



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

DESFECHOS NEONATAIS DE RECÉM-NASCIDOS SUBMETIDOS À
REANIMAÇÃO NEONATAL EM SALA DE PARTO

Lilia Cristina Pantoja de Araújo
Ruan Matheus Silva de Freitas

BELÉM
2019

Lilia Cristina Pantoja de Araújo
Ruan Matheus Silva de Freitas

DESFECHOS NEONATAIS DE RECÉM-NASCIDOS SUBMETIDOS À
REANIMAÇÃO NEONATAL EM SALA DE PARTO

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. Sob
orientação da Prof^a. Dr^a. Andressa
Tavares Parente.

Belém - PA
2019

Lilia Cristina Pantoja de Araújo
Ruan Matheus Silva de Freitas

DESFECHOS NEONATAIS DE RECÉM-NASCIDOS SUBMETIDOS À
REANIMAÇÃO NEONATAL EM SALA DE PARTO

Banca Examinadora:

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

Prof.^a Franciane do Socorro Gomes Rodrigues
Universidade Federal do Pará

Enf.^a Esp. Rosângela Santana Moraes
Universidade Federal do Pará

Aprovado em ____/____/____

Conceito_____

Belém-PA
2019

*E o amor é tudo que eu preciso
E encontrei em seu coração
Não é tão difícil de ver*

(Bryan Adams)

AGRADECIMENTOS

Primeiramente, agradeço a Deus, a Ele toda honra e toda glória, desde o primeiro momento em que fui abençoada ao ser aprovada no vestibular, me deu a força e fé que me acompanharam ao longo desses anos e não me permitiram desistir. Nos momentos mais difíceis sei que Senhor me carregou no colo e sentimentos de esperança e fé nunca me faltaram. Agradeço, Oh Deus, por toda a força que colocou no meu coração que me ajudou a lutar até o fim. Dedico esta, bem como todas as minhas demais conquistas, aos meus amados pais Mary Pantoja e Antonio Viana; em especial agradeço à minha mãe que batalhou muito para me oferecer uma educação de qualidade e uma boa vida. Também aos meus irmãos Alessandra, Queila, Ana Beatriz e Samuel; a minha preciosa sobrinha Clarisse, meu melhor e maior presente. Ao Totó, meu cachorro, que muitas vezes teve que me ouvir, assustado, enquanto eu estudava em voz alta para apresentar trabalho. Meu namorado Ruan Freitas, o melhor presente que a faculdade poderia ter me dado. Obrigada meu amor por tudo o que você fez em minha vida. Obrigado pelo teu carinho, tua alegria, tua atenção, tua vibração com as minhas conquistas e teu ombro em cada momento difícil que você ajudou a atravessar. Sem você, essa conquista não teria o mesmo gosto. Obrigado meu amor. Te amo. Agradeço também a toda a tua família, especialmente aos meus sogros Cleide e Raimundo e a minha cunhada Rebeca. Dedico também essa conquista a todos meus familiares, em especial ao meu tio Paulo Ronaldo Farias Pantoja e a minha avó Tarcília Farias Pantoja que estão no céu e que eu tanto sinto falta. Gostaria tanto que vocês estivessem aqui, saibam que o meu amor por vocês será eterno. À prof^a. Dr^a. Andressa Tavares Parente, minha orientadora, pelo desafio do trabalho, dedicação e confiança. Obrigada por acreditar em meu potencial, pela oportunidade de aprendizado e por todos os momentos de conhecimento e incentivo. Agradeço as meninas do meu grupo, Maria Suelem, Lética Góes, Débora Almeida e Paula Monick por compartilharem comigo as alegrias e estresses da faculdade e da vida. Aos meus Amigos de longa data Hilton Vasconcelos e Jady Almeida que sempre estavam presentes em minha vida e que me ajudaram muito nessa jornada de forma direta e indireta, muito obrigada por todos os incentivos. Foi um caminho árduo, mas finalmente consegui chegar ao final. Mas sei que nada disso seria possível sem essas pessoas especiais.

Lilia Cristina Pantoja de Araújo

AGRADECIMENTOS

Sou grato por cada professor que fez parte da minha caminhada acadêmica, os resultados alcançados até aqui foram possíveis graças à luz de tais ensinamentos. Em especial, sou muito grato à nossa Coordenadora, Dr^a Andressa Parente, por nos acolher, apoiar, ensinar, corrigir, orientar e tornar a reta final mais leve, apesar de tudo. Agradeço-lhe por nos inspirar no cuidado em pediatria, cada futuro sorriso de criança ou gratidão dos pais terá a sua mão junto a nossa. Espero que nossa amizade perdure ao longo dos anos. À Lilia Cristina Pantoja de Araújo, minha parceira de trabalho, estudos, apresentações, tristezas e muitas alegrias: Você foi a maior bênção que eu poderia receber, chegou como um sol e iluminou a minha vida; sou grato por tudo que passamos e ainda vamos viver juntos, te amo mil milhões! Aos meus anjos, Cleide e Raimundo Freitas: minha gratidão eterna pelos bons exemplos que me deram desde a infância e por toda fé e orações dedicadas a mim, pois fizeram e fazem a diferença diariamente, amo vocês! À minha irmã querida, sou grato por me proporcionar um sentimento parecido ao de um pai ao se preocupar com seu filho, torço sempre para o seu bem. Sou muito grato a toda minha família por me apoiar, cada um à sua maneira, em todo meu trajeto antes mesmo de entrar na Universidade; a família é grande, mas gostaria de dedicar um grande abraço a todos da família Freitas e família Silva: sintam-se abraçados. Para minhas tias, Creuza e Raimunda: tenho-lhes guardado vários abraços, pois, mesmo sem saber, me deram forças e tem seu espaço especial no meu coração. Agradeço carinhosamente à Alessandra, Queila e Clarisse por estarem presentes nessa jornada. Agradeço imensamente a minha sogra Maria Pantoja pela parceria e apoio, é uma guerreira e inspira muita força. Agradeço a cada amigo, seja conhecido a pouco tempo ou alguns anos, seja na igreja, colégio ou faculdade: desejo sucesso e bênçãos em dobro por todo bem que fizeram. A todos: Muito obrigado!

Ruan Matheus Silva de Freitas

RESUMO

O nascimento é considerado um evento crítico e dá início a uma fase da vida denominada de período de transição, com duração de 28 dias, exige adaptações fisiológicas essenciais à vida extrauterina. Logo após o nascimento, o neonato necessita, imediatamente, assumir suas funções vitais e caso não evoluam satisfatoriamente, poderão necessitar de assistência especializada, como a reanimação que é definida como um conjunto de medidas que visam promover e estabilizar a oxigenação e circulação sanguínea do recém-nascido. É um procedimento muito realizado nas salas de parto e nas UTIN, onde há todo o aporte adequado para aumentar a sobrevivência dos neonatos. O objetivo deste trabalho foi investigar os desfechos neonatais de recém-nascidos submetidos à reanimação neonatal em sala de parto. Trata-se de um estudo descritivo, documental retrospectivo com abordagem quantitativa, constituído por uma amostra de 200 prontuários de RN's que precisaram ser reanimados na sala de parto no ano de 2017. Os dados foram tabulados em tabelas e gráficos e analisados de forma descritiva. As genitoras tinham idade média 25,7 anos, 64% realizaram o pré-natal incompleto, 60,5% foram submetidas à cesariana. As intercorrências gestacionais mais observadas foram leucorréia (33,5%) e infecção de trato urinário (30%). A maioria dos recém-nascidos era do sexo masculino (57%), pré-termos (53,5%), baixo peso (67,5%) classificado como adequado para idade gestacional (54,5%). Quanto ao índice de APGAR, 85% atingiu nota maior que 7 no primeiro minuto e no quinto minuto 64% ficaram entre notas 7 e 10. Entre os investigados 25,5% apresentou malformação. O tempo médio de internação foi de 27 dias. A média de reanimação foi de 1,95 e a maioria necessitou de apenas uma vez (59%). As manobras mais realizadas foram a VPP(100%) e IOT(62,5%). 73% foram encaminhados para UTIN e 62% evoluíram a alta por melhora. Os resultados obtidos permitiram identificar o perfil materno encontrado de maioria apresentando: incompleta a realização do pré-natal; idade fora dos extremos de risco; sem antecedentes de abortos; na primeira gestação, com feto único e parto cesariano. O perfil neonatal foi de maioria do sexo masculino, Pré-termo, Baixo-peso com peso adequado para a idade gestacional. As manobras de reanimações mais realizadas foram a Ventilação por Pressão Positiva e Intubação Oro Traqueal e mais da metade dos recém-nascidos evoluiu com o desfecho de alta por melhora do quadro.

Palavras-chave: Morbimortalidade Neonatal; Reanimação Cardiorrespiratória; Enfermagem Neonatal.

ABSTRACT

Birth is considered a critical event and begins a phase of life called the 28-day transition period, requiring essential physiological adaptations to extrauterine life. Immediately after birth, the newborn needs to immediately assume its vital functions and if they do not progress satisfactorily, they may need specialized assistance, such as resuscitation, which is defined as a set of measures aimed at promoting and stabilizing the oxygenation and blood circulation of the newborn. It is a procedure very performed in the birth rooms and in the NICU, where there is all the appropriate contribution to increase the survival of newborns. The aim of this study was to investigate the neonatal outcomes of newborns undergoing neonatal resuscitation in the birth room. This is a descriptive, retrospective documentary study with a quantitative approach, consisting of a sample of 200 newborns' records that needed to be resuscitated in the birth room in 2017. Data were tabulated in tables and graphs and analyzed descriptively. The mothers had an average age of 25.7 years, 64% underwent incomplete prenatal care, 60.5% underwent cesarean section. The most observed gestational complications were leukorrhea (33.5%) and urinary tract infection (30%). Most newborns were male (57%), preterm (53.5%), low weight (67.5%) classified as appropriate for gestational age (54.5%). Regarding the APGAR index, 85% reached a grade higher than 7 in the first minute and in the fifth minute 64% were between grades 7 and 10. Among the investigated 25.5% presented malformation. The average length of stay was 27 days. The average resuscitation was 1.95 and most needed only once (59%). The most performed maneuvers were PPV (100%) and IOT (62.5%). 73% were referred to the NICU and 62% were discharged for improvement. The results obtained allowed us to identify the maternal profile found in the majority presenting: incomplete prenatal care; age outside the extremes of risk; no history of abortions; in the first pregnancy, with single fetus and cesarean delivery. The neonatal profile was mostly male, preterm, underweight with adequate weight for gestational age. The most performed resuscitation maneuvers were Positive Pressure Ventilation and Oro Tracheal Intubation and more than half of the newborns evolved with discharge outcome due to improvement.

