

UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO  
CENTRO DE CIÊNCIAS SOCIAIS, SAÚDE E TECNOLOGIA  
CURSO DE MEDICINA

IZABELA RODRIGUES SANTOS MOTA

**ASSOCIAÇÃO ENTRE A ASSISTÊNCIA PRÉ-NATAL E O PERFIL CLÍNICO DE  
RECÉM-NASCIDOS INTERNADOS EM UMA UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA**

IMPERATRIZ

2018

IZABELA RODRIGUES SANTOS MOTA

**ASSOCIAÇÃO ENTRE A ASSISTÊNCIA PRÉ-NATAL E O PERFIL CLÍNICO DE  
RECÉM-NASCIDOS INTERNADOS EM UMA UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado  
ao Curso de Medicina da Universidade Federal  
do Maranhão, Campus Imperatriz, como parte  
dos requisitos para a obtenção do título de  
Bacharel em Medicina

**Orientador:** Prof Esp Danielly Nunes de  
Matos

**Coorientador:** Prof Esp Patrícia Soares  
Carvalho Silva

IMPERATRIZ  
2018

Ficha gerada por meio do SIGAA/Biblioteca com dados fornecidos pelo(a) autor(a).

Núcleo Integrado de Bibliotecas/UFMA

Rodrigues Santos Mota, Izabela.

ASSOCIAÇÃO ENTRE A ASSISTÊNCIA PRÉ-NATAL E O PERFIL CLÍNICO DE RECÉM-NASCIDOS INTERNADOS EM UMA UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA / Izabela Rodrigues Santos Mota, Leonardo Hunaldo dos Santos. - 2019.

18 p.

Coorientador(a): Patrícia Soares Carvalho Silva.

Orientador(a): Danielly Nunes de Matos.

Curso de Medicina, Universidade Federal do Maranhão, Imperatriz, 2019.

1. Assistência pré-natal. 2. Baixo peso. 3. Perfil clínico. 4. Prematuridade. 5. Unidade de terapia intensiva neonatal. I. Hunaldo dos Santos, Leonardo. II. Nunes de Matos, Danielly. III. Soares Carvalho Silva, Patrícia. IV. Título.

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO**  
**CENTRO DE CIÊNCIAS SOCIAIS, SAÚDE E TECNOLOGIA**  
**CURSO DE MEDICINA**

---

Candidato(a): Izabela Rodrigues Santos Mota

Título do TCC: ASSOCIAÇÃO ENTRE A ASSISTÊNCIA PRÉ-NATAL E O PERFIL CLÍNICO DE RECÉM-NASCIDOS INTERNADOS EM UMA UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA

Orientador(a): Danielly Nunes de Matos

Coorientador (a): Patrícia Soares Carvalho Silva

A Banca Julgadora de trabalho de Defesa do Trabalho de Conclusão de Curso, em sessão pública realizada a 20/06/2018, considerou

Aprovado

Reprovado

**Examinador (a)**

Nome: **Edem Moura de Matos Júnior**

Instituição: Universidade Federal do Maranhão, Curso de Medicina/CCSST

**Examinador (a)**

Nome: **Rejane Moreira Pessoa de Matos**

Instituição: Universidade Federal do Ceará

**Presidente**

Nome: **Danielly Nunes de Matos**

Instituição: Universidade Federal do Maranhão, Curso de Medicina/CCSST

## RESUMO

**Objetivo:** Investigar a associação entre assistência pré-natal e o perfil clínico de recém-nascidos internados na unidade de terapia intensiva do Hospital Regional Materno Infantil de Imperatriz, MA. **Métodos:** É um estudo transversal, descritivo e observacional com informações obtidas dos prontuários dos recém-nascidos internados na unidade de terapia intensiva neonatal do Hospital Regional Materno Infantil de Imperatriz. O perfil clínico dos recém-nascidos foi traçado com base nas variáveis: sexo, idade gestacional, peso ao nascer, crescimento intrauterino, necessidade de reanimação neonatal, manobras de reanimação utilizadas, scores de apgar no 1º e 5º minutos de vida, intercorrências após o nascimento e causas de internação. Em seguida, tais variáveis foram correlacionadas com a adequação da assistência pré-natal, mensurada por meio do número de consultas realizadas durante a gestação. **Resultados:** As duas principais causas de internação foram prematuridade (74,5%) e baixo peso ao nascer (68,6%). 68,8% dos recém-nascidos necessitaram de alguma manobra de reanimação e as duas principais intercorrências após o nascimento foram desconforto respiratório (67,2 %) e cianose (32,8%). Somente 23% das mães realizaram 6 ou mais consultas durante a gestação e a maior porcentagem de recém-nascidos com baixo peso e prematuridade correspondeu ao grupo de mães que realizaram entre 3 e 5 consultas de pré-natal. Não foi observada correlação estatística positiva entre scores de apgar e necessidade de reanimação com a assistência pré-natal. **Conclusão:** A adequação da assistência pré-natal reduz a vulnerabilidade dos recém-nascidos, necessidade de internação hospitalar e conseqüentemente, os índices de mortalidade neonatal.

