

PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DAS MÃES DOS PREMATUROS ATENDIDOS NA UTI NEONATAL

EPIDEMIOLOGICAL PROFILE OF MOTHERS OF PREMATURE SERVED IN ICU NEONATAL

Sabrina de Jesus Brito¹

RESUMO

Introdução: Define-se como prematuridade, crianças que nascem antes da maturidade fetal. **Objetivo:** Analisar o perfil epidemiológico e clínico dos prematuros atendidos na UTI neonatal do Hospital. **Métodos:** estudo documental, caso-controle, descritivo e transversal, constituído por prontuários. Para análise foi utilizado o programa SPSS. Os resultados foram expressos em tabelas. **Resultados:** Sobre a idade materna 43% entre 15 a 18 anos e acima dos 30; 57% entre 19 e 29; idade gestacional: 42% menores que 35 semanas; 23% de 35 a menores que 37 semanas; 16% menores ou iguais a 28 semanas, 15% menor que 32 semanas; e, 2% de 37 a menores que 41 semanas; 70% foram cesáreos e 29% partos vaginais, 53% masculino e 47% feminino; 95% estavam abaixo de 2.5KG e 5% acima; no Apgar 1º 32% abaixo que 7 e 67% igual ou maior que 7; e no 5º 7% abaixo que 7 e 93% igual ou maior que 7. 82% não fizeram uso do surfactante e 17% sim; 36% fizeram uso da VM e 63% não fizeram uso; 27,33% usaram CPAP nasal e 72% não. Quanto à utilização de oxigenoterapia, 67% usaram e 33% não. E quanto a FIO₂ 40% usaram a 30%; 24% à 40%; 9% à 21%; 8% a 50%; 7% a 25%; 7% acima de 50% e; 2% a 45%. 9% apresentaram doenças pulmonares crônicas e 36% apneia da prematuridade. **Conclusão:** a maior parte das mães estava em idade reprodutiva, são multíparas, provenientes de outros municípios. Sobre o neonato, a maioria nasceu com menos de 35 semanas; de parto cesáreo; do gênero masculino; abaixo de 2.5KG, com Apgar 1º e 5º minutos igual ou maior que 7, não fizeram uso de surfactante, não usaram VM; usaram outros métodos; e, houve menor prevalência displasia broncopulmonar e apneia da prematuridade.

Palavras-Chave: Prematuridade. UTIN. Prontuários.

ABSTRACT

Introduction: It is defined as prematurity, babies born before fetal. **Objectives:** Analyze the clinical and epidemiological profile of preterm met in neonatal ICU Hospital **Methods:** desk study, case-control, cross-sectional descriptive, consisting of records. for analysis was used SPSS. Os program results were expressed as tables **Results:** About 43% of maternal age between 15-18 years and above 30; 57% between 19 and 29; gestational age: 42% less than 35 weeks, 23% of 35 to less than 37 weeks, 16% less than or equal to 28 weeks, 15% less than 32 weeks and 2% of 37 to less than 41 weeks, 70% and 29% were caesarean vaginal deliveries, 53% male and 47% female, 95% were below 2.5kg and 5% above; Apgar 1 to 32% below 7 and 67% greater than or equal 7, and 5 7% lower than 7 and 93 equal to or greater than 7. 82% have not made use of the surfactant and 17% yes, 36% made use of the VM and 63% did not use, 27.33% used nasal CPAP and 72% didn't. About the use of oxygen therapy, 67% used and 33% did not. What about FIO₂ 40% used 30%; 24% to 40%; 9% to 21%; 8% to 50%; 7% to 25%, 7%, and above 50%, 2% to 45% .9% had chronic lung disease, and 36% premature apnea. **Conclusion:** Most of the mothers at reproductive age, are multiparous, from other cities. About the newborn, most born under 35 weeks by cesarean section; male; under 2.5KG, with Apgar 1 and 5 minutes equal to or greater than 7, did not use surfactant, they did not use VM; They used other methods, and there was a lower prevalence bronchopulmonary dysplasia and premature apnea.

Keywords: Prematurity. NICU. Medical Records.

¹ Graduação em Fisioterapia.

Sabrina de Jesus Brito endereço: Rua Porteirinha, 505, Esplanada, Montes Claros-MG, telefone: (38) 99244-0168 E-mail: sabrina_moc@yahoo.com.br

INTRODUÇÃO

Segundo a Organização Mundial da Saúde, é considerada prematura toda criança nascida com menos de 37 semanas completas ou 259 dias de gestação. Sendo considerado um dos principais agravantes da mortalidade e morbidade de neonatais, resultando em adversidades relacionadas à saúde pública (MELO; ANDRADE, 2013).