Key-Words: Indicators of Morbidity and Mortality; Cardiopulmonary Resuscitation; Neonatal Nursing

Lista de ilustrações

Gráfico 01 – Intercorrências durante a gestação.....	34
Gráfico 02 – Manobras de reanimação em sala de parto.....	39

Lista de Tabelas

Tabela 01 – Perfil Materno – Variáveis obstétricas.	31
Tabela 02 – Perfil Materno – Consultas, Tipo de parto e de gestação.....	32
Tabela 03 – Classificação de nascimento dos recém-nascidos.....	35
Tabela 04 – Sexo dos recém-nascidos.....	36
Tabela 05 – Escore de Apgar no 1º e 5º minuto.....	37
Tabela 06 – Ocorrência de malformação e presença de mecônio ao nascer.....	38
Tabela 07 – Quantidade de reanimações.....	39
Tabela 08 – Setor de indicação da internação e Desfechos da internação.....	40
Tabela 09 – Relação das variáveis maternas com o desfecho hospitalar.....	41
Tabela 10 - Relação das variáveis neonatais com o desfecho hospitalar.....	42

Lista de abreviaturas e siglas

AIG	Adequado para Idade Gestacional
BPM	Batimentos Por Minuto
HAS	Hipertensão Arterial Sistêmica
HIV	Vírus da Imunodeficiência Humana
ILCOR	International Liaison Committee on Resuscitation
ITU	Infecção do Trato Urinário
IG	Idade Gestacional
IOT	Intubação Oro Traqueal
FC	Frequência Cardíaca
FEBRASGO	Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia
FSCMPA	Fundação Santa Casa de Misericórdia do Pará
GIG	Grande para a Idade Gestacional
MS	Ministério da Saúde
OMS	Organização Mundial da Saúde
PEEP	Pressão Positiva Expiratória Final
PIG	Pequeno para Idade Gestacional
PRNSBP	Programa Neonatal da Sociedade Brasileira de Pediatria
RNBP	Recém-Nascido de Baixo Peso
RNPT	Recém-Nascido Pré-Termo
RNMBP	Recém-Nascido de Muito Baixo Peso
RNEBP	Recém-Nascido de Extremo Baixo Peso
RN	Recém Nascido
RN's	Recém-Nascidos
SAM	Síndrome da Aspiração de Mecônio
SBP	Sociedade Brasileira de Pediatria
SHEG	Síndrome Hipertensiva Específica da Gestação
UCI	Unidade de Cuidados Intermediários
UTI	Unidade de Terapia Intensiva
UTIN	Unidade de Terapia Intensiva Neonatal
VPP	Ventilação com Pressão Positiva

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	13
1.1	Conceituação do tema.....	13
1.2	Justificativa.....	15
1.3	Problematização.....	15
1.4	Objetivos.....	16
2.	REFERENCIAL TEÓRICO.....	17
2.1	Reanimação Neonatal.....	17
2.2	Classificações dos recém-nascidos.....	20
2.3	Relação entre classificação do recém-nascido e necessidade de reanimação.....	21
2.3.1	Recém-nascido de risco habitual.....	21
2.3.2	Recém-nascido de Alto risco.....	23
2.3.3	Recém-nascido Prematuro.....	25
2.3.4	Recém-nascido banhado em mecônio.....	26
2.4	Ética e bioética.....	26
2.4.1	Início da reanimação.....	26
2.4.2	Interrupção da reanimação.....	27
3	METODOLOGIA.....	28
3.1	Tipo de estudo.....	28
3.2	Local e período da pesquisa.....	28
3.3	Participantes da pesquisa.....	28
3.4	Critérios de inclusão.....	29
3.5.	Critérios de exclusão.....	29
3.6.	Instrumento de coleta de dados.....	29
3.7.	Análise dos dados.....	29
3.8.	Procedimentos éticos.....	29
4.	RESULTADO E DISCUSSÃO.....	31
4.1.	Categoria 1 - Perfil Materno.....	31
4.2.	Categoria 2 – Perfil Neonatal.....	35
4.3.	Categoria 3 – Reanimações.....	39
4.4.	Categoria 4 – Desfechos Neonatais.....	40
5.	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	45
	REFERÊNCIAS.....	47
	APÊNDICE A – Instrumento de coleta de dados.....	53
	ANEXO A – Parecer Consubstanciado do CEP.....	54

1 - INTRODUÇÃO

1.1 - Conceituações do Tema

O nascimento é considerado um evento crítico e dá início a uma fase da vida denominada de período de transição, com duração de 28 dias, exige adaptações fisiológicas essenciais à vida extrauterina. Logo após o nascimento o neonato necessita assumir imediatamente as funções vitais, que durante a vida intrauterina eram realizadas pela placenta. Caso essas adaptações não evoluam satisfatoriamente, os bebês poderão necessitar de assistência especializada destinada ao atendimento de pacientes graves ou de risco. (ROSSETTO *et al*, 2011)

Os RN's de risco necessitam de um suporte assistencial diferenciado, com apoio de suporte vital completo, monitoração e equipamentos de reanimação que auxiliam nas condições essenciais e vitais para a sobrevivência e desenvolvimento do RN no ambiente extrauterino (COELHO *et al*, 2018).

Um desses suportes é a reanimação que é definida como um conjunto de medidas que visam promover e estabilizar a oxigenação e circulação sanguínea do recém-nascido, através de ventilação mecânica e massagem cardíaca, quando este nasce apneico ou bradicárdico. (TAMEZ, 2014).

É um procedimento muito realizado nas salas de parto e nas Unidades de Terapia Intensiva (UTIN) onde há todo o aporte tecnológico adequado para aumentar as chances de sobrevivência dos neonatos submetidos a esse conjunto de manobras. (SANTIAGO *et al*, 2017). Por ser uma prática arriscada de provocar sequelas graves nos RN's de alto risco, se faz necessário aos profissionais de saúde, além do domínio técnico, um raciocínio coerente para realização de um atendimento vantajoso em evitar danos desnecessários. (LINO *et al*, 2018).

Existem os grupos de alto risco claramente identificáveis, como aqueles nascidos prematuros ou com problemas de saúde, que possuem índices de morbidade e mortalidade infantis elevados. (DOYLE *et al*, 2014). Para Lino *et al*. (2018), o recém-nascido (RN) de risco pode ser definido como sendo um bebê que está exposto a situações em que há maior risco de evolução desfavorável, além de apresentar maior chance do que a média de mortalidade e morbidade. Sendo também aquele que passou por intercorrências que tenham provocado alterações, seja na gestação, no período perinatal ou pós-natal. (COSTA *et al*, 2014)

De acordo com o Ministério da Saúde (MS) o RN de risco apresenta pelo menos um destes critérios: baixo peso ao nascer (menor que 2500g); menos de 37 semanas de idade

gestacional; asfixia grave (Apgar menor que 7 no quinto minuto de vida); mãe adolescente, menor que 18 anos; mãe com baixa instrução, menos de 8 anos de estudo; residência em área de risco; história de morte de crianças menores de 5 anos na família; Desnutrição grave; Crescimento ou Desenvolvimento inadequado; Presença de doenças de transmissão vertical, como Toxoplasmose, Sífilis e Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV); Triagem neonatal positiva; Malformações congênitas e ocorrência de intercorrência na maternidade ou internamento na Unidade de Terapia Intensiva (UTI) ou Unidade de Cuidado Intermediário (UCI) por mais de 72 horas, neste último caso sendo considerado de alto risco. (BRASIL, 2012)

A atenção ao RN avançou muito nas últimas décadas, principalmente com a ênfase dada nos cuidados prestados, o que favoreceu melhores índices de sobrevida dos recém-nascidos (RN's). (MELO; UCHIMURA, 2011). Com o advento das incubadoras, do uso de medicamentos como o surfactante e com o surgimento de novos antimicrobianos, além da terapia com oxigênio e o protocolo de reanimação, alcançou-se uma maior sobrevida dos bebês em estados mais graves (CRUZ *et al*, 2011).

Atualmente, sabe-se que é muito importante o estudo dos fatores de risco para a mortalidade infantil e, especialmente, neonatal, pois esta representa um dos melhores indicadores da qualidade da assistência à saúde. A identificação dos fatores de risco possibilita a prevenção dos mesmos, visando a melhoria do atendimento ao RN. (RISSO; NASCIMENTO, 2010).

Crianças em condições críticas de adaptação ao ambiente extrauterino possuem maiores chances de desfechos negativos. Entende-se por desfecho hospitalar a necessidade e tempo de internação com suporte em UTIN, o tempo de internação hospitalar total, a taxa de óbito e de sobrevida (QUEIROZ *et al*, 2018).

Para Azria *et al*. (2012), desfechos neonatais desfavoráveis são definidos como uma ou mais das seguintes condições: score de Apgar no 5º minuto menor que 7; intubação traqueal; admissão em UCI em menos de 4 dias de nascimento; acesso em UTIN em menos de 24 horas de nascimento; trauma do nascimento; mortalidade fetal e neonatal antes da alta hospitalar, ocorrendo tanto em parto vaginais quanto em cesarianas.

A sobrevida infantil é influenciada por diversos fatores: socioeconômicos, culturais, demográficos, ambientais, perinatais e assistenciais, e a ocorrência do óbito no período neonatal pode estar relacionada com os diversos determinantes sociais e biológicos, que atuam como fatores de risco na ocorrência desse desfecho (NORONHA *et al*, 2012).