**Palavras-chave:** Unidade de terapia intensiva neonatal; Perfil clínico; Baixo peso; Prematuridade; Reanimação neonatal; Assistência pré-natal;

## SUMÁRIO

<b>INTRODUÇÃO</b>	<b>6</b>
<b>OBJETIVO</b>	<b>7</b>
<b>METODOLOGIA</b>	<b>7</b>
<b>RESULTADOS</b>	<b>9</b>
<b>DISCUSSÃO</b>	<b>12</b>
<b>CONCLUSÃO</b>	<b>14</b>
<b>REFERÊNCIAS</b>	<b>15</b>
<b>ANEXO I</b>	<b>17</b>
<b>ANEXO II</b>	<b>18</b>
<b>ANEXO III</b>	<b>19</b>

## I INTRODUÇÃO

A mortalidade infantil é considerada um parâmetro indispensável para avaliação do acesso da população aos serviços de saúde, reflete a qualidade e a progressão dos processos assistenciais. No Brasil, houve regressão das taxas desse indicador, no ano 2000 sua porcentagem era correspondente a 29%, enquanto no ano de 2015, era representada por 13,8%. Neste mesmo ano, o estado do Maranhão apresentou taxa de mortalidade infantil de 22,4 óbitos por mil nascidos vivos, porcentagem superior à média do país.

O componente neonatal deste indicador é responsável pela maior parcela de óbitos, que se concentram nas regiões Nordeste (38,3%) e sudeste (30,5%). Entre os principais grupos de causas de mortalidade neonatal estão: prematuridade, malformação congênita, infecções perinatais, fatores maternos e asfixia/hipóxia. Desse modo, a melhora da assistência em saúde durante a gestação, parto e puerpério é determinante para a redução deste índice. <sup>(1)</sup>

Diante da necessidade de melhoria dos cuidados no ciclo gravídico-puerperal foram criados programas destinados à ampliação do acesso, qualidade e cobertura assistencial. No ano 2000, foi criado o Programa de Humanização do Pré-Natal (PHPN), com o objetivo de humanizar o atendimento pré-natal, determinar os cuidados indispensáveis durante o pré-natal e puerpério, e conseqüentemente reduzir os índices de mortalidade neonatal e materna. Após ser instituído, tornou-se obrigatória a realização de exames laboratoriais como hemograma, glicemia em jejum, VDRL, anti-HIV, exame de urina e tipagem sanguínea, além disso, foi estabelecido o número mínimo de 6 consultas durante todo o pré-natal. <sup>(2)</sup>

Ademais, em 2004 foi desenvolvida a Política Nacional de Atenção à Saúde Integral da Mulher (PNAISM), que entre seus objetivos buscava o aperfeiçoamento da atenção em saúde da mulher durante a gestação, contribuindo para a redução dos desfechos neonatais e maternos negativos. E diante da necessidade da avaliação da qualidade da assistência pré-natal foram criados alguns índices, entre eles, o índice de Kotelchuck, que leva em consideração a data do início do pré-natal e a relação entre o número de consultas realizadas/esperadas. Atualmente, o Ministério da Saúde define o pré-natal adequado como sendo o iniciado ainda no primeiro trimestre de gestação, com o mínimo de 6 consultas no total. <sup>(3)</sup>

Apesar da melhoria da cobertura da assistência pré-natal após implementação de tais medidas, os indicadores de morte materna, neonatal e perinatal permanecem insatisfatórios. No tocante ao período neonatal, os principais determinantes do risco de morte são baixo peso ao nascer e prematuridade, aspectos que possuem comprovada relação com a adequação dos cuidados pré-natais. <sup>(4)</sup> O número reduzido de consultas realizadas durante a gestação além de interferir negativamente no peso ao nascer e idade gestacional, está associado a baixos scores de apgar no 1º e 5º minutos de vida e na admissão dos recém-nascidos na UTIN. <sup>(5)</sup>

## **2 OBJETIVO**

O presente estudo objetivou associar a realização do pré-natal com as condições clínicas dos recém-nascidos internados em uma unidade de terapia intensiva neonatal, e determinar as principais intercorrências durante o parto e causas de internação, como forma de aprofundar conhecimentos acerca da influência da assistência pré-natal e oferecer subsídio para desenvolvimento de ações voltadas para a redução das taxas de mortalidade infantil.