Estima-se que anualmente nascem cerca de 15 milhões de bebês prematuros no mundo, sendo mais de um em cada 10 nascimentos (MENEZES *et al.*, 2014). Os índices de mortalidade neonatal são indicadores sensíveis da adequação da assistência neonatal e do impacto dos programas de intervenção; sendo assim, os níveis ainda elevados de mortalidade neonatal no Brasil apontam para a necessidade de melhor compreensão do papel da assistência em neonatal (BORBA *et al.*, 2014).

O maior desafio da Obstetrícia moderna é provavelmente o parto prematuro, pois, mesmo com os avanços tecnológicos, houve um aumento de 9% para 12% nos Estados Unidos nas últimas duas décadas, e no Brasil essa taxa tem se mantido constante nos últimos anos (DÓRIA; SPAUTZ, 2011).

A prematuridade pode ser classificada em duas categorias: espontânea e eletiva. A espontânea ocorre por consequência do trabalho de parto espontâneo propriamente dito ou da rotura prematura de membranas. A eletiva ocorre quando por indicação médica, decorrente de intercorrências maternas e/ou fetais (SALGE *et al.*, 2009).

A ocorrência do parto prematuro está associado alguns fatores de risco demográficos e obstétricos, sendo eles: idade materna menor que 21 ou maior que 36 anos, baixo nível socioeconômico, antecedente de parto pré-termo, estatura materna inferior a 1,52m, gestação gemelar, sangramento vaginal no 2º trimestre, amadurecimento cervical e aumento da atividade uterina antes da 29ª semana de gestação (CHAGAS *et al.*, 2009).

Com os avanços conceituais nos cuidados intensivos neonatais, aliados a tecnologia e aos recursos humanos especializados importantes transformações no perfil do recém-nascido de alto risco ocorreram. Observa-se, atualmente, um crescente número de neonatos nascidos cada vez mais prematuramente, com tempo de internação prolongado que ficam susceptíveis a complicações múltiplas, reversíveis ou não, mas com importantes reflexos sociais e econômicos (SANTOS *et al.*, 2009).

A maior parcela das complicações relacionada à prematuridade é causada por distúrbios respiratórios, o que aumenta a necessidade de suporte ventilatório invasivo e não invasivo, sendo cada vez mais necessário a presença da fisioterapia na unidade de terapia intensiva neonatal (MICHELIN *et al.*, 2013).

Nesse contexto a fisioterapia passou a atuar de forma interdisciplinar na equipe da UTI neonatal, tendo como função a identificação dos fatores de risco que levam aos neonatos prematuros a apresentar maior susceptibilidade a atrasos ou a distúrbios de desenvolvimento motor, mental, sensorial e emocional, tendo como meta o desenvolvimento neuropsicosocial da criança e evitando assim complicações decorrentes da prematuridade (STEIDL *et al.*, 2010).

Na reabilitação inclui-se desde a avaliação e prevenção de alterações cinético funcionais, as intervenções de tratamento respiratório ou motor, cuidados da ventilação pulmonar mecânica invasiva ou não invasiva entre outros. E tem como objetivo propiciar a recuperação do doente (JOHNSTON *et al.*, 2012).

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo apresenta caráter documental, caso-controle, descritivo e transversal. Sua amostra foi constituída por prontuários da UTIN do Hospital Universitário Clemente de Faria. Tendo como critério de inclusão: Primeira internação; e, de exclusão: Prontuários não preenchidos corretamente.

Após levantamento no sistema do SAME do Hospital Universitário Clemente de Faria, através do CID P.073, foram encontrados 372 prontuários relacionados a prematuros no período de 01/01/2012 à 01/04/2014, destes 72 foram excluídos da pesquisa por não se tratar de primeira internação e por não estarem preenchidos corretamente.

A coleta de dados foi realizada através de prontuários da UTIN do Hospital Universitário Clemente de Faria referente à prematuridade. Os dados obtidos foram armazenados em um formulário específico para esta pesquisa.

Foram avaliadas as seguintes variáveis: perfil materno- características da idade materna, estratificada em menos que 20 anos, de 20 a 30 anos e maior que 30 anos; e tipo de parto (cesáreo ou vaginal); perfil dos RNs prematuros- idade gestacional estimada em semanas completas pela última menstruação ou ultra-sonografia precoce, estratificada em 5 grupos (35 menor que 37, 37 menor que 41, menor que 32, menor que 35 e menor ou igual a 28); procedência, estratificada em 2 grupos (Montes Claros, outras cidades); índice de Apgar de primeiro minuto, dividido em dois grupos (maior ou igual a 7, menor que 7); índice de Apgar de quinto minuto (maior ou igual a 7, menor que 7); e as características dos procedimentos clínicos que compreenderam Ventilação mecânica – VM; uso do surfactante; CPAP nasal, outros tipos de oxigenoterapia (sendo todas essas características estratificadas em grupos de sim e não); FIO₂ estratificado em 6 grupos (21%, 25%, 30%, 40%, 45%, 50% e acima de 50%); e complicações respiratórias relacionadas a prematuridade

tais como doenças pulmonares crônicas e apneia da prematuridade, sendo ambas divididas em dois grupos de sim ou não.