O estudo dos fatores de risco associados à mortalidade neonatal visa contribuir para o conhecimento dos reais determinantes do óbito neonatal com o objetivo de melhorar a assistência materno-infantil e, conseqüentemente, evitar a ocorrência desse desfecho. (KNUPP, 2010)

Desse modo, a equipe de enfermagem deve, primordialmente, conhecer o perfil fisiológico e reconhecer as diferentes classes de riscos nos neonatos para que saiba reconhecer as necessidades específicas e planejar a devida assistência, visto que passa a maior parte do tempo junto ao paciente. (COELHO *et al* 2018).

1.2. Justificativa

A equipe de enfermagem passa a maior parte do tempo junto ao RN, prestando assistência desde o momento de seu nascimento, seja em sala de parto, centro obstétrico, UTIN ou alojamento conjunto. Então é ela que, na maioria das vezes, identifica e sinaliza as intercorrências e a necessidade de reanimação. Portanto, cabe ao enfermeiro grande responsabilidade no domínio da realização de técnicas corretas, a fim de evitar futuras complicações acarretadas por procedimentos mal conduzidos (SOUSA *et al*, 2016).

Desta forma, o seguinte estudo torna-se pertinente para promoção de uma reflexão crítica entre os profissionais de enfermagem envolvidos na assistência de cuidados neonatais intensivos, na medida em que identifica os desfechos dos neonatos que foram submetidos às manobras de reanimação em sala de parto, visto que a viabilidade do procedimento não depende apenas da condição clínica do RN, mas de outras variáveis que podem ser analisadas para auxiliar na elaboração de melhores estratégias de atendimento.

1.3. Problemática

A Fundação Santa Casa de Misericórdia do Pará (FSCMPA) é um Hospital regional que presta assistência aos 144 municípios do estado do Pará. Em 2013 inaugurou a Unidade Materna Infantil Drº Almir Gabriel que conta com 406 leitos, distribuídos nas alas de pediatria, Neonatologia, UTI materna e pediátrica, maternidade e UCI (PARÁ, 2017).

Por se tratar de uma unidade referência no atendimento aos RN's de alto risco, o fluxo de pacientes admitidos é alto. De acordo com o relatório anual de 2016, foram realizados 10.203 partos na instituição, 2.607 RN's foram admitidos na neonatologia e 721 na UTIN, representando que 27,6% dos RN's admitidos precisaram de cuidados intensivos. (PARÁ, 2017).

De acordo com os dados do DATASUS, em 2017, o número de óbitos neonatais ocorridos na FSCMPA, representou 51% de todos os óbitos ocorridos nos hospitais do município de Belém; analisando as variáveis: óbitos neonatais por causas evitáveis reduzíveis por atenção à mulher na gestação; reduzíveis por adequada atenção à mulher no parto e reduzível por adequada atenção ao RN. (BRASIL, 2018).

Os RN's de alto risco, na maioria dos casos, necessitam de intervenções imediatas, como principal exemplo a reanimação, que precisa ser realizada de forma adequada e com pouca margem de erro para não provocar sequelas; portanto, uma das formas de evitar danos aos RN's é através do conhecimento prévio dos perfis mais encontrados em ambos os setores, o que antecipa os cuidados a serem prestados e torna a assistência mais segura. (TOMAZONI, 2017). Diante deste contexto, questiona-se: Quais os desfechos neonatais dos RN's que foram submetidos às manobras de reanimação neonatal na sala de parto?

1.4. Objetivos

Geral:

- a. Investigar os desfechos neonatais de recém-nascidos submetidos à reanimação neonatal em sala de parto na Fundação Santa Casa de Misericórdia do Pará.

Específicos:

- a. Analisar o perfil materno relacionado à ocorrência da reanimação neonatal
- b. Traçar o perfil dos recém-nascidos submetidos à Reanimação Neonatal em sala de parto da FSCMPA;
- c. Avaliar as manobras de reanimação neonatais mais frequentes durante a realização do procedimento
- d. Identificar os desfechos dos casos analisados

2 - REFERENCIAL TEÓRICO

2.1. Reanimação Neonatal

A avaliação clínica do recém-nascido ao nascer através da escala de Apgar foi criada em 1953 por Virginia Apgar e validada em 1958. Esta escala avalia a frequência cardíaca; frequência respiratória, tônus muscular; resposta motora e coloração do recém-nascido, sendo verificada no 1º minuto de vida e, novamente, no 5º minuto (OLIVEIRA *et al* 2012).

A pontuação de Apgar pontua de 0 a 2 para cada uma das 5 medidas de saúde neonatal. Os pontos dependem da maturidade fisiológica, da terapia materno-perinatal e das condições cardiorrespiratórias e neurológicas fetais. A nota final, resultado da soma das avaliações, entre 7 a 10 aos 5 min é considerada normal; uma nota entre 4 a 6, intermediária; e 0 a 3, baixa. A pontuação de Apgar baixa não é, por si só, diagnóstico de asfixia perinatal, mas está associada a risco de disfunção neurológica a longo prazo. Pontuação de Apgar baixa, prolongada (> 10 min), prevê alto risco de mortalidade no primeiro ano de vida. O sinal mais precoce de asfixia é a cianose de extremidades, seguida de diminuição respiratória, do tônus muscular, de reflexos e dos batimentos cardíacos (BRASIL, 2012).

Em 1994 surgiu o Programa de Reanimação Neonatal da Sociedade Brasileira de Pediatria (PRNSBP), atuando na capacitação teórica e prática de profissionais de saúde com base nos documentos publicados, a cada cinco anos, pelo International Liaison Committee on Resuscitation (ILCOR), com a finalidade de reduzir a mortalidade associada à asfixia perinatal. Acredita-se que o treinamento em reanimação neonatal seja um importante fator contribuinte para diminuir a mortalidade neonatal precoce no Brasil (SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA, 2018).

De acordo com manual do PRNSBP (2011), o resultado do Apgar não foi mais indicado para determinar o início da reanimação nem as manobras a serem instituídas no decorrer do procedimento. No entanto, sua aplicação ainda permite avaliar a resposta do paciente às manobras realizadas e a eficácia dessas manobras. Assim, se o escore é inferior a 7 no 5º minuto, recomenda-se realizá-lo a cada cinco minutos, até 20 minutos de vida. É necessário documentar o escore de Apgar de maneira concomitante à dos procedimentos de reanimação executados (ALMEIDA; GUINSBURG, 2011).

A avaliação da coloração da pele e mucosas do RN não é mais utilizada para decidir procedimentos na sala de parto. Estudos recentes têm mostrado que a avaliação da cor das extremidades, tronco e mucosas, rósea ou cianótica, é subjetiva e não tem relação com a saturação de oxigênio ao nascimento. Além disso, RN's com respiração regular e

Frequência Cardíaca (FC) >100 bpm podem demorar minutos para ficar rosados. Naqueles que não precisam de procedimentos de reanimação ao nascer, a saturação de oxigênio com 1 minuto de vida se situa ao redor de 60-65%, só atingindo valores entre 87-92% no quinto minuto. Assim, o processo de transição normal para alcançar uma saturação de oxigênio acima de 90% requer 5 minutos ou mais em RN's saudáveis (BRASIL, 2012).

A partir de 2011, a reanimação passou a depender da avaliação simultânea da respiração e da FC. A avaliação da respiração é feita por meio da observação da expansão torácica do RN ou da presença de choro. A respiração espontânea está adequada se os movimentos são regulares e suficientes para manter a FC >100 bpm. Já se o paciente não apresentar movimentos respiratórios, eles forem irregulares ou o padrão for do tipo *gasping* (suspiros profundos entremeados por apneias), a respiração está inadequada (ALMEIDA; GUINSBURG, 2016).

A FC é o principal determinante da decisão de indicar as diversas manobras de reanimação. Determinar a FC de maneira rápida, acurada e confiável é um ponto crítico para a tomada de decisões em sala de parto. Os métodos de avaliação da FC nos primeiros minutos de vida incluem a palpação do cordão umbilical, a ausculta do precórdio com estetoscópio, a detecção do sinal de pulso pela oximetria e da atividade elétrica do coração pelo monitor cardíaco (ALMEIDA; GUINSBURG, 2016).

Se a FC for <100 bpm ou o RN não apresentar movimentos respiratórios regulares, inicia-se a VPP com máscara facial e ar ambiente (oxigênio a 21%) nos primeiros 60 segundos de vida (“Minuto de Ouro”). Sendo necessária a fixação de três eletrodos do monitor cardíaco e o sensor do oxímetro para monitorar a oferta do oxigênio suplementar. O emprego da VPP com balão auto inflável e máscara é feito na frequência de 40-60 movimentos/minuto, de acordo com a técnica de apertar o balão e soltar vagarosamente em dois movimentos. Se não apresentar melhora, deve se iniciar a VPP com ventilador mecânico manual em “T” por meio de máscara facial, a concentração inicial de oxigênio é de 30%, quando não houver melhora e/ou não atingir os valores desejáveis de SatO₂, recomenda-se sempre verificar e corrigir a técnica da ventilação antes de aumentar a oferta de oxigênio suplementar (CARVALHO; PELLEZ, 2019).

É indicada a ventilação através de cânula traqueal quando a ventilação com máscara facial não foi efetiva. A confirmação de que a cânula está localizada na traqueia é obrigatória, sendo prioritária nos pacientes bradicárdicos que não estão respondendo às medidas de reanimação. O melhor indicador de que a cânula está na traqueia é o aumento da FC. A confirmação da posição da cânula é feita por meio da inspeção do tórax, ausculta

das regiões axilares e gástrica e observação da FC. Após a intubação, inicia-se a ventilação com o ventilador mecânico manual em “T” e deve-se fixar o fluxo gasoso entre 5 a 15 L/minuto, limitar a pressão máxima do circuito em 30-40 cmH₂O, selecionar a pressão inspiratória entre, aproximadamente, 20 a 25 cmH₂O, e ajustar a Pressão Positiva Expiratória Final (PEEP) ao redor de 5 cmH₂O (GUINSBURG; ALMEIDA, 2016).

Quando a intubação traqueal não é possível, a máscara laríngea é uma alternativa para manter as vias aéreas pervias e assegurar a ventilação pulmonar do RN com IG maior que 34 semanas e com peso maior que 2000g (BRASIL, 2012).

