fen.ufg.br/revista/v12/n2/v12n2a18.htm>> Acesso em: 19 de junho de 2018.

GRAVENA, A. A. F. et al. Idade materna e fatores associados a resultados perinatais. **Acta Paulista de Enfermagem**. São Paulo, 26 (2), 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002013000200005>. Acesso em: 18 jun. 2018.

LANSKY, S. 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, v. 30, supl. 1, p. S192-S207, ago. 2014.

LIMA, T. M. et al. Corrimentos vaginais em gestantes: comparação da abordagem sindrômica com exames da prática clínica da enfermagem. **Rev Esc Enferm USP**. São Paulo, 47 (6): 1265-71, 2013. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v47n6/0080-6234-reeusp-47-6-01265.pdf>> Acesso em: 19 de junho de 2018.

MOREIRA, M. E. L.; LOPES, J. M. A. Ventilação mecânica do recém-nascido. Scielo books. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2004. 564 p. Disponível em:

<<http://books.scielo.org/id/wcgvd/pdf/moreira-9788575412374-08.pdf>> Acesso em: 19 de junho de 2018.

NASCIMENTO JUNIOR, F. J. N. et al. A síndrome do desconforto respiratório do recém-nascido: fisiopatologia e desafios assistenciais. **Ciências Biológicas e da Saúde**. Maceió, 2(2): 189-198 novembro 2014.

OLIVEIRA, M. F. **Metodologia científica: um manual para a realização de pesquisas em Administração** -- Catalão: UFG, 2011. 72 p.

PIMENTA, P. C. O.; ALVES, V. H. O transporte inter-hospitalar do recém-nascido de alto risco: um desafio para a enfermagem. **Cogitare Enferm**. Belo Horizonte: 21, n. esp: 01-09, 2016. Disponível em: <<https://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/45047/pdf>> Acesso em: 19 de junho de 2018.

RAMOS, G. C. et al. Prevalência de infecção do trato urinário em gestantes em uma cidade no sul do Brasil. **Rev Saúde**. Santa Maria, 42 (1), 2016.

ROMANZEIRA, J.C.F.; SARINHO, S.W. Avaliação da qualidade do transporte inter-hospitalar neonatal feito pelo Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (Samu). **J. Pediatr**. Porto Alegre, 91 (4): 380-385, Ago. 2015.

ROSA, C. Q; SILVEIRA, D. S; COSTA, J. S. S. Fatores associados à não realização de pré-natal em município de grande porte. **Revista Saúde Pública**. Rio Grande do Sul, 48 (6): 977-984, 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v48n6/pt_0034-8910-rsp-48-6-0977.pdf>. Acesso em: 18 jun. 2018.

SÁ, C.A.M. et al. Eventos adversos associados à exsanguíneotransfusão na doença hemolítica perinatal: experiência de dez anos. **Rev Paul Pediatr**. 2009; 27(2):168-72. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rpp/v27n2/08.pdf>> Acesso em: 19 de junho de 2018.

SILVA, D; LOPES, E. L; BRAGA JÚNIOR, S. S. Pesquisa quantitativa: elementos, paradigmas e definições. **Rev. de Gestão e Secretariado**. São Paulo, 5 (1): 01-18, jan./abr. 2014.

SILVA, R.R; BACHA, C. J. C. Acessibilidade e aglomerações na Região Norte do Brasil sob o enfoque da Nova Geografia Econômica. **Nova econ.** Belo Horizonte, 24 (1): 169-190, Abr. 2014.

SILVA, S. M. **Icterícia Neonatal.** Monografia. Faculdade de Medicina da Universidade do Porto. Portugal, 2011.

SILVEIRA, R. P.; PINHEIRO, R. Entendendo a necessidade de médicos no interior da Amazônia – Brasil. **Rev Bras de Educação Médica.** Rio de Janeiro, 38 (4): 451-459, 2014. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbem/v38n4/06.pdf>> Acesso em: 19 de junho de 2018.

SOUZA, A. B. G. **Enfermagem neonatal: cuidado integral ao recém-nascido.** Editora Atheneu. São Paulo, 2 ed, 2014.

SOUZA, K. C. L.; CAMPOS, N. G.; SANTOS JUNIOR, F. F. U. Perfil dos recém-nascidos submetidos à estimulação precoce em uma unidade de terapia intensiva neonatal. **Rev Bras Promoc Saude.** Fortaleza, 26(4): 523-529, out./dez., 2013.

TOURINHO, A. B; REIS, L. B. S.M. Peso ao Nascer: Uma Abordagem Nutricional. **Com. Ciências Saúde.** 22 (4):19-30, 2013. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/periodicos/revista_ESCS_v23_n1_a02_peso_ao_nascer.pdf>. Acesso em: 19 jun. 2018.

UNICEF. **Quem espera, espera.** Disponível em: <https://www.unicef.org/brazil/pt/quem_espera_espera.pdf> Acesso em: 19 de junho de 2018.