Inicialmente foi realizada a coleta de dados nos prontuários da UTIN do Hospital Universitário Clemente de Faria. Esses dados foram transferidos para um formulário específico para esta pesquisa, para que dele fosse possível fazer a análise desses dados e obter os resultados dos objetivos almejados.

No formulário serão analisados o perfil materno, do RN prematuro e os procedimentos clínicos e os dados de interesse nessa pesquisa são: características da idade materna, tipo de parto, idade gestacional, procedência, índice de Apgar de primeiro e quinto minuto, uso do surfactante, doenças pulmonares crônicas, apneia da prematuridade, CPAP nasal, FIO₂ e outros tipos de oxigenoterapia.

Os dados coletados foram analisados com auxílio do programa Excel Software. Os resultados foram expressos em tabelas, e discutidos de acordo com a literatura disponível. O presente estudo foi aprovado pelo ao Comitê de Ética em Pesquisa das Faculdades Integradas Pitágoras de Montes Claros (FIP- MOC) sob o parecer número 1.051.427.

RESULTADOS

Em relação à idade materna 43,00% estavam nos extremos de idade materna em torno de 15 a 18 anos e acima de 30 anos; já 57,00% estava entre 19 e 29 anos, observa-se que não houve prevalência em relação a associação do parto prematuro e extremos de idade, ocorrendo maior prevalência na faixa etária considerada reprodutiva (tabela 1).

Tabela 1 - Perfil epidemiológico das mães dos prematuros.

Variáveis	N	%
Idade		
15 a 18 anos	43	14,00%
19 a 22 anos	52	17,33%
23 a 26 anos	63	21,00%
27 a 30 anos	56	18,33%
Acima de 30anos	86	28,66%
Partos		
Primíparas	131	43,66%
Multíparas	169	56,33%
Procedência		
Montes Claros	144	48,00%
Outros Municípios	166	52,00%

Fonte: Autoria própria (2015).

Em estudo observacional no Hospital Nossa Senhora da Conceição (HNSC), situado na cidade de Tubarão, no estado de Santa Catarina (SC), região Sul do Brasil, não foi encontrado significância para relação idade materna inferior a 19 anos, ou seja, gravidez na adolescência com parto pré-termo. Apesar da média de idade ter sido de 25 anos, ela variou de 16 a 41 anos de idade e os extremos da vida reprodutiva apresentaram maior prevalência no grupo prematuridade (SILVA *et al.*, 2009).

A idade materna é um dos fatores biológicos de destaque para a caracterização do recém-nascido de risco ou prematuro, sendo as faixas etárias abaixo de 20 anos e acima de 34 anos, consideradas fatores de risco (MELO *et al.*, 2011).

No mundo, aproximadamente 25% das mulheres tem seu primeiro filho antes de completar 20 anos de idade, percentual que é maior nos países em desenvolvimento. Na adolescência, a maternidade ocorre pela iniciação sexual precoce, baixa autoestima e/ou falta de inclusão em projeto social. Já a maternidade a partir dos 35 anos é uma tendência observável em países desenvolvidos e em desenvolvimento, incluindo o Brasil. Entre os motivos destacam-se a mudança do papel social da mulher no mercado de trabalho e dentro do núcleo familiar, busca de estabilidade financeira e alcance de níveis educacionais elevados, o amadurecimento social, econômico e afetivo proporciona maior esclarecimento sobre a importância do acompanhamento adequado da gestação, entretanto podem tornar-se fatores de risco para a gravidez tardia (RIBEIRO *et al.*, 2014).

Quando pesquisado o número de gestações, 56,33% são múltiparas e 43,66 primíparas. Esses valores estão de acordo com a literatura, pois o fator de risco mais importante é a história de parto prematuro prévio: o risco de um novo evento varia entre 14 e 22%. Após dois partos prematuros, o risco é de 28 a 42% e de 67% após três (DÓRIA; SPAUTZ, 2011).

Quanto à localização 48,00% eram provenientes de Montes Claros e 52,00% de outros municípios (tabela 1).

Em outro estudo realizado no Rio de Janeiro para avaliar a assistência às crianças egressas das Unidades de Terapia Intensiva Neonatais (UTIN) em cinco unidades em diferentes 48 regiões do Estado, no qual evidenciou acesso muito restrito e baixa estruturação da rede para assistência aos bebês que recebem alta das UTINs no Estado do Rio de Janeiro. Contudo, algumas unidades já se organizam informalmente para encaminhamento a especialistas fora de seu município (PEYNEAU, 2011). Esses encaminhamentos justificam o maior número de egressos de outros municípios na UTIN do Hospital Universitário.