## **3 METODOLOGIA**

Trata-se de um estudo transversal, descritivo e observacional, de abordagem quantitativa, realizado na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN) do Hospital Regional Materno Infantil de Imperatriz-MA.

O hospital é centro de referência para a região tocantina do estado do Maranhão, foi fundado no ano de 1983 e sua UTIN dispõe de 26 leitos para recém-nascidos internos, os quais nasceram neste hospital. A UTIN interna recebe em média 56 recém-nascidos ao mês, totalizando em média 672 internações por ano.

Os dados da pesquisa foram coletados por meio da análise de 151 prontuários eletrônicos. A amostra foi calculada de acordo com o número mensal de internações. A coleta ocorreu nos meses de setembro a dezembro de 2017, utilizando-se um formulário previamente testado durante o mês de agosto de 2017.

O formulário utilizado continha os aspectos clínicos dos recém-nascidos e o número de consultas realizadas durante a gestação. No que se refere aos dados clínicos, foram avaliados: sexo, idade gestacional, peso ao nascer, crescimento intrauterino, necessidade de reanimação, manobras de reanimação utilizadas, bem como oxigênio inalatório, ventilação por pressão positiva e intubação orotraqueal, valores de apgar no 1º e 5º minutos, intercorrências durante o parto e causas de internação.

Quanto à variável idade gestacional, os recém-nascidos com idade inferior a 37 semanas foram considerados prematuros, com idade igual ou inferior a 30 semanas foram considerados prematuros extremos, e a termo aqueles que possuíam entre 37 e 42 semanas. Em relação ao peso ao nascer, foram agrupados em muito baixo peso (<1.500g), baixo peso (<2.500g), peso normal (2500 a 3.999g) e sobrepeso (>4.000g). No que se refere à taxa de crescimento intrauterino foram categorizados em adequado para a idade gestacional (AIG), pequeno para a idade gestacional (PIG) e grande para a idade gestacional (GIG).

Para avaliação da vitalidade dos recém-nascidos foram analisados os valores de apgar, que abrange os seguintes critérios: frequência cardíaca, respiração, tônus muscular, cor e irritabilidade reflexa. Para cada um destes itens é atribuída pontuação de 0 a 2, com valor total que varia de 0 a 10 ao final do 1º e 5º minutos de vida.

Com relação ao número de consultas durante a gestação, as mães dos recém-nascidos internados que realizaram menos de 3 consultas tiveram o pré-natal considerado inadequado, entre 3 e 5 consultas parcialmente adequado, e com pré-natal adequado aquelas que realizaram 6 ou mais consultas.

Os dados coletados foram armazenados no programa Microsoft Excel 2016. Após a verificação de erros e inconsistências, todas as análises foram realizadas no programa IBM SPSS (IBM SPSS Statistics, 2013) a 5% de significância.

Inicialmente, foi realizada a análise descritiva por meio de frequências absolutas e relativas. Em seguida, avaliou-se possíveis associações por meio de testes de Qui-quadrado

<sup>(6)</sup> ou Fisher-Freeman-Halton (7) de acordo com os pressupostos, entre as variáveis: número de consultas e, baixo peso, prematuridade, nº de apgar no 1º e 5º minutos e reanimação.

Os princípios éticos da pesquisa envolvendo seres humanos foram seguidos de acordo com a Resolução 466/12 do Ministério da Saúde, foram garantidos o anonimato e confidencialidade dos dados. Além disso, a pesquisa foi submetida ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Maranhão (UFMA).

#### **4 RESULTADOS**

Ao serem analisados os prontuários, constatou-se que o sexo masculino (n=86) foi predominante entre os recém-nascidos internados na UTIN, com 57%. No que se refere à via de parto, a cesariana predominou, com 68,2% dos casos, enquanto o parto vaginal representou 31%. A seguir, na tabela 1 são apresentados os resultados das variáveis idade gestacional, peso ao nascimento e crescimento intrauterino.