Quando não há reversão do quadro, apesar da VPP parecer efetiva, é provável que a hipoxemia e a acidose metabólica estejam deprimindo o miocárdio, de tal maneira que o fluxo sanguíneo pulmonar esteja comprometido e o sangue não seja adequadamente oxigenado pela ventilação em curso. Nesse caso, a massagem cardíaca está indicada. Dessa maneira, a massagem cardíaca só é iniciada se a FC estiver <60 bpm, após 30 segundos de VPP com técnica adequada por meio da cânula traqueal e uso de concentração de oxigênio de 60-100% (GUINSBURG; ALMEIDA, 2016).

A compressão cardíaca é realizada no terço inferior do esterno, onde se situa a maior parte do ventrículo esquerdo. A técnica dos dois polegares é mais eficiente, pois gera maior pico de pressão sistólica e de perfusão coronariana, além de ser menos cansativa. Deve-se aplicar os dois polegares sobrepostos no terço inferior do esterno, ou seja, logo abaixo da linha intermamilar e poupando o apêndice xifóide. O restante das mãos circunda o tórax, dando suporte ao dorso durante a massagem (CARVALHO; PELLENZ, 2019).

A ventilação e a massagem cardíaca são realizadas de forma sincrônica, mantendo-se uma relação de 3:1, ou seja, 3 movimentos de massagem cardíaca para 1 movimento de ventilação, com uma frequência de 120 eventos por minuto (90 movimentos de massagem e 30 ventilações) (GUINSBURG; ALMEIDA, 2016).

Quando a FC permanece <60 bpm, a despeito de ventilação efetiva por cânula traqueal com oxigênio a 100%, acompanhada de massagem cardíaca adequada, o uso de adrenalina, expensor de volume ou ambos está indicado. A via preferencial para a infusão de medicações na sala de parto é a endovenosa, sendo a veia umbilical de acesso fácil e rápido. O cateter venoso umbilical deve ser inserido com emergência, assim que há indicação do uso de medicações na sala de parto. A administração de medicações por via traqueal só pode ser usada para a adrenalina uma única vez, sabendo-se que a absorção por via pulmonar é lenta, imprevisível e a resposta, em geral, é insatisfatória (ALMEIDA; GUINSBURG, 2016).

Quando não há reversão da bradicardia com a adrenalina endovenosa, deve se assegurar que a VPP e a massagem cardíaca estão adequadas, repetir a administração de adrenalina a cada 3-5 minutos (sempre por via endovenosa na dose 0,03 mg/kg) e considerar o uso do expansor de volume (CARVALHO; PELLENZ, 2019).

O expansor de volume pode ser necessário para reanimar o RN com hipovolemia. A suspeita é feita quando não houve aumento da FC em resposta às outras medidas de reanimação e/ou se há perda de sangue ou sinais de choque hipovolêmico, como palidez, má perfusão e pulsos débeis. A expansão de volume é feita com soro fisiológico na dose de 10 mL/kg lentamente, em 5-10 minutos, podendo ser repetida a critério clínico. Com o uso do expansor, espera-se o aumento da FC e a melhora dos pulsos e da palidez (GUINSBURG; ALMEIDA, 2016).

Uma vez realizados os cuidados para estabilização/reanimação ao nascimento, serão necessários cuidados específicos relacionados à manutenção da temperatura corporal, permeabilidade de vias aéreas, suporte respiratório e acesso vascular (CARVALHO; PELLENZ, 2019).

2.2. Classificações dos recém-nascidos

A compreensão da condição de risco de um Recém-Nascido está relacionada às suas variáveis de classificação. A idade gestacional (IG) é o indicador mais próximo da avaliação de risco de morbidade, mortalidade e sequelas (SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA, 2018).

De acordo com sua IG, os RN's podem ser classificados em: Pré Termo Tardio, entre 34 semanas e 0 dias e 36 semanas e 6 dias; Pré Termo Moderado (ou moderadamente pré termo), 32 semanas e 0 dias e 33 semanas e 6 dias; Muito Pré Termo: 28 semanas e 0 dias a 31 semanas e 6 dias; Pré Termo Extremo, menor que 28 semanas e 0 dias; Termo Precoce: com IG ao nascimento entre 37 e 38 semanas; Termo: de 39 a 41 semanas e Pós - Termo: a partir de 42 semanas e 0 dias (SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA, 2017)

Em relação ao peso ao nascer, tem-se as classificações: Macrossômico: com peso maior que 4000 g; Peso normal ao nascer: entre 2500 a 3999 g; Baixo peso ao nascer (RNBP) com menos de 2500g (2499 g); Muito baixo peso (RNMBP): com menos de 1500g (1499g) e Extremo baixo peso (RNEBP): com menos de 1000g (999g) (SÃO PAULO, 2015) A classificação do risco neonatal de acordo com o peso ao nascer deve ser realizada levando em conta a maturidade e desnutrição fetal (SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA, 2018).

Na relação entre o peso ao nascer com a IG de nascimento, o RN é classificado segundo seu crescimento intrauterino, conforme o gráfico de Battaglia e Lubchenco em RN Grande para a IG (GIG) com peso acima do percentil 90; RN Adequado para a IG (AIG) peso entre o percentil 10 e 90; RN Pequeno para IG (PIG) com peso abaixo do percentil 10 (MIRANDA, 2010).

2.3. Relação entre classificação do recém-nascido e necessidade de reanimação

2.3.1. Recém-nascido de risco habitual

A gestação de risco habitual é caracterizada pela ausência de fatores de riscos individuais, sociodemográficos, relacionados à história obstétrica anterior e doenças ou agravos que possam interferir negativamente na evolução da gravidez (SILVA *et al*, 2019). O momento do parto pode ser visto como a finalização de um processo que se iniciou no cuidado integral à saúde da mulher e, especialmente, com a saúde reprodutiva. (REIS *et al*, 2014).

O processo dinâmico e a complexidade das alterações funcionais e anatômicas que ocorrem no ciclo gestacional exigem avaliações continuadas e específicas em cada período; devido a isso, a gravidez de baixo risco pode ser confirmada somente ao final do processo gestacional, após o parto e o puerpério (BRASIL, 2012).

Após a saída do canal de parto, a principal adaptação fisiológica, mais crítica e imediata do feto logo após o nascimento é a transição da circulação placentária para a respiração independente. Seu pulmão deverá transformar-se rapidamente de um órgão preenchido de líquido e com pouco fluxo sanguíneo para um órgão arejado e com maior fluxo de sangue, capacitado a executar a troca direta de gás com o meio ambiente (BRASIL, 2014).

A descida pelo canal de parto e o próprio manuseio durante o parto ajudam a estimular a respiração do RN, que pode ser reforçada com o estímulo tátil. Outra adaptação importante é a transição da circulação fetal para a pós-natal, que envolve o fechamento dos *shunts fetais* – forame oval, ducto arterioso e o ducto venoso – e pode levar alguns dias após o nascimento. Outros fatores envolvidos na adaptação do RN à vida extrauterina são a termo regulação, o equilíbrio hidroeletrolítico e o desenvolvimento dos sistemas fisiológicos (HOCKENBERRY; WILSON, 2011).

O Ministério da Saúde incentiva o uso de práticas de atenção ao parto normal, de baixo custo e baseadas em evidências científicas, que podem aumentar os índices de sobrevivência dos recém-nascidos, que são: o clampeamento tardio do cordão umbilical, o contato imediato pele a pele e o início da amamentação. Tais práticas, além de proporcionar

benefícios instantâneos aos RN's, podem ter impacto ao longo prazo na saúde da mãe e do bebê e influenciam no desenvolvimento da criança além do período neonatal (OLIVEIRA *et al*, 2014).

Recomenda-se que o cordão umbilical seja cortado em momento oportuno, ou seja, após cessar a pulsação, o que leva em torno de três minutos. Durante esse tempo o RN continua recebendo um volume de sangue da placenta, por meio do cordão umbilical, representando um aumento de aproximadamente 50% no volume de sangue total, melhorando as condições hematológicas e, conseqüentemente, prevenindo a anemia (BRASIL, 2011).

A avaliação do estado geral do RN nos primeiros minutos de vida é de extrema relevância, pois determina as condutas assistenciais que deverão ser ofertadas e que dependem da sua vitalidade ao nascer. Se o RN de termo, ao nascimento está respirando ou chorando e com tônus muscular em flexão, independentemente do aspecto do líquido amniótico, ele apresenta boa vitalidade e não necessita de manobras de reanimação (ALMEIDA; GUINSBURG, 2016).

Mesmo em gestações de risco habitual podem ocorrer situações de emergência, como prolapso ou rotura de cordão, nó verdadeiro de cordão, descolamento prematuro de placenta, hipertonia uterina, entre outras, que podem resultar em graus variáveis de hipóxia fetal e levar à necessidade inesperada de procedimentos de reanimação neonatal (SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA, 2018).

Se, logo após o nascimento, o bebê estiver ativo e reativo, imediatamente oportuniza-se o contato direto da pele do RN com a pele da mãe e é conveniente mantê-los assim durante a primeira hora de vida, se possível. O contato pele a pele após o parto auxilia na regulação da temperatura do RN, promove a amamentação e o vínculo entre a mãe e o bebê (BRASIL, 2011).

Em conformidade com essas práticas, recomenda-se que depois do parto de bebês de baixo risco ou risco habitual seja adiado, pelo menos durante a primeira hora de vida, qualquer procedimento rotineiro de atenção ao RN que o separe de sua mãe. O atendimento ao RN à termo e saudável na sala de parto tem sofrido uma série de modificações nos últimos anos e um dos objetivos é diminuir o excesso de intervenções a ele aplicadas logo após o nascimento (MOREIRA *et al*, 2014)

Porém, as práticas rotineiras relacionadas à atenção ao RN no ambiente hospitalar ainda incluem a separação imediata entre a mãe e o RN após o parto, de modo a facilitar a avaliação do bebê pelo profissional médico pediatra ou neonatologista. Além da necessária avaliação médica, procedimentos desnecessários como a aspiração de vias aéreas superiores

e aspiração gástrica ainda são comuns na assistência ao RN saudável. No entanto, estas têm sido avaliadas como práticas inadequadas segundo as evidências atuais sobre os cuidados neonatais imediatos (MOREIRA *et al*, 2014). Os RN's saudáveis, portanto, devem ser assistidos junto de suas mães e práticas prejudiciais a este que interferem neste contato imediato deveriam ser evitadas (PERLMAN *et al*, 2010)

2.3.2. Recém-nascido de Alto risco

Apesar de se tratar de evento fisiológico, estima-se que 20% das gestantes apresentam mais probabilidades de evolução desfavorável, tanto para elas como para o feto, constituindo o grupo denominado "gestantes de alto risco" (AQUINO *et al*, 2015).