A tabela 2 demonstra que quanto a idade gestacional 42,33% são menores que 35 semanas; 23,66% de 35 a menores que 37 semanas; 16,66% menores ou iguais a 28 semanas, 15,00% menor que 32 semanas; e, 2,33% de 37 a menores que 41 semanas.

Tabela 2 - Perfil clínico dos prematuros.

Variáveis	N	%
Idade Gestacional		
Menor ou igual a28	50	16,66%
Menor que 32	45	15,00%
Menor que 35	127	42,33%
De 35 menor que37	71	23,66%
De37menor que41	7	2,33%
Tipo do parto		
Vaginal	89	29,66%
Cesáreo	211	70,33%
Gênero		
Masculino	159	53,00%
Feminino	141	47,00%
Peso ao nascer		
Menor que 1000kg	44	14,66%
Até 1500 kg	63	21,00%
Até 2000kg	118	39,33%
Até 2500kg	60	20,00%
Acima de 2500kg	15	5,00%
Apgar 1º minuto		
Menor que 7	98	32,66%
Maior que 7	202	67,33%
Apgar 5º minuto		
Menor que 7	21	7,00%
Maior que 7	279	93,00%
Surfactante		
Sim	52	17,33%
Não	248	82,66%

Fonte: Autoria própria (2015).

Em uma pesquisa realizada na maternidade do Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Goiás dos 104 prontuários pesquisados à idade gestacional dos RNs foi de 31 semanas (SALGE *et al.*, 2009). Em outra pesquisa realizada na UTIN de um hospital-escola, referência em saúde materno-infantil, situado na cidade do Recife-PE dos 140 prontuários a média de idade gestacional foi superior a 30 semanas em 56,4% dos casos e ainda, observou-se que 2,9% dos recém-nascidos possuem IG menor que 24 semanas e 18,6% com IG entre 24-30 semanas, sendo classificados como RNPT extremos (CHAGAS *et al.*, 2009).

No Brasil, o número de nascimentos prematuros era de 6% em 2000 e aumentou para 10% em 2011 com incremento atribuído principalmente aos recém-nascidos de 34 a 36 semanas de gestação (MELO *et al.*, 2013a).

Quando observado o tipo de parto 70,33% foram cesáreos e 29,66% partos vaginais. Em uma pesquisa realizada por Bustarmante *et al.*, (2014), dos 68 RN da amostra 27 gestantes tiveram parto normal e 41 cesariano. Em outro estudo realizado no município de Guarapuava, PR; numa

amostra composta da totalidade dos prematuros vivos (106) e suas respectivas mães (101); observou-se que, quanto ao tipo de parto, 58,00% foram partos normais e 42,00% cesáreos (ALMEIDA *et al.*, 2013).

A prematuridade é uma das muitas conseqüências indesejadas do parto cesáreo e vem sendo associada tanto à indicação cirúrgica prévia que antecede 37 semanas de gestação, por distúrbios biológicos da mãe ou do feto, quanto à prática do parto por conveniência da mãe ou do obstetra (MELO *et al.*, 2013b).

Sobre o gênero foi observado uma pequena prevalência do gênero masculino totalizando 53,00%; em contrapartida o gênero feminino foi encontrado em 47,00% dos prematuros. Em um estudo realizado na UTIN do Hospital Universitário, procedentes de Santa Maria (RS), dos 302 neonatos internados 58,00% eram do sexo masculino e 42,00% feminino (ARRUÉ *et al.*, 2013).

Em relação ao peso 95,00% estavam abaixo de 2.500 gr. e 5,00% acima de 2.500 gramas. Em uma pesquisa realizada no Ambulatório de Alto Risco em Neonatologia da Unidade de Pediatria do Hospital Universitário da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), a partir de uma população de 118 crianças, o peso médio ao nascer foi de 1236 ± 372 g, com variação entre 515 e 2215g (SILVA *et al.*, 2011). Em outra pesquisa realizada no Hospital São Vicente de Paulo (HSVP), na cidade de Passo Fundo, em uma população composta por 73 neonatos, o peso médio foi de 1,54 kg, com peso mínimo de 660 g e máximo de 2,98 kg (FÁVERO *et al.*, 2011).

Baixo peso ao nascimento é um dos principais preditores de morbidade e mortalidade neonatal e perinatal, tanto em países desenvolvidos quanto em desenvolvimento. A incidência de baixo peso ao nascer varia consideravelmente entre as populações (RAMOS; CUMAN, 2009). Relatos recentes mostram que, nos Estados Unidos, a taxa de nascimento de prematuros é de 11,60%, enquanto na Suíça é de 5,60%. Em muitos países menos favorecidos, a incidência é duas vezes maior do que nas regiões desenvolvidas. Mais de 95,00% dos bebês de baixo peso no mundo nascem em países em desenvolvimento (CAÇOLA *et al.*, 2010).