A partir da avaliação das variáveis prematuridade e baixo peso ao nascer, concluiu-se que foram as duas principais causas de internação na UTIN, com taxas de 74,5% e 68,6% respectivamente, seguidas do desconforto respiratório, presente em 19% da população em estudo. No total, 68,8% dos recém-nascidos internados necessitaram de alguma manobra de reanimação. A seguir, na tabela 2, são demonstradas as porcentagens das manobras utilizadas nos recém-nascidos internados.

A tabela 3 demonstra as principais intercorrências relacionadas ao nascimento e suas respectivas porcentagens, sendo elas: desconforto respiratório, cianose, exposição ao HIV, oligoâmnio, hipoatividade, bradicardia, aspiração meconial, choro fraco, hipotonia, ausência de choro ao nascer, parada cardiorrespiratória e toco-traumatismo.

No que tange os valores de apgar no 1º minuto, verificou-se que 34,6% dos recém-nascidos receberam pontuação entre 8 e 10, apresentando boa vitalidade, 31,6% entre 6 e 7, e 33,8% pontuação entre 0 e 5, com riscos para asfixia neonatal. Já no quinto minuto, 69,7% tiveram pontuação entre 8 e 10, 25,8% entre 6 e 7, e somente 4,5% entre 0 e 5.

Tabela 01. Características neonatais segundo idade gestacional, peso e crescimento intrauterino de recém-nascidos internados em uma unidade de terapia intensiva neonatal, Imperatriz, 2018 (n=151)

		<b>n</b>	<b>%</b>
<b>Idade gestacional</b>	<i>Termo</i>	34	22,5
	<i>Prematuro</i>	74	49,0
	<i>Prematuro extremo</i>	34	22,5
	<i>Ignorado</i>	9	6,0
<b>Peso</b>	<i>Muito baixo peso (&lt;1.500g)</i>	41	27,2
	<i>BP: baixo peso (&lt;2.500g)</i>	60	39,7
	<i>NO: normal (2500-3.999g)</i>	39	25,8
	<i>SP: sobrepeso (&gt; 4.000g)</i>	3	2,0
	<i>Ignorado</i>	8	5,3
<b>Crescimento intrauterino</b>	<i>Adequado para a idade gestacional</i>	90	59,6
	<i>Pequeno para a idade gestacional</i>	41	27,2
	<i>Grande para a idade gestacional</i>	4	2,6
	<i>Ignorado</i>	16	10,6

Tabela 02. Frequência e porcentagens das manobras de reanimação a que foram submetidos os recém-nascidos internados na unidade de terapia neonatal, Imperatriz, 2018 (n=151)

		<b>n</b>	<b>%</b>
<b>Intubação</b>	<i>Não</i>	83	55,0
	<i>Sim</i>	56	37,1
	<i>Ignorado</i>	12	7,9
<b>VPP</b>	<i>Não</i>	51	33,8
	<i>Sim</i>	88	58,3
	<i>Ignorado</i>	12	7,9
<b>O2 inalatório</b>	<i>Não</i>	28	18,5
	<i>Sim</i>	111	73,5
	<i>Ignorado</i>	12	7,9

Tabela 03. Frequências e porcentagens das principais intercorrências relacionadas ao nascimento de recém-nascidos internados na unidade de terapia intensiva neonatal, Imperatriz, 2018 (n=151)

<b>Intercorrência</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
<b>Desconforto Respiratório</b>	92	67,2
<b>Cianose</b>	45	32,8
<b>Exposição ao HIV</b>	45	32,8
<b>Oligoâmnio</b>	30	21,9
<b>Hipoatividade</b>	19	13,9
<b>Bradicardia</b>	15	10,9
<b>Aspiração meconial</b>	15	10,9
<b>Choro fraco</b>	14	10,2
<b>Hipotonia</b>	13	9,5
<b>Não chorou</b>	12	8,8
<b>Parada cardiorrespiratória</b>	3	2,2
<b>Tocotraumatismo</b>	2	1,5

Concomitante ao estudo do perfil clínico dos recém-nascidos, foi avaliada a adequação do pré-natal por meio do número de consultas, e realizada sua associação com as variáveis supracitadas. Ao serem correlacionadas as variáveis baixo peso e adequação do pré-natal, notou-se que apenas 28% das mães dos recém-nascidos com baixo peso realizaram número suficiente de consultas durante a gestação. A maior porcentagem de recém-nascidos com baixo peso correspondeu ao grupo das mães com o pré-natal considerado parcialmente adequado. Em relação à prematuridade, somente 30% das mães fizeram 6 ou mais consultas.