Gestação de risco é aquela na qual a vida ou a saúde da mãe e/ou do feto e/ou do RN têm maiores chances de serem atingidas por morbidades que a da média da população considerada. Fatores de risco gestacional são características, situações ou patologias que levam a uma maior probabilidade de complicações e, como consequência, um maior risco de a mulher e/ou o feto evoluírem para óbito (BRASIL, 2012).

Diversas são as causas, incluindo as que acontecem antes da gravidez como: características individuais e condições sociodemográficas desfavoráveis: idade materna acima de 35 e abaixo de 15 anos, anormalidades estruturais nos órgãos reprodutivos, baixa escolaridade, condições ambientais desfavoráveis, dependência de drogas lícitas ou ilícitas e exposição a riscos ocupacionais. Histórico reprodutivo anterior: abortamento habitual; morte perinatal explicada ou inexplicada; histórico de recém-nascidos com crescimento restrito ou malformação; parto Pré-termo anterior; intervalo interpartal menor que dois anos ou maior que cinco anos; nuliparidade ou grande multiparidade; Síndrome hemorrágica ou hipertensiva; Diabetes gestacional e cirurgia uterina anterior (incluindo duas ou mais cesáreas anteriores); Condições clínicas preexistentes: Hipertensão arterial; cardiopatias; pneumopatias; nefropatias; endocrinopatias (principalmente diabetes e tireoidopatias); hemopatias; epilepsia; doenças infecciosas (considerando a situação epidemiológica local); doenças autoimunes; ginecopatias ou neoplasias (CORRÊA *et al*, 2017).

Outros grupos de fatores de risco referem-se a condições ou complicações que podem surgir no decorrer da gestação transformando-a em uma gestação de alto risco: exposição indevida ou acidental a fatores teratogênicos; doença obstétrica na gravidez atual; desvio quanto ao crescimento uterino; multiparidade atual; volume de líquido amniótico alterado; trabalho de parto prematuro; gravidez prolongada; ganho ponderal inadequado; pré-eclâmpsia e eclâmpsia; diabetes gestacional, amniorrexe prematura; hemorragias da

gestação; insuficiência istmo-cervical; aloimunização e óbito fetal; Intercorrências clínicas: doenças infectocontagiosas vividas durante a decorrente gestação (ITU, doenças do trato respiratório, rubéola, toxoplasmose, etc.) e doenças clínicas diagnosticadas pela primeira vez na gestação (cardiopatias, endocrinopatias, etc.) (BRASIL, 2012).

Devido a essas intercorrências, os riscos de morbimortalidade dos RN's aumentam na medida em que os índices de classificação do desenvolvimento intrauterino diminuem. Portanto, a faixa dos RN's que contém os Pré-termos Moderados a Extremos, juntamente com os RN's Baixo Peso a Extremo Baixo Peso ao nascer representa os maiores riscos (MIRANDA, 2010; SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA, 2018).

Os RN's com malformação são classificados como de risco. As anomalias congênitas são desordens estruturais ou funcionais que podem ocorrer no período do desenvolvimento fetal, consistindo em alterações na estrutura, no funcionamento fisiológico ou no metabolismo de células, tecidos e/ou órgãos, que desencadeiam defeitos morfológicos e bioquímicos que podem ser detectados durante o pré-natal, parto ou após o nascimento; tais agravos podem ser visíveis imediatamente ou identificados posteriormente, podendo causar invalidez ou morte à criança (BRITO *et al*, 2010).

As causas das malformações ligadas aos transtornos congênitos e perinatais, muitas vezes são relacionadas a agentes infecciosos prejudiciais à organogênese fetal, tais como os vírus da rubéola, da imunodeficiência humana (HIV), o vírus Zika, o citomegalovírus; o *Treponema pallidum* e o *Toxoplasma gondii*; além do uso de drogas lícitas ou ilícitas, medicamentos teratogênicos e endocrinopatias maternas que também podem causar anomalias (LIMA *et al*, 2017) O neonato considerado como de risco, necessita de monitorização e cuidados especiais para sobreviver, depende que o sistema de saúde garanta o acesso desta população aos cuidados especializados e necessários para uma assistência de qualidade (SILVA; ARAÚJO; TEIXEIRA, 2012).

Os RN's macrossômicos também se enquadram na categoria de alto risco, devido estar associados à diabetes materna, gestacional ou pré-gestacional. A macrossomia aumenta o risco de complicações para a mãe e para o RN como: desproporção feto-pélvica; maior necessidade de parto cesariano; traumatismo perineal; aumento do tempo de internamento após o parto; maior risco de baixo índice de Apgar ao 5º minuto; síndrome de aspiração meconial; hipoglicemia; doença das membranas hialinas e distócia de ombros, podendo estar associada, ou não, a fratura da clavícula ou lesão do plexo braquial (RIBEIRO *et al*, 2017).

Após o trabalho de parto, considera-se que as intervenções devam ser direcionadas para ajudar na transição da vida intrauterina para a extrauterina (MARQUES; MELO, 2011). Durante essa transição é fundamental a presença de uma equipe de profissionais de saúde treinada em práticas de atendimento de reanimação neonatal, onde pelo menos um desses profissionais seja capacitado a realizar os passos iniciais e a ventilação com pressão positiva (VPP) por meio de máscara facial (ALMEIDA; GUINSBURG, 2016).

2.3.3. Recém-nascido Prematuro

Uma grande porcentagem dos RN's prematuros (RNPT) apresentam dificuldades na adaptação à vida extrauterina e por isso precisam de ajuda para iniciar a transição cardiorrespiratória. Estudo realizado analisando dados de 9.565 neonatos nascidos no período de 2003 a 2007 com IG entre 22 a 28 semanas e peso entre 401 a 1500g mostrou que 67% receberam VPP, 8% massagem cardíaca e 5% medicações ainda no Centro Obstétrico. A estrutura e a qualidade do cuidado pré-natal, da assistência ao trabalho de parto e parto e do atendimento neonatal refletem diretamente na sobrevivência dos RNPT. (ALMEIDA; GUINSBURG, 2011).

Quando o RNPT apresenta hipotonia ou não apresenta respiração ao nascimento, é necessário que o clampeamento do cordão umbilical seja imediato. Todos os RN's com IG menor que 37 semanas ou se apresentar vitalidade inadequada ao nascer precisam ser conduzidos para a mesa de reanimação para receber calor, aspiração de vias aéreas quando necessário e secagem. A temperatura corporal deve se mantida entre 36,5 e 37°C e por isso a sala de parto e a sala onde são realizados os procedimentos de reanimação deve ser mantida em 26°C de temperatura ambiente para diminuir a perda de calor dos RNPT (OLIVEIRA *et al*, 2014).

Depois de realizado o clampeamento do cordão, o RN deve ser recepcionado em campos aquecidos e colocados sob calor radiante. Em casos de RN's com peso menor que 1500g, é recomendado utilizar saco plástico para envolver seu corpo antes de prosseguir para as manobras necessárias; Pode se usar touca para reduzir a perda de calor na região da fontanela. Apesar de essa medida ser necessária, é preciso atenção para evitar hipertermia em pacientes asfixiados, pois pode agravar lesão cerebral. (ALMEIDA; GUINSBURG, 2011).

A aspiração de vias aéreas é reservada aos RN's que tem sua respiração espontânea obstruída por secreções ou irão receber VPP. Quando o RN apresenta vitalidade adequada, com respiração rítmica e regular e FC maior que 100 bpm, ele deve receber os cuidados de

rotina na sala de parto. Caso não apresente melhora, é indicada a VPP. (DAVIS *et al*, 2014).

2.3.4. Recém-Nascido banhado em mecônio

O risco da necessidade de reanimação é elevado quando o RN nasce com líquido amniótico meconial, o que também indica sofrimento fetal; por isso a equipe que atende ao nascimento deve estar antecipada para realização da intubação traqueal. A aspiração das vias aéreas do RN nascido banhado em mecônio não é indicada pois não demonstra relação entre a diminuição da incidência da Síndrome da Aspiração de Mecônio (SAM), a necessidade de ventilação mecânica ou no tempo de uso de oxigenoterapia e hospitalização. (ALMEIDA; GUINSBURG, 2011).

Quando o RN com presença de líquido amniótico meconial é Pré-termo tardio ou Pós-termos e não iniciou movimentos respiratórios regulares ou apresenta tônus muscular flácido, é necessário levá-lo à mesa de reanimação, realizar os passos iniciais da reanimação e permanecer em observação contínua até apresentar respiração espontânea regular e FC maior que 100 bpm, para então entrar contato pele-a-pele com a mãe, envolvido com tecido seco e aquecido para evitar perda de calor. A equipe deve manter a observação da reatividade, tônus muscular e a respiração/choro do RN. (ALMEIDA; GUINSBURG, 2016).

Quando o RN com presença de líquido amniótico meconial apresenta apneia, respiração irregular ou FC menor que 100 bpm, são realizadas a VPP com máscara facial e ar ambiente nos primeiros 60 segundos de vida. Quando não há melhora após 30 segundos de ventilação e há suspeita de obstrução de vias aéreas, o mecônio residual na hipofaringe e traqueia podem ser retirados sob visualização direta. A aspiração traqueal aspira o excesso de mecônio e deve ser realizada uma única vez; esse procedimento é realizado através de uma cânula traqueal conectada a um dispositivo para aspiração de mecônio e ao aspirador a vácuo com pressão. (ALMEIDA; GUINSBURG, 2016).

2.4. Ética e bioética.