Em relação ao Apgar 1º minuto 32,66% foram menores que 7 e 67,33% igual ou maior que 7; e no 5º minuto 7% foi menor que 7 e 93% igual ou maior que 7. Em uma análise dos prontuários de 104 RN prematuros, em partos ocorridos na maternidade do Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Goiás (HC/UFG), a média do Índice de Apgar no primeiro minuto foi de sete pontos, enquanto que no quinto minuto foi de oito pontos (SALGE, 2009). Em outra pesquisa realizada por Pinto *et al.* (2013), observou-se que o índice de Apgar apresentou no primeiro minuto, média seis, enquanto que o valor mínimo foi um e o máximo dez, no quinto minuto, média foi oito, enquanto que o valor mínimo foi dois e o máximo dez.

O escore de Apgar foi a mais conhecida e antiga forma de medida da asfixia neonatal. Durante muito tempo, a pontuação de 0-3 no 1º minuto de vida determinava a ventilação

respiratória com a manobra de reanimação mais adequada. Novos conhecimentos, como a determinação do pH sanguíneo do feto, entre outros, vieram a modificar esse conceito e a pontuação de 6 ou menos no 5º minuto passou a ser o referencial mais importante no diagnóstico e no prognóstico da asfixia, ao lado da proposta de não se esperar a nota do 1º minuto para se iniciarem as manobras de reanimação. Apesar disso, a pontuação no 1º minuto parece ainda ter importância no prognóstico da mortalidade (OLIVEIRA *et al.*, 2012).

Em relação ao uso de surfactante 82,66% não fizeram, em estudo realizado em maternidade pública de nível terciário da região Nordeste do Brasil, numa amostra composta por 137 prematuros o surfactante foi administrado em 51,8% dos RNPT (MENEZES *et al.*, 2014).

Como o surfactante só é produzido pelo organismo a partir da 26ª semana de gestação, RN's que chegam ao mundo antes do tempo não têm esta substância em seu organismo. O resultado é que, quando nascem, são obrigados a fazer um enorme esforço para respirar e, geralmente, acabam morrendo de exaustão (TEIXEIRA *et al.*, 2010), logo quanto mais extremo é o prematuro menor é a maturação pulmonar logo se faz mais necessário o uso do surfactante; como nessa pesquisa o número de prematuros extremos foi menor, isso vem a justificar a baixa utilização do surfactante nos prematuros.

Tabela 3 - Uso de suporte de O₂

Variáveis	N	%
VM		
Sim	110	36,66%
Não	190	63,33%
Tempo da VM		
Até 5 dias	70	63,63%
Até 10 dias	21	19,90%
Até 20 dias	7	6,36%
Acima de 20 dias	12	10,90%
CPAP nasal		
Sim	82	27,33%
Não	218	72,66%
FIO₂		
Até 21%	8	9,75%
25%	6	7,31%
30%	33	40,24%
40%	20	24,39%
45%	2	2,43%
50%	7	8,53%
Acima de 50%	6	7,31%
Oxigenoterapia		
Sim	201	67%
Não	99	33%

Fonte: Autoria própria (2015).

Na tabela 3 observa-se quanto à ventilação mecânica 36,66% fizeram uso; sendo que destes 63,63% fizeram uso por até 5 dias, 19,09% por até 10 dias, 6,36% por até 20 dias e 10,90% por mais de 20 dias; e, 63,33% não fizeram uso da VM.

O que também foi observado numa pesquisa realizada na maternidade pública de referência no atendimento às gestantes de risco, em Recife, numa população composta por 98 crianças, 24 necessitou de ventilação mecânica invasiva, sendo que a média de utilização foi de 9 dias, com variação de 1 a 28 dias (ARAÚJO *et al.*, 2013). Em outra pesquisa realizada nas unidades de terapia intensiva neonatais do Hospital Sofia Feldman, de Belo Horizonte (MG) dos 54 neonatos em VM, em relação ao tempo na VM, 27 ficaram em media de 1 a 7 dias; 10 de 8 a 15 dias; 13 de 16 a 30 dias e 4 por 30 ou mais dias (OLIVEIRA *et al.*, 2012).