A partir da associação entre as intercorrências após o nascimento e assistência pré-natal, observou-se que a maior taxa de recém-nascidos que apresentaram desconforto respiratório correspondeu ao grupo com pré-natal parcialmente adequado. Ao passo que a cianose esteve mais presente no grupo de recém-nascidos de mães com pré-natal adequado. Não foi observada correlação estatística ao serem associadas as variáveis apgar no 1º e 5º minutos e necessidade de reanimação neonatal com a assistência pré-natal.

## 5 DISCUSSÃO

Na população estudada houve predomínio do sexo masculino, que representou 57% dos recém-nascidos internados, assemelhando-se aos resultados encontrados na literatura.<sup>(5,9,10)</sup> Quanto ao tipo de parto, a cesariana foi a via preferencial, cenário que corrobora com os estudos desenvolvidos por Lages, Sousa, Cunha, Silva, Santos,<sup>(10)</sup> ; Tabile et al<sup>(11)</sup> e Rattner, Moura.<sup>(12)</sup> A escolha do parto cesáreo reflete a gravidade das morbidades materno-fetais durante a gestação, sobretudo se não tratadas, dessa forma, há maiores chances de resultados neonatais desfavoráveis relacionados a este tipo de parto. Por conseguinte, na população de recém-nascidos internados em UTIN há predominância desta via.<sup>(13)</sup>

No presente estudo, as duas principais causas de internação foram prematuridade, com taxa de 74,5% e baixo peso ao nascer, com 68,6%. Estas variáveis são determinantes para a vitalidade neonatal.<sup>(1)</sup> A prematuridade possui estreita relação com as elevadas taxas de mortalidade infantil. Sabe-se que contribui consideravelmente para a mortalidade devido à imaturidade de órgãos ou sistemas corporais, predispondo à disfunção destes e aumentando as chances de infecções, tempo de hospitalização e possíveis prejuízos ao crescimento e desenvolvimento.<sup>(14)</sup>

O baixo peso ao nascer possui estreita relação com as comorbidades gestacionais, como pré-eclâmpsia, sangramentos, distúrbios metabólicos e infecciosos, a sua presença eleva consideravelmente o risco para óbito neonatal.<sup>(15)</sup> De acordo com estudo desenvolvido por Mucha, Franco e Silva,<sup>(16)</sup> recém-nascidos com baixo peso possuíram risco de internação oito vezes maior ao serem comparados com aqueles de peso considerado adequado.

No presente estudo, cerca de 68,8% dos casos de internação foram submetidos a alguma manobra de reanimação. Destes, 73,5% necessitaram de oxigênio inalatório, 58,3% de ventilação por pressão positiva (VPP) e 37,1% de intubação orotraqueal, taxas elevadas quando comparadas aos estudos realizados na região Sul do país. <sup>(17,18)</sup> A intubação orotraqueal é considerada um fator de risco para o óbito durante a internação na UTIN, ademais, estudos referentes ao suporte ventilatório no período neonatal demonstraram estreita correlação entre o suporte ventilatório realizado e complicações respiratórias em médio prazo. <sup>(19,20)</sup>

Entre os recém-nascidos que apresentaram algum tipo de intercorrência logo após o parto, a mais prevalente foi o desconforto respiratório, seguido da cianose, com taxas de 67,2% e 32,8%, respectivamente. Este resultado, todavia, difere dos estudos desenvolvidos por Basso, Neves, Silveira, <sup>(18)</sup> e Arrué, Neves, Silveira, Pieszak <sup>(9)</sup> nos quais a cianose foi considerada a intercorrência mais prevalente, enquanto o desconforto respiratório ocupou o segundo lugar. De acordo com Krey et al <sup>(21)</sup> é de grande importância o pronto reconhecimento do desconforto respiratório, pois tal condição pode indicar início de uma infecção grave e não somente retardo na adaptação cardiopulmonar.