2.4.1. Início da reanimação

As orientações para início das manobras de reanimação neonatal e para sua interrupção envolvem questões controversas e dependem de vários conceitos sociais,

culturais e religiosos, os quais envolvem a discussão de conceitos morais e éticos (ALMEIDA; GUINSBURG, 2016).

A primeira decisão de aspecto ético controverso se trata da decisão de iniciar a reanimação na sala de parto. Quando o RN apresenta IG a partir de 34 semanas, essa questão é discutida caso ele apresente malformação congênita potencialmente letal, a qual necessita de diagnóstico ante natal. A vontade dos genitores e a terapêutica pós-natal devem ser consideradas na decisão da conduta a ser adotada, a qual deve ser discutida antes do parto; Caso haja incertezas, a decisão final é realizada no momento do nascimento mediante avaliação da situação (ALMEIDA; GUINSBURG, 2016).

2.4.2. Interrupção da reanimação

A interrupção da reanimação também é um aspecto ético controverso. Em RN's que apresentam assistolia aos 10 minutos de vida, constatada pelo escore de Apgar 0 no 10º minuto, a reanimação pode ser interrompida independente da idade gestacional. Se o RN apresentar IG maior ou igual a 34 semanas, as manobras podem ser realizadas por 10 minutos; a continuidade do procedimento a partir daí precisa ser avaliada individualmente a depender do caso. (ALMEIDA; GUINSBURG, 2016).

3 - METODOLOGIA.

3.1. Tipo de estudo

A presente pesquisa é um recorte do projeto de pesquisa intitulado “A ocorrência de Reanimação neonatal em neonatos nascidos em uma maternidade de referência do Estado do Pará”, que se baseia em um estudo descritivo, documental retrospectivo com abordagem quantitativa. A pesquisa quantitativa utiliza a descrição matemática como uma linguagem que descreve as causas de um fenômeno, estabelecendo uma relação entre o modelo teórico proposto e os dados observados no mundo real (TEIXEIRA, 2012).

As pesquisas descritivas segundo Silva e Fossa (2015), são aquelas que atendem de forma mais adequada a intenção de estudos que visam expor características de um fenômeno a ser estudado, partindo do pressuposto de que a partir de uma análise descritiva, é possível interpretar e conhecer a realidade a ser pesquisada, sem causar qualquer tipo de interferência ou modificação, com isso, ao descobrir e observar o fenômeno, busca-se descrevê-los, classificar e interpretá-los.

O estudo documental retrospectivo, busca a avaliação de documentos de arquivos de uma determinada instituição, não possuindo contato com os sujeitos das pesquisas e possibilitam uma leitura aprofundada das fontes. São utilizados para comparar e descrever fatos, tendências ou características (LIMA, 2017; PIANA, 2009). A abordagem quantitativa vem como alternativa para a compreensão dos fenômenos, baseada basicamente na utilização de métodos estatísticos, que lidam com amostras com elevado número de observações (SOUSA; CARMO; SCHMIDT, 2016).

3.2. Local e período da pesquisa

A pesquisa foi realizada no setor de Arquivo na Gerência de Informação ao Paciente (GIPE), localizada no térreo do prédio centenário da FSCMPA localizada na Rua Bernal do Couto, 1040, Bairro Umarizal, Belém/Pará. Fone: 4009-2200, no período de janeiro a março de 2019.

3.3. Participantes da pesquisa

Foram participantes do presente estudo 200 prontuários de neonatos nascidos na FSCMPA, de ambos os gêneros e que foram submetidos à reanimação cardiopulmonar em sala de parto. O tamanho da amostra baseou-se na população anual de neonatos nascidos na Instituição, levando-se em consideração um Erro amostral de 5% e nível de confiança de 95%.

3.4. Critérios de inclusão

Foram participantes do presente estudo prontuários de neonatos nascidos na FSCMPA, de ambos os gêneros que tenham sido submetidos à reanimação cardiopulmonar em sala de parto no ano de 2017.

3.5. Critérios de exclusão

Foram excluídos do presente estudo os prontuários de RN's que não se enquadraram entre os critérios supracitados: os que não foram submetidos à reanimação neonatal em sala de parto; os que não nasceram na instituição ou no ano de 2017 e aqueles prontuários que estiverem com informações incompletas referentes às variáveis analisadas no estudo ou neonatos de origem indígena.

3.6. Instrumentos de coleta de dados

A coleta de dados ocorreu através da análise de prontuários de recém-nascidos nascidos na FSCMPA e submetidos a manobra de reanimação. O ponto de partida da busca nos prontuários se deu a partir dos nascidos na instituição. As informações serviram de base para análise do perfil dos que necessitaram da realização de manobras de reanimação cardiopulmonar e identificou a ocorrência de Reanimação neonatal nos recém-nascidos de alto risco, atendidos na maternidade da FSCMPA. Foi utilizado como instrumento de coleta de dados um roteiro contendo variáveis dos neonatos que necessitaram de reanimação, o qual foi analisado e feito a tabulação dos dados, acerca da ocorrência de reanimação em neonatos, contendo as informações: tipo de nascimento, peso, idade gestacional, sexo, medidas antropométricas, Apgar, presença de malformação congênita, uso de surfactante, a necessidade de manobras de reanimação, e história materna: gestação, pré-natal, exames realizados, intercorrências na gravidez entre outros (Apêndice A).

3.7. Análises dos dados

Após a coleta, as amostras foram demonstradas de maneira quantitativa através da ferramenta de bases estatísticas Excel, que foram tabulados em quadros, tabelas e gráficos e analisadas de forma descritiva. Foram observadas as ocorrências e manobras mais frequentes de reanimação neonatal em neonatos, onde houve análise e acréscimo de levantamento bibliográfico sobre o assunto, embasando desta forma os dados obtidos, para consolidação do estudo.

3.8. Procedimentos éticos

A pesquisa foi realizada seguindo as normas que regulamentam as pesquisas envolvendo seres humanos contidas na resolução nº 466/12 CNS/CONEP. O referido trabalho foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da Fundação Santa Casa de Misericórdia do

Pará e aprovado sob o parecer nº 2.993.058 da Plataforma Brasil; sendo que a etapa de coleta de dados ocorreu apenas após a aprovação e autorização do projeto de pesquisa pelo parecer do CEP supracitado. (Anexo A).

4 - RESULTADOS E DISCUSSÃO

O estudo analisou o perfil materno e neonatal em uma amostra de 200 prontuários de recém-nascidos submetidos às manobras de reanimação em sala de parto na FSCMPA no ano de 2017. A partir dos dados e variáveis pesquisadas foram estabelecidas quatro categorias: Perfil materno, Perfil Neonatal, Manobras de Reanimação e Desfechos, apresentadas a seguir.

4.1. Categoria 1 – Perfil materno

Tabela 1- Perfil Materno – Variáveis Obstétricas

Variável	N (%)	Média aritmética / Desvio padrão (Min - Máx)
Idade		25,7 / 7,3 (13 - 45)
≤ 19	41 (20,5)	
20 – 34	131 (65,5)	
≥ 35	28 (14)	
Gestação		2,4 / 1,9 (1 -13)
Primigesta	90 (45)	
Secundigesta	46 (23)	
Multigesta	64 (32)	
Paridade		1,1 / 1,7 (0 - 12)
Primípara	95 (47,5)	
Múltipara	105 (52,5)	
Abortos		0,3 / 0,6 (0 - 4)
0	156 (78)	
1	34 (17)	
≥ 2	10 (5)	
Total	200 (100)	

Fonte: Autoria própria.

Tabela 2 - Perfil Materno – Consultas, Tipo de parto e de gestação

Variável	N (%)	Média aritmética / Desvio padrão (Min - Máx)
Consultas		3,1 / 2,3 (0 - 10)
< 6	128 (64)	
≥ 6	33 (16,5)	
Nenhuma	39 (19,5)	
Tipo de Parto		
Cesariana	121(60,5)	
Normal	79 (39,5)	
Tipo de Gestação		
Única	184 (92)	
Múltipla	16 (8)	
Total	200 (100)	

Fonte: Autoria própria.

De acordo com os dados maternos contidos na Tabela 1, a maioria das mães (65,5%) apresentou idade entre 20 a 34 anos, sendo a média de 25,7 anos. Destacaram-se primigestas (45%), Multíparas (52,5%), 78% sem histórico de aborto. De acordo com a Tabela 2, houve média de 3 consultas no pré-natal, sendo 83,5% da amostra com menos de 6 consultas; O tipo de parto mais prevalente foi cesariano (60,5%) e a gravidez única (92%).

A idade materna é considerada um fator determinante de saúde, pois os extremos de idade: adolescentes até 19 anos e adultas acima de 35 anos podem apresentar fatores de risco para as principais complicações maternas na gestação, como: hipertensão arterial, diabetes, maior número de cesarianas, trabalho de parto prematuro, placenta prévia e amniorrexe prematura. (ALMEIDA *et al*, 2018; RIBEIRO *et al*, 2014). Portanto, no presente estudo, a maioria das mães dos recém-nascidos estava fora desse percentual de risco.

Conceitua-se como abortamento a interrupção da gravidez ocorrida antes da 22ª semana de gestação (BRASIL, 2012). Segundo a Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia- FEBRASGO (2017), o risco de nova perda gestacional aumenta 11,5% após um aborto, 29,4% após dois e 40% após três perdas sucessivas; portanto, a maioria das participantes deste estudo (78%) não apresentou esse risco, pois não haviam tido algum aborto.