A indicação da ventilação mecânica deve ser precoce, principalmente nos recém-nascidos com menos de 1500 g e naqueles que sofreram asfixia perinatal, para evitar que a deterioração clínica progressiva dificulte o sucesso da ventiloterapia. As principais indicações são hipoxemia e/ou hipercapnia persistentes apesar da administração de oxigênio e da desobstrução das vias aéreas, condições clínicas pulmonares ou extrapulmonares em que exista um trabalho respiratório aumentado, com risco de fadiga e apneia, troca gasosa alterada por falta de estímulo central ou diminuição da capacidade muscular (CORDEIRO, 2011).

Em relação ao uso do CPAP nasal 27,33% fizeram uso e 72,66% não, em outra pesquisa realizada na UTIN do Conjunto Hospitalar do Mandaqui, dos 87 prontuários investigados, 23 utilizaram CPAP nasal (OLIVEIRA; MORAN, 2009).

Apesar do pouca utilização do CPAP nessa pesquisa, atualmente, a ventilação não invasiva (VNI) e a pressão positiva contínua de vias aéreas (CPAP) vêm sendo adotadas como métodos de primeira escolha para a assistência respiratória do neonato pré-termo, sendo que, em ambas as técnicas, uma máscara ou um dispositivo similar funciona como interface paciente/ventilador, em substituição às próteses endotraqueais, com o objetivo de reduzir o trabalho respiratório, a falha na extubação e a frequência de apneias, minimizando a lesão pulmonar (OTA *et al.*, 2013).

Quanto à utilização de outros meios de oxigenoterapia, 67% fizeram uso e 33 % não, o que vem de acordo com a literatura, pois o sistema respiratório dos prematuros tende a adaptar-se à respiração do ar ambiente e, logo ao nascer, apresenta maior susceptibilidade a episódios de apneia, síndrome do desconforto respiratório, que necessitam de oxigenoterapia para sobrevivência (CRUZ *et al.*, 2010).

E numa pesquisa realizada por Garcia *et al.*, (2011), no Ambulatório de Alto Risco do Hospital Materno-Infantil de Goiânia-GO numa amostra contendo 40 neonatos, as medidas clínicas mais frequentemente adotadas foram HOOD, utilizado em 78% dos casos.

Em relação à Fração Inspiratória de O₂ (FIO₂), 40,24% fizeram uso a 30,00%; 24,39% à 40%; 9,75% à 21,00%; 8,53% a 50%; 7,31% a 25,00%; 7,31% acima de 50,00% e; 2,43% a 45,00% (tabela 3).

Numa pesquisa realizada por Santos *et al.*, (2012), foram avaliados retrospectivamente os prontuários de sete recém nascidos prematuros submetidos à ventilação mecânica convencional durante 30 dias, tendo como resultado que 75% deles estavam recebendo a FIO₂ acima de 60,00%. Sabe-se que quanto maior a FIO₂, mais grave é o estado do paciente e maior o tempo de uso do suporte de O₂, por isso observa-se que dos pacientes pesquisados a grande maioria estava em utilização elevadas de O₂ sugerindo ser pacientes mais graves podendo associar esses casos com os de maior tempo na VM e evolução para doenças pulmonares crônicas e apneia da prematuridade.

Tabela 4 - Complicações respiratórias relacionadas a prematuridade.

Variáveis	N	%
Doenças Pulmonares Crônicas		
Sim	27	9,00%
Não	273	91,00%
Apneia da Prematuridade		
Sim	109	36,33%
Não	191	63,66%

Fonte: Autoria própria (2015).

Na tabela 4 referente às complicações respiratórias 9% apresentaram doenças pulmonares crônicas e 36,33% apresentaram apneia da prematuridade.

Mesmo com os avanços ocorridos nas UTI neonatais, a incidência de DBP (Displasia Broncopulmonar) ainda é alta, sendo de até 71% entre os RN com IG igual a 25 semanas e 30,00% entre os RN com peso de nascimento inferior a 1.500 gramas, aumentando para 39 a 61% entre os RN com peso de nascimento entre 500 e 800 gramas. Dessa forma, percebemos que a incidência da DBP é inversamente proporcional à idade gestacional e ao peso de nascimento. Os relatos na literatura são extremamente variáveis, devido principalmente às diferenças da população estudada e aos diferentes diagnósticos utilizados para definir a doença (RAMOS; LIMA, 2010).

Recém-nascidos com peso inferior a 1000 gramas, sem doença pulmonar grave nos primeiros dias de vida, freqüentemente mantém um ritmo respiratório regular com desenvolvimento de apneias, em geral, a partir do 3º dia de vida. Acredita-se que a capacidade funcional residual pulmonar diminui progressivamente, com colabamento alveolar, levando o prematuro à hipoventilação, ao aumento das necessidades de oxigênio e às apneias (VOLKMER; FIORI, 2010).

A apneia da prematuridade raramente manifesta-se antes de 48 horas de vida e sua incidência está diretamente relacionada à idade gestacional. Acomete cerca de dois terços dos neonatos com idade gestacional abaixo de 28 semanas (BRASIL, 2011).