Foram analisados os valores de apgar para a avaliação da vitalidade ao nascer dos recém-nascidos internados. No que tange os valores de apgar no 1º minuto, verificou-se que 34,6% dos recém-nascidos receberam pontuação entre 8 e 10, 31,6% entre 6 e 7, e 33,8% pontuação entre 0 e 5. Já no quinto minuto, 69,7% tiveram pontuação entre 8 e 10, 25,8% entre 6 e 7, e somente 4,5% entre 0 e 5. Os scores de apgar ao fim do 1º e 5º minuto são proporcionais às chances de sobrevivência, segundo estudo desenvolvido por Rizzo, Nascimento, <sup>(20)</sup> recém-nascidos com a apgar menor que 7 no 5º minuto apresentaram uma sobrevida 25% menor que os de boa vitalidade.

Ao ser considerada a influência das morbidades gestacionais sobre os desfechos neonatais, torna-se necessária a análise da assistência pré-natal. Dessa forma, esta variável foi estudada e posteriormente correlacionada com os aspectos clínicos dos recém-nascidos internados. Os resultados demonstraram elevada taxa de inadequação do pré-natal, somente cerca de 23% das mães realizaram 6 consultas ou mais, e 6% do total não realizaram qualquer consulta. Tal cenário confirma o déficit de atenção à gestante demonstrado por Schaefer et al., <sup>(22)</sup> em pesquisa realizada na região Nordeste. O pré-natal inadequado eleva

o risco para a morte neonatal<sup>(23)</sup> e a maior proporção de óbitos de recém-nascidos a termo corresponde à região Nordeste. <sup>(1)</sup>

Entre os recém-nascidos que apresentaram baixo peso, somente 28% das mães realizaram 6 consultas ou mais. Estudos realizados por Mendes, Cacella, Mandetta, Balieiro <sup>(24)</sup>; Almeida, Costa, Gama, Vieira <sup>(3)</sup> evidenciaram a elevação do risco para baixo peso entre as gestantes que realizaram número reduzido de consultas. Ademais, este é um fator de risco importante para a morbimortalidade neonatal, sobretudo para recém-nascidos classificados como muito baixo peso ao nascer. <sup>(1, 25, 26)</sup>

No que se refere à prematuridade, somente 30% das mães realizaram pré-natal adequado. Esta correlação corrobora com o estudo desenvolvido por Costa, Júnior, Lima, Costa <sup>(27)</sup> no qual foram evidenciadas maiores chances de nascimento prematuro entre as mulheres com número insuficiente de consultas, além disso, a prematuridade esteve associada a fatores como baixos scores de apgar, anomalias congênitas e baixo peso. <sup>(28,29)</sup> Não foi observada correlação estatística ao serem associadas as variáveis apgar no 1º e 5º minutos e necessidade de reanimação neonatal com a assistência pré-natal.

## **6 CONCLUSÃO**

O presente estudo demonstrou elevada taxa de inadequação do pré-natal, com aumento dos riscos para os desfechos neonatais desfavoráveis, bem como baixo peso ao nascer, prematuridade, cianose, desconforto respiratório, e necessidade de internação em UTIN. Dessa forma, ao correlacionar a adequação do pré-natal ao perfil clínico de recém-nascidos internados, percebe-se que o rastreamento e posterior tratamento das comorbidades durante a gestação reduzem a vulnerabilidade dos recém-nascidos e conseqüentemente, os índices de mortalidade.