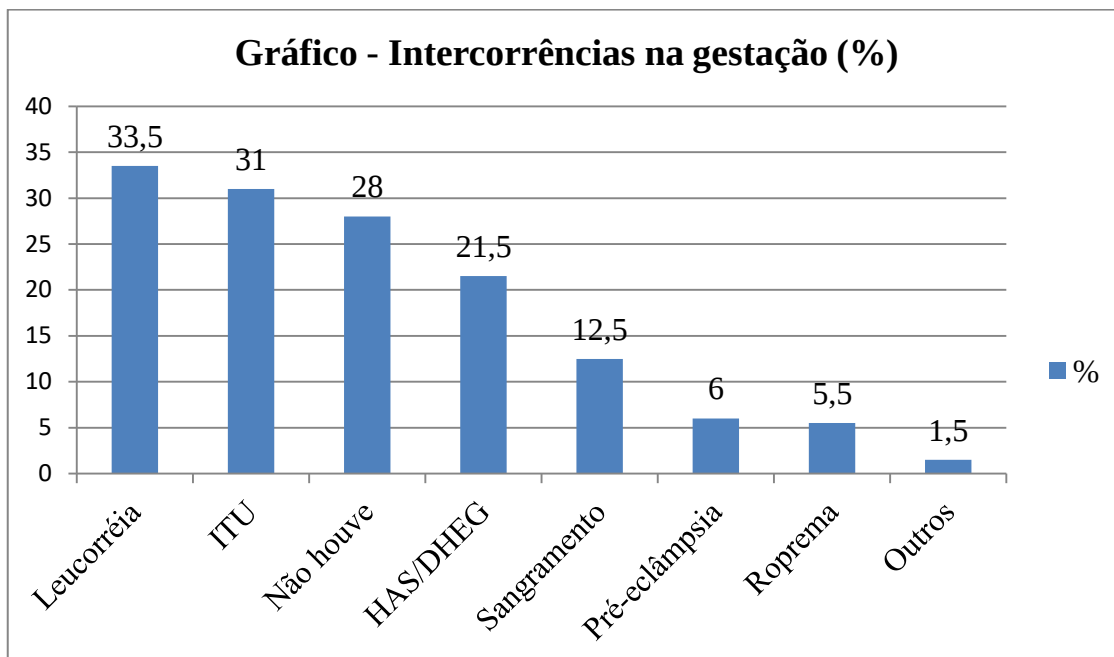
O pré-natal foi avaliado em incompleto ou completo de acordo com o número mínimo de seis consultas preconizadas pelo MS (BRASIL, 2012). Estudo de Nascimento *et al.* (2015), aponta a relação direta entre os índices de mortalidade infantil e o baixo número de consultas realizadas no acompanhamento pré-natal. Analisando os resultados da amostra do presente estudo, houve a predominância de pré-natal incompleto entre as mães dos recém-nascidos.

Os achados do estudo, presentes na Tabela 2, indicam um maior índice de partos cesáreos (60,5%) em relação aos 39,5% de partos vaginais.

A Organização Mundial de Saúde (OMS) preconiza que o total de partos por cesariana em relação ao número total de partos realizados em um serviço de saúde seja de 15%, os quais devem ter indicação precisa (BENINCASA *et al.*, 2012). De acordo com Sanches *et al.* (2012), o Brasil apresenta uma das taxas de cesárea mais elevadas do mundo e tem sido citado como exemplo claro do abuso desse procedimento, o que foi demonstrado neste estudo com a quantidade de cesáreas quatro vezes maior que o recomendado pela OMS; Porém, esse resultado pode ser justificado pelo perfil de atendimento da FSCMPA ser referência para gestação de alto risco.

A gestação múltipla é associada a taxas mais altas de quase todas as complicações da gravidez, com exceção de macrosomia e pós-datismo. O risco mais grave é de nascimento prematuro, até 48% dos bebês decorrentes de gestações gemelares nascem antes das 34 semanas. As altas taxas de malformações fetais e restrição de crescimento também são importantes nos gemelares (BRASIL, 2012). Portanto, a grande maioria (92%) da amostra deste estudo não apresentou este fator de risco.

Gráfico 1 – Intercorrências durante a gestação



Fonte: Autoria própria.

De acordo com o Gráfico 1, as intercorrências mais prevalentes nesta amostra foram: Leucorréia (33,5%), ITU(31%) e Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) ou Síndrome Hipertensiva Específica da Gestação (SHEG) (21,5%). 28% não apresentaram intercorrências e em média 2% apresentaram outras intercorrências, como: HIV; Anemia; Diabetes; Oligoâmnio; Corioamnionite; Amniorrexe ou uso de drogas lícitas ou ilícitas.

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 (VARELA *et al*, 2017).

Estudos de Matuszkiewicz-Rowinska *et al.* (2015) e de Ye *et al.* (2014), apresentam as intercorrências mais encontradas na gestação: Leucorréia, ITU, SHEG e sangramento vaginal, o que está de acordo com os resultados do presente estudo. Estudo de Varela *et al.* (2017), destaca a ITU como a doença infecciosa mais recorrente e que acarreta maiores complicações clínicas, porém neste estudo prevaleceu a Leucorréia.

4.2. Categoria 2 – Perfil Neonatal

Tabela 3 – Classificação de nascimento dos recém-nascidos.

Variável	N (%)
Classificação da IG	
Pré-Termo	107 (53,5)
Termo Precoce	38 (19)
Termo	48 (24)
Pós Termo	3 (1,5)
Dados não informados	4 (2)
Prematuridade	
Pré-termo Tardio	41 (20,5)
Pré-termo Moderado	20 (10)
Muito Pré-Termo	28 (14)
Pre-termo Extremo	18 (9)
Classificação do Peso	
Macrossômico	2 (1)
Normal	63 (31,5)
Recém-nascido Baixo Peso	135 (67,5)
Classificação do Baixo Peso	
Recém-nascido Baixo Peso	70 (35)
Recém-nascido Muito Baixo Peso	25 (12,5)
Recém-nascido Baixo Peso Extremo	40 (20)
Classificação do Peso x IG	
GIG	5 (2,5)
AIG	109 (54,5)
PIG	82 (41)
Dados não Informados	4 (2)
Total	200 (100)

Fonte: Autoria própria.

Tabela 4 – Sexo dos recém-nascidos.

Sexo dos RN's	N (%)
Masculino	114 (57)
Feminino	85 (42,5)
Indefinido	1 (0,5)
Total	200 (100)

Fonte: Autoria própria

De acordo com os dados contidos na Tabela 3, a maioria dos RN's foram Pré-termos (53,5%), Pré-termos tardios (20,5%), Recém-nascidos de Baixo Peso (67,5%) e Pesos Adequados para a Idade Gestacional (41%). A Tabela 4 mostra que houve predominância do sexo masculino (57%).

Neste estudo foi possível identificar um maior número de nascimento do sexo masculino em relação ao feminino, o que está de acordo com estudos dos autores: Silva *et al.* (2019), Cavalcante *et al.* (2018) e Prigenzi (2012). Foi encontrado ainda 1 nascimento de sexo indefinido, representando 0,5% do total de casos.

De acordo com a Sociedade Brasileira de Pediatria - SBP (2017), a IG pode ser classificada como: Pré Termo Extremo, menor que 28 semanas e 0 dias; Muito pré termo: 28 semanas e 0 dias a 31 semanas e 6 dias; Pré Termo Moderado (ou moderadamente pré termo), 32 semanas e 0 dias a 33 semanas e 6 dias; Pré Termo Tardio, entre 34 semanas e 0 dias e 36 semanas e 6 dias; Termo Precoce, entre 37 e 0 dias e 38 semanas e 6 dias; Termo, 39 semanas e 0 dias e 41 semanas e 6 dias; e Pós- Termo a partir de 42 semanas. No presente estudo a média da IG em dias foi igual a 35 semanas, classificada como Pré Termo Tardio.

Outro parâmetro importante na avaliação da condição de saúde do RN é o peso ao nascer, ele pode alertar os profissionais de saúde sobre o risco de morbimortalidade, pois tem influência direta no crescimento e desenvolvimento da criança. Portanto, é importante utilizar curvas adequadas de acompanhamento do crescimento fetal, pois os desvios estão relacionados ao aumento de agravos perinatais e devem ser avaliados precocemente (TOURINHO; REIS, 2013).

Ao relacionar os parâmetros de peso ao nascer com a idade gestacional, pode-se classificar o RN em Grande para a Idade Gestacional (GIG), Adequado para Idade Gestacional (AIG) ou Pequeno para Idade Gestacional. De acordo com o estudo de BARBOSA (2012), a prevalência do RN's com peso AIG é maior, seguida de PIG e AIG, o que condiz com os resultados do presente estudo.

Tabela 5 – Escore de Apgar no 1º e 5º minuto

Apgar	N (%)	Média aritmética / Desvio Padrão (Mín – Máx)
Apgar 1'		4,4 / 2,4 (0 - 9)
≥ 7	30 (15)	
< 7	170 (85)	
Apgar 5'		7,3 / 1,9 (0 - 10)
≥ 7	128 (64)	
< 7	72 (36)	
Total	200 (100)	

Fonte: Autoria própria.

A Tabela 5 demonstra que os escores de Apgar mais prevalentes no primeiro minuto de vida foram valores menores que 7 (85%) e no quinto minuto de vida foram valores entre 7 e 10 (64%).

Segundo Oliveira *et al.* (2012), o escore de Apgar entre 7 e 10 significa um nascimento sadio e que a criança tem menos chances de problemas de saúde futuros. O escore menor que 7 alerta para atenção especial. O resultado do presente estudo assemelha-se ao de Bouzada *et al.* (2018), onde a maioria dos RN's apresentou escore menor que 7 no primeiro minuto de vida. A Pesquisa de Ermel e Grave (2011), também demonstrou que no quinto minuto de vida a maioria dos RN's apresentou escore igual ou maior que 7.

Tabela 6 – Ocorrência de Malformação e Presença de Mecônio ao nascimento.

Variável	N (%)
Malformação	
Presente	51(25,5)
Ausente	149 (74,5)
Mecônio	
Presente	45 (22,5)
Ausente	122 (61)
Dados não informados	33 (16,5)
Total	200 (100)

Fonte: Autoria própria.

De acordo com a Tabela 6, prevaleceu o índice de nascidos sem algum tipo de malformação (74,5%) e com ausência de mecônio ao nascimento (61%).

Segundo Pinto *et al.* (2017), no Brasil estima-se que as anomalias congênitas estão presentes em 3% dos nascimentos. Estudo realizado em Mato Grosso por Silva *et al.* (2018), identificou uma taxa de 15% de nascimentos com malformações no ano de 2016 e outra pesquisa realizada em São Paulo por Cosme *et al.* (2017), mostrou uma taxa de 17,9% no ano de 2014; representando índices mais próximos do que o presente achado (25,5%). Esses resultados podem ser explicados pelos diferentes tamanhos de amostra.