Assim observa-se uma baixa incidência das doenças pulmonares crônicas e com apneia, sugere-se que pela baixa incidência de prematuros extremos, e ainda, pela baixa prevalência de prematuros em ventilação mecânica por muito tempo, já que seu uso prolongado é fator de risco para o aparecimento.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente estudo permitiu uma abordagem da compreensão do perfil clínico-epidemiológico dos prematuros atendidos na UTIN do Hospital Universitário Clemente de Faria e diante de todas as conclusões obtidas no desenvolvimento deste trabalho, algumas considerações finais deverão ser feitas a respeito do tema. Os achados deste estudo apontam aspectos relevantes para a reflexão da saúde voltada para o prematuro.

Através do perfil epidemiológico da mãe, observa-se que a maior parte estava em idade reprodutiva, ou seja, entre 19 a 29 anos; são múltiparas e provenientes de outros municípios.

Em relação ao perfil epidemiológico do neonato, a maioria nasceu com menos de 35 semanas; de parto cesáreo; ocorrendo uma pequena prevalência do gênero masculino; abaixo de 2.500 gramas; com Apgar 1º e 5º minutos igual ou maior que 7, e; grande parte não fez uso de surfactante.

Quanto ao perfil clínico do neonato, a maioria não fez uso de ventilação mecânica, mas dos que fizeram uso a maior parte ficou por até 5 dias; houve uma menor utilização do CPAP nasal sendo a FIO₂ de 30% mais prevalente, porém grande maioria fez uso de outros métodos de oxigenoterapia; e, houve menor prevalência de complicações respiratórias como displasia broncopulmonar e apneia da prematuridade.

Em suma, os dados obtidos foram relevantes para construirmos um perfil dos prematuros atendidos no hospital, lembrando que essa população merece todo o cuidado e benignidade por parte dos profissionais em saúde, e com isso, almeja-se ter contribuído para um melhor conhecimento acerca dos neonatos prematuros.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, T. S. O. *et al.* Investigação sobre os Fatores de Risco da Prematuridade: uma Revisão Sistemática. **R bras ci Saúde**, v. 17, n. 3, p. 301-308, 2013.

- ARAÚJO, A. T *et al.* Fatores associados ao atraso do desenvolvimento motor de crianças prematuras internadas em unidade de neonatologia. **Rev. Bras. Saúde Matern. Infant.**, Recife, v. 13, n. 2, p. 119-128, abr./jun., 2013.
- ARRUÉ, A. M. *et al.* Caracterização da morbimortalidade de recém nascidos internados em unidade de terapia intensiva neonata. **Rev Enferm UFSM**, v. 3, n. 1, p. 86-92, jan./abr., 2013.
- BORBA, G. G. *et al.* Fatores associados à morbimortalidade neonatal: um estudo de revisão. **Saúde (Santa Maria)**, v. 40, n. 1, p. 09-14, jan./jul., 2014.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. **Atenção à saúde do recém-nascido: guia para os profissionais de saúde / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas.** – Brasília: Ministério da Saúde, 2011.
- CAÇOLA, P. *et al.* Baixo peso ao nascer e alterações no desenvolvimento motor: a realidade atual. **Rev Paul Pediatr**, v. 28, n. 1, p. 70-6, 2010.
- CHAGAS, R. I. A. *et al.* Análise dos fatores obstétricos, socioeconômicos e comportamentais que determinam a frequência de recém-nascidos pré-terms em UTI neonatal. **Rev. Soc. Bras. Enferm. Ped.**, v. 9, n. 1, p. 7-11, jul., 2009.
- CORDEIRO, M. M. **Ventilação mecânica em UTI neonatal.** 2011. 40 fls. Monografia (Mestrado em Terapia Intensiva) Sociedade Brasileira de Terapia Intensiva – SOBRATI, Cuiabá, 2011.
- CRUZ, A. R. M. *et al.* Sentimentos e expectativas da mãe com filho prematuro em ventilação mecânica **Rev. Eletr. Enf.** [Internet], v. 12, n. 1, p. 133-9, 2010.
- DÓRIA, M. T.; SPAUTZ, C. C. Trabalho de parto prematuro: predição e prevenção. **FEMINA**, v. 39, n. 9, set., 2011.
- FÁVERO, R. S. *et al.* Incidência e principais fatores associados à falha na extubação em recém-nascidos prematuros. **Pediatria**, São Paulo, v. 33, n. 1, p. 13-20, 2011.
- JOHNSTON, C. *et al.* I Recomendação brasileira de fisioterapia respiratória em unidade de terapia intensiva pediátrica e neonatal. **Rev Bras Ter Intensiva**, v. 24, n. 2, p. 119-129, 2012.
- MELO, M. R. O.; ANDRADE, I. S. N. S. Desenvolvimento infantil e prematuridade: uma reflexão sobre o conhecimento e as expectativas maternas. **Rev Bras Promoc Saude**, Fortaleza, v. 26, n. 4, p. 548-553, out./dez., 2013.
- MELO, A. D. M. *et al.* Influência do perfil sóciodemográfico materno nos prematuros nascidos no município de Maringá-Pr. VIII EPCC – Encontro Internacional de Produção Científica Cesumar CESUMAR – Centro Universitário de Maringá. **Anais Eletrônicos ...** Editora CESUMAR Maringá – Paraná – Brasil, Out, 2011.
- MELO, E. C. *et al.*, Nascimento prematuro: desafio em saúde pública. **Cienc Cuid Saude**, v. 12, n. 3, p. 415-415, jul./set. 2013a.
- MELO, E. C. *et al.*, Fatores relacionados ao parto cesáreo, baixa cobertura de pré-natal e baixo peso ao nascer. **REAS** [Internet], v. 2, n. 1, p. 47-59, 2013b.