APÊNDICE 1

INSTRUMENTO DE COLETA

Nº:	
Dados maternos	
Idade:	
Procedência:	() zona rural () zona urbana
Profissão:	
História Obstétrica atual	
Realizou pré- natal: () sim () não	
Quantas consultas:	
Intercorrências na gestação? (hemorragia, tabagismo, álcool, drogas ilícitas, infecções):	
() sim () não	
Qual ?	
Sobre o Recém-nascido	
Sexo:	
Peso:	
Perímetro cefálico:	
Perímetro torácico:	
Estatura:	
Apgar:	
Data de nascimento:	
Dias de vida na internação:	
Acompanhante:	
Tipo de transporte:	
Condições de admissão:	
Horário:	
Sinais Vitais:	
Outros:	
➤ Dispositivos venosos/invasivos ➤ Oxigenoterapia ➤ Soluções endovenosas ➤ Curativos	

Tipo de parto:	
Idade gestacional ao nascer:	
Causa da internação:	
Patologia congênita: () sim () não Qual?	
Patologias respiratórias: () sim () não Qual?	
Ventilação mecânica: () sim () não Dias de ventilação mecânica:	
Outro?	
Oxigenoterapia: () sim () não	Dias:
Sepse: () sim () não	
Patologias neurológicas: () sim () não Qual?	
Antibioticoterapia: () sim () não Qual?	
Distúrbios metabólicos-glicemia: () sim () não Qual?	
Necessidade de intervenção cirúrgica: () sim () não Qual?	Dias de vida:
Tempo de internação:	
Outras observações:	

APÊNDICE 2

TERMO DE COMPROMISSO PARA UTILIZAÇÃO DE DADOS DE PRONTUÁRIOS MÉDICOS

Título do Projeto: “PERFIL DE NEONATOS SUBMETIDOS AO TRANSPORTE INTERHOSPITALAR ADMITIDOS EM UM HOSPITAL DE REFERÊNCIA MATERNO-INFANTIL”

Pesquisador responsável: Prof. Dra. Andressa Tavares Parente

Discentes: Joanna Angélica Azevedo de Oliveira

Yasmin Brabo de Lima

Instituição de origem do pesquisador: FSCMPA/ UFPA

Área de Conhecimento: Saúde da Mulher e da Criança

Curso: Enfermagem.

Telefone para contato: 91 983970834 (Yasmin Brabo), 91 82057929 (Angélica Oliveira), 91 8119-3234 (Andressa Parente).

Local da Coleta de Dados: Fundação Santa Casa de Misericórdia do Pará.

As pesquisadoras acima se comprometem garantir e preservar as informações dos prontuários dos recém-nascidos da Fundação Santa Casa de Misericórdia do Pará, garantindo a confidencialidade dos pacientes. Concorde igualmente que as informações coletadas serão utilizadas única e exclusivamente para execução deste trabalho acima descrito. Os dados coletados serão codificados em siglas “P”, inicial de “Prontuário”, seguida de numeração sequenciada (a exemplo, P1, P2, P3 e, etc...), para que deste modo, o anonimato dos pacientes seja preservado obedecendo aos aspectos éticos e legais que constam na resolução nº466/2012, do Conselho Nacional de Saúde. Assim, os riscos do presente trabalho envolvem a exposição dos dados com quebra de sigilo das informações dos participantes da pesquisa, onde as responsáveis pela pesquisa manterão todo o cuidado para estes serem mínimos. Os benefícios da pesquisa após análise dos resultados serão a identificação e levantamento das principais indicações clínicas para realização do transporte inter-hospitalar de recém-nascidos transferidos para FSCMPA e de que forma as condições desse transporte está influenciando nos estágios clínicos dos transportados, alertando dessa maneira os órgãos responsáveis e dando retorno dos resultados a Instituição. O referido trabalho será submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da Fundação Santa Casa de Misericórdia do Pará, a fim de obtenção dos objetivos previstos após receber aprovação do sistema CEP – FSCMPA. A pesquisa tem

como objetivo principal investigar as características clínicas e epidemiológicas de recém-nascidos admitidos na Fundação Santa Casa de Misericórdia do Pará (FSCMPA), provenientes do transporte inter-hospitalar no ano de 2016.

PESQUISADOR RESPONSÁVEL:

1. ANDRESSA TAVARES PARENTE

DISCENTES:

2. JOANNA ANGÉLICA AZEVEDO DE OLIVEIRA

3. YASMIN BRABO DE LIMA

Belém, ____ de _____ de 2017.

APÊNDICE 3

TERMO DE COMPROMISSO DO PESQUISADOR

TÍTULO DO PROJETO: “PERFIL DE NEONATOS SUBMETIDOS AO TRANSPORTE INTERHOSPITALAR ADMITIDOS EM UM HOSPITAL DE REFERÊNCIA MATERNO-INFANTIL”.

ORIENTADOR: Andressa Tavares Parente

PESQUISADORAS: Joanna Angélica Azevedo de Oliveira
Yasmin Brabo de Lima

Os pesquisadores do projeto acima identificados assumem os seguintes compromissos:

- 1- Preservar a privacidade e a integridade física dos entrevistados cujos dados serão coletados;
- 2- Manter sob sigilo as informações ofertadas, ou seja, serão utilizadas única e exclusivamente para a execução do projeto;
- 3- Respeitar todas as normas da Resolução 466/12 e suas complementares na execução deste projeto.

Belém, 16 de Agosto de 2017.




Andressa Tavares Parente