## REFERÊNCIAS

1. Lansky S, Friche AAL, Silva AAM, Campos D, Bittencourt DAS, Carvalho ML, et al. Pesquisa Nascer no Brasil: perfil da mortalidade neonatal e avaliação da assistência à gestante e ao recém-nascido. *Cad. Saúde Pública*. 2014; 30(supl 1): 192-207.
2. Anversa ETR, Bastos GAN, Nunes LN, Pizzol TSD. Qualidade do processo da assistência pré-natal: unidades básicas de saúde e unidades de estratégia saúde da família em município no Sul do Brasil. *Cad. Saúde Pública*. 2012; 28(4): 789-800.
3. Almeida AHV, Costa COM, Gama SGN, Amaral MTR, Vieira GO. Baixo peso ao nascer em adolescentes e adultas jovens na região nordeste do Brasil. *Rev. Bras Saúde Matern. Infantil*. 2014 jul/set; 14(3): 279-286.
4. Nunes ADS, Amador AE, Dantas APQM, Azevedo UM, Barbosa. Acesso à assistência pré-natal no Brasil: análise dos dados da pesquisa nascer de saúde. *Revista Bras Promoç Saúde*. 2017 jul/set; 30(3): 1-10.
5. Lages CDR, Sousa JCO, Cunha KJB, Silva NC, Santos MMG. Fatores preditores para a admissão do recém-nascido na unidade de terapia intensiva. 2014 jan/fev; 15(1): 3-11.
6. Callegari-Jacques SM. *Bioestatística. Princípios e aplicações*. Porto Alegre: Artmed;2003.
7. Freeman GH, Halton TR. Note on exact treatment of contingency goodness-of-fit and other problems of significance. *Biometrika*. 1951; 38:141-149.
8. IBM Corp Released 2013. *IBM SPSS Statistics for Windows, Version 22.0*. Armonk NY: IBM Corp.
9. Pereira FL, Góes FSN, Fonseca, Scochi CGS, Castral TC, et al. A manipulação de prematuros em uma unidade de terapia intensiva neonatal. *Rev Esc Enferm*. 2013; 47(6): 1272-8.
10. Arrué AM, Neves ET, Silveira A, Pieszak GM. Caracterização da morbimortalidade de recém-nascidos internados em unidade de terapia intensiva. *Rev Enferm*. 2013 jan/abril; 3(1): 86-92.
11. Tabile PM, Teixeira RM, Toso G, Matras RC, Fuhrmann IM, Pires MC, et al. Características dos partos pré-termo em hospital de ensino no interior do sul do Brasil: análise de 6 anos. *Revista da AMRIGS*. 2016 jul/set; 60(3): 168-172.
12. Ratter D, Moura EC. Nascimentos no Brasil: associação do tipo de parto com variáveis temporais e sociodemográficas. *Rev. Bras. Saúde Matern. Infant*. 2016 jan/mar; 16(1): 39-47.
13. Reis ZSN, Lage EM, Aguiar RAP, Gaspar JS, Vitral GLN, Machado EG. Associação entre o risco gestacional e tipo de parto com as repercussões maternas e fetais. *Rev Bras Ginecol Obstet*. 2014; 36(2): 65-71.
14. Ramos HAC, Cuman RKN. Fatores de risco para prematuridade: pesquisa documental. *Rev Enferm*. 2009 abr/jun; 13(2): 297-304.
15. Fiqueró-Filho EF, Oliveira VM, Ferreira CM, Tinos ALS, Kanomata LB. Variáveis perinatais e associação de recém-nascidos de muito baixo peso ao nascer em hospital público universitário do Brasil. *Rev Bras Ginecol Obstet*. 2014; 36(1): 10-6.
16. Mucha F, Franco SC, Silva GAG. Frequência e características maternas e do recém-nascidos associadas à internação de neonatos em UTI no município de Joinville Santa Catarina-2012. *Rev. Bras. Saúde Matern. Infant*. 2015 jun; 15(2): 201-208.

17. Cancelier ACL, Anesi S, Dequi PW, Silva. Manobras de reanimação em sala de parto: análise do atendimento de recém-nascidos. *Arq Catarin Med.* 2014 out/dez; 43(4): 44-49.
18. Basso CG, Neves ET, Silveira A. Associação entre realização de pré-natal e morbidade neonatal. *Texto Contexto Enferm.* 2012 abr/jun; 21(2): 269-76.
19. Chiuchetta FS, Munhoz TN, Santos IS, Menezes AMB, Barros FC, et al. Suporte ventilatório ao nascer e associação com doenças respiratórias aos seis anos: Coorte de Nascimentos de Pelotas, Rio Grande do Sul, Brasil, 2004. *Cad. Saúde Pública.* 2015; 31(7): 1403-1415.
20. Risso SP, Nascimento FC. Fatores de risco para óbito em unidade de terapia intensiva neonatal, utilizando a técnica de análise de sobrevivência. *Rev Bras Ter Intensiva.* 2010; 22(1): 19-26.
21. Krey FC, Gomes JS, Benetti ERR, Cruz CT, Stübe M, Stumm MF. Alterações respiratórias relacionadas à prematuridade em terapia intensiva neonatal. *Rev Rene.* 2016 nov/dez; 17(6): 766-73.
22. Costa JSD, Cesar JA, Haag CB, Watte G, Vicenzi K, Schaefer R. Inadequação do pré-natal em áreas pobres no nordeste do Brasil: prevalência e alguns fatores associados. *Rev. Bras. Saúde Matern. Infant.* 2013 abr/jun; 13(2): 101-109.
23. Kassar SB, Melo AMC, Coutinho SB, Lima MC, Lira PIC. Determinants of neonatal death with emphasis on health care during pregnancy, childbirth and reproductive history. *J Pediatr.* 2013; 89(3): 269-277.
24. Mendes CQS, Cacella BCA, Mandetta MA, Balieiro MMFG. Baixo peso ao nascer em município da região sudeste do Brasil. *Rev Bras Enferm.* 2015 nov/dez; 68(6): 1169-75.
25. Gaiva MAM, Fujimori E, Sato APS. Mortalidade neonatal em crianças com baixo peso ao nascer. *Rev Esc Enferm USP.* 2014; 48(5): 778-86.
26. Gonzaga ICA, Santos SLD, Silva ARV, Campelo V. Atenção pré-natal e fatores de risco associados à prematuridade e baixo peso ao nascer em capital do nordeste brasileiro. *Ciência e Saúde coletiva.* 2016; 21(6): 1965-1974.
27. Costa ALRR, Júnior EA, Lima JWO, Costa FS. Fatores de risco materno associados à necessidade de unidade de terapia intensiva neonatal. *Rev Bras Ginecol Obstet.* 2014; 36(1): 29-34.
28. Mayorga DLG, Rodriguez E, Ortiz JA, Rivera WI, Duarte NH. Perfil epidemiológico y factores de riesgo em recién nacidos prematuros, hospital regional, Gracias, Lempira. *Rev Med Hondur.* 2012; 80(4).
29. Oliveira RR, Santos SSCS, Melo EC, Zurita RCM, Mathias AF. Nascimento prematuro e assistência pré-natal: revisão integrativa à luz de Canguilhem. *Rev Fundam. Care.* 2016 jul/set; 8(3): 4616-4622.