- MENEZES, M. A. S. M. *et al.* Recém-nascidos prematuros assistidos pelo Método Canguru: avaliação de uma coorte do nascimento aos seis meses. **Rev Paul Pediatr.**, v. 32, n. 2, p. 171-7, 2014.
- OLIVEIRA, C. H. Y.; MORAN, C. A. Estudo descritivo: ventilação mecânica não invasiva em recém-nascidos pré-termo com síndrome do desconforto respiratório. **Conscientina e Saúde**, v. 8, n. 3, p. 485-489, 2009.
- OLIVEIRA, T. G. *et al.*, Escore de Apgar e mortalidade neonatal em um hospital localizado na zona sul do município de São Paulo. **Einstein**, v. 10, n. 1, p. 22-8, 2012.
- OLIVEIRA, P. C. *et al.*, Incidência e principais causas de extubação não planejada em unidade de terapia intensiva neonatal. **Rev Bras Ter Intensiva**, v. 24, n. 3, p. 230-235, 2012.
- OTA, N. T. *et al.*, Lesão nasal precoce pelo uso da pronga nasal em recém-nascidos prematuros de muito baixo peso: estudo piloto. **Rev Bras Ter Intensiva**, v. 25, n. 3, p. 245-250, 2013.
- PEYNEAU, L. G. **Acessibilidade a serviços especializados em Recém-nascidos prematuros nos primeiros anos de Vida**. Dissertação de Mestrado apresentado a Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória –EMESCAM. Vitória, 2011.
- RAMOS, H. A. C.; CUMAN, R. K. N. Fatores de risco para prematuridade: pesquisa documental. **Rev Enferm**, v. 13, n. 2, p. 297-304, abr./jun., 2009.
- RAMOS, C. M.; LIMA, I. K. **Atuação clínica e fisioterápica na displasia broncopulmonar: Relato de caso**. Trabalho de Conclusão de Curso de Fisioterapia, da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Juiz de Fora. Juiz de Fora, 2010.
- RIBEIRO, F. D. *et al.*, Extremos de idade materna e mortalidade infantil: análise entre 2000 e 2009. **Rev Paul Pediatr.**, v. 32, n. 4, p. 381-388, 2014.
- SALGE, A. K. M. *et al.*, Fatores maternos e neonatais associados à prematuridade. **Rev. Eletr. Enf.** [Internet], v. 11, n. 3, p. 642-6, 2009.
- SANTOS, M. L. M. *et al.*, Hiperoxemia e fração inspirada de oxigênio em recém-nascidos pré-Termo internados em uma uti neonatal. **Rev Bras Fisioter**, v. 16, n. 1, p. 106, 2012.
- SANTOS, D. N.; SOARES, L. O. O papel do fisioterapeuta na UTI neonatal: limites e possibilidades. IV Seminário de Pesquisas e TCC da FUG. 2. 2012. **Anais do ...** Brasília/DF, 2012.
- SANTOS, M. L. M. *et al.*, Efeitos de técnicas de desobstrução brônquica na mecânica respiratória de neonatos prematuros. **Rev Bras Ter Intensiva**, v. 21, n. 2, p. 183-189, 2009.
- STEIDL, E. M. S. *et al.* Fisioterapia neonatal: histórico e evolução. Jornada Interdisciplinar em saúde. 3.2010. **Anais da ...** Santa Maria, 2010.
- TEIXEIRA, M. A. D. *et al.* **Análise do uso de surfactante, suporte ventilatório, tempo de internação e número de óbitos em recém-nascidos de diferentes idades gestacionais**. Pós-graduação em Fisioterapia em Terapia Intensiva – Faculdade Ávila, 2010.