## ANEXO I

Tabela 01. Características neonatais segundo idade gestacional, peso e crescimento intrauterino de recém-nascidos internados em uma unidade de terapia intensiva neonatal, Imperatriz, 2018 (n=151)

		<b>n</b>	<b>%</b>
<b>Idade gestacional</b>	<i>Termo</i>	34	22,5
	<i>Prematuro</i>	74	49,0
	<i>Prematuro extremo</i>	34	22,5
	<i>Ignorado</i>	9	6,0
<b>Peso</b>	<i>Muito baixo peso (&lt;1.500g)</i>	41	27,2
	<i>BP: baixo peso (&lt;2.500g)</i>	60	39,7
	<i>NO: normal (2500-3.999g)</i>	39	25,8
	<i>SP: sobrepeso (&gt; 4.000g)</i>	3	2,0
	<i>Ignorado</i>	8	5,3
<b>Crescimento intrauterino</b>	<i>Adequado para a idade gestacional</i>	90	59,6
	<i>Pequeno para a idade gestacional</i>	41	27,2
	<i>Grande para a idade gestacional</i>	4	2,6
	<i>Ignorado</i>	16	10,6

## ANEXO II

Tabela 02. Frequência e porcentagens das manobras de reanimação a que foram submetidos os recém-nascidos internados na unidade de terapia neonatal, Imperatriz, 2018 (n=151)

		<b>n</b>	<b>%</b>
<b>Intubação</b>	<i>Não</i>	83	55,0
	<i>Sim</i>	56	37,1
	<i>Ignorado</i>	12	7,9
<b>VPP</b>	<i>Não</i>	51	33,8
	<i>Sim</i>	88	58,3
	<i>Ignorado</i>	12	7,9
<b>O2 inalatório</b>	<i>Não</i>	28	18,5
	<i>Sim</i>	111	73,5
	<i>Ignorado</i>	12	7,9

## ANEXO III

Tabela 03. Frequências e porcentagens das principais intercorrências relacionadas ao nascimento de recém-nascidos internados na unidade de terapia intensiva neonatal, Imperatriz, 2018 (n=151)

<b>Intercorrência</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
<b>Desconforto Respiratório</b>	92	67,2
<b>Cianose</b>	45	32,8
<b>Exposição ao HIV</b>	45	32,8
<b>Oligoâmnio</b>	30	21,9
<b>Hipoatividade</b>	19	13,9
<b>Bradycardia</b>	15	10,9
<b>Aspiração meconial</b>	15	10,9
<b>Choro fraco</b>	14	10,2
<b>Hipotonia</b>	13	9,5
<b>Não chorou</b>	12	8,8
<b>Parada cardiorrespiratória</b>	3	2,2
<b>Tocotraumatismo</b>	2	1,5