O índice encontrado de presença de mecônio ao nascimento está de acordo com o dado divulgado pelo MS, o qual aproximadamente 10 a 25% dos RN's podem apresentar líquido amniótico meconial, dos quais apenas 1 a 2% desenvolvem a Síndrome da Aspiração Meconial (BRASIL, 2016).

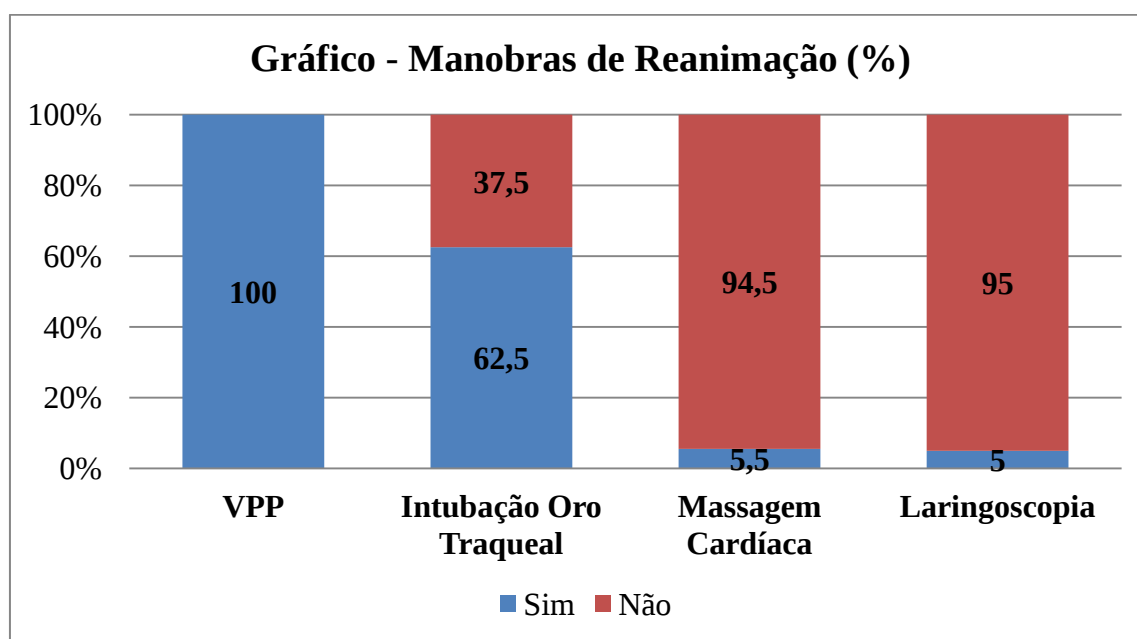
4.3. Categoria 3 – Reanimações

Tabela 7 – Quantidade de reanimações

Variável	N (%)	Média aritmética / Desvio Padrão (Mín – Máx)
Reanimações		1,95 / DP (1 - 7)
1	118 (59)	
2	25 (12,5)	
≥ 3	57 (28,5)	
Total	200 (100)	

Fonte: Autoria própria.

Gráfico 2 – Manobras de reanimação em Sala de Parto



Fonte: Autoria própria.

A Tabela 7 descreve a quantidade de reanimações que todos os RN foram submetidos durante a internação. A média de reanimação foi de 1,95, sendo 7 o número máximo e 1 o mínimo (ser reanimado foi pré-requisito para fazer parte da amostra). Todos os RN's foram reanimados ao menos uma vez, em sala de parto, sendo que 59% não precisaram de outras reanimações no setor de internação. 12,5% foram reanimados mais 1 vez no setor de

internação (UTIN ou UCI) e 28,5% foram reanimados 2 vezes ou mais durante a internação.

O Gráfico 2 apresenta as manobras de reanimação realizadas na sala de parto, onde 100% foram submetidos à Ventilação por Pressão Positiva (VPP), 62,5% precisou de Intubação Oro Traqueal, 5,5% precisou de Massagem cardíaca e 5% de Laringoscopia.

Segundo Almeida e Guinsburg (2016), cerca de um em cada 10 recém-nascidos (RN) necessitam de ajuda para iniciar e/ou manter movimentos respiratórios efetivos; um em cada 100 precisa de intubação traqueal; e 1-2 em cada 1.000 requer intubação acompanhada de massagem cardíaca e/ou medicações.

4.4. Categoria 4 – Desfechos Neonatais

Tabela 8 – Setor de indicação da internação e Desfecho da internação hospitalar

Variável	N (%)
Setor de Indicação	
UTIN	146 (73)
UCI	54 (27)
Desfecho da internação	
Alta	124 (62)
Óbito	76 (38)
Total	200 (100)

Fonte: Autoria própria.

A Tabela 8 mostra a prevalência da UTIN (73%) como destino de indicação após a saída da sala de parto e que a maioria recebeu alta por melhora clínica (62%).

A alta hospitalar foi dividida em duas variáveis: alta por melhora ou óbito. A taxa de óbitos foi de 38%, semelhante ao estudo de Da Cristovam (2019), que apresentou 39,4% de taxa de óbito em um hospital universitário no Paraná entre 2012 e 2015.

Tabela 9 – Relação das variáveis maternas com o desfecho hospitalar

Variável	Indicação		Desfecho		Tempo de internação em dias
	UTIN (%)	UCI (%)	Alta (%)	Óbito (%)	Média (Min - Máx)
Idade Materna					
≤ 19	15,5	5	12,5	8	22 (1-308)
20 – 34	48	17,5	40	25,5	20,5 (1-321)
≥ 35	9,5	4,5	9,5	4,5	34 (1-236)
Consultas Pré- Natal	UTIN (%)	UCI (%)	Alta (%)	Óbito (%)	Média (Min - Máx)
Não Realizou	3	6,5	9	0,5	26,2 (1-321)
Incompleto	57	16,5	40,5	33	23,12 (1-308)
Completo	13	4	12,5	4,5	17,41 (1-98)
Total	100%		100%		

Fonte: Autoria própria.

De acordo com a Tabela 9, as variáveis maternas que mais se destacaram foram a faixa etária entre 20 a 34 anos e o Pré-natal incompleto como os mais prevalentes de indicação à UTIN (48% e 57%, respectivamente); ambas as variáveis também prevaleceram entre o desfecho de alta por melhora (40% e 40,5%, respectivamente).

De acordo com a Tabela 10, As variáveis neonatais mais prevalentes foram os RNBP (54,5%), Pré-termos (45%), Apgar 1' ≤ 6 (63%), Apgar 5' ≥ 7 (42,5%) e os sem malformação (51,5%) como os mais indicados para internação na UTIN. Quanto ao desfecho os maiores índices foram os de óbitos entre os RNBP (35,5%) e Pré-termos (30,5%); a alta por melhora prevaleceu no Apgar 1' ≤ 6 (52%), Apgar 5' ≥ 7 (44%) e nos RN's sem malformação (48,5%).

Em relação ao tempo de internação, a amostra apresentou a média de 22,7 dias, com 79,5% internados num período menor que 30 dias e 5% num período maior que 98 dias.

Estudos de Costa *et al.* (2017) e Lages *et al.* (2014), constataram que a maioria das mães dos neonatos internados na UTIN apresentava-se na faixa etária de adultas jovens entre 19 e 34 anos, o que assemelha-se aos resultados encontrados no presente estudo.

Tabela 10 – Relação das variáveis neonatais com o desfecho hospitalar

Variável	Indicação		Desfecho		Tempo de internação em dias
Peso					
RNBP	54,5	12,5	31,5	35,5	25,64 (1-321)
Normal	18,5	13,5	29,5	2,5	10,8 (1-41)
Macrossômico	0	1	1	0	272 (236-308)
IG					
Pretermo	45	8	22,5	30,5	27,87 (1-321)
Termo	25,5	18	37,5	6	18,86 (1-308)
Pós-Termo	1	0,5	1,5	0	6,66(1-14)
Sem Classificação	1,5	0,5	0,5	1,5	16,5 (2-34)
Apgar 1'					
≤ 6	63	22	52	33	21,7(1-321)
7 a 10	10	5	10	5	28,7(-165)
Apgar 5'					
≤ 6	30,5	5,5	18	18	20,43(1-321)
7 a 10	42,5	21,5	44	20	24,21(1-165)
Má formação					
Sim	21,5	4	13,5	12	16,62(1-98)
Não	51,5	23	48,5	26	24,85(1-321)
Total	100%		100%		

Fonte: Autoria própria.

Contudo, os extremos de idade materna apresentaram frequência significativa para a necessidade de UTIN, constituindo-se como maiores fatores de risco gestacionais e piores condições perinatais, a exemplo do parto pré-termo, baixo peso de nascimento, e maior

necessidade de internação do RN em UTIN. Tais fatores foram os mais prevalentes neste estudo (BRAZIL, 2012).

Estudo de Fernandes *et al.* (2019), associa a necessidade de reanimação na sala de parto, e posterior assistência em UTIN, à IG. Desse modo, quanto menor for a IG, maior será a probabilidade de o RN carecer de técnicas de reanimação, pelas características que são próprias da prematuridade, o que explica a maior prevalência de prematuros indicados à UTIN neste estudo.

Segundo o estudo de Castro *et al.* (2012), o peso ao nascer foi evidenciado como um dos fatores mais importantes para sobrevivência dos RN's, assim quanto mais próximo do normal for o peso, melhor o prognóstico neonatal, o que foi demonstrado no presente estudo onde a maioria dos RN's com peso normal tiveram desfecho de alta por melhora.

Estudos realizados no Brasil por Fernandes *et al.* (2019), Costa *et al.* (2017) e Lima *et al.* (2015), demonstraram que as principais características dos RN's admitidos na UTIN foram: maioria do sexo masculino, prematuros, com baixo peso ao nascer, com índices de Apgar maiores do que sete no 1º e 5º minutos de vida e com malformações congênitas. Tais resultados estão de acordo com os resultados apresentados, a exceção dos índices de Apgar no 1º minuto.

A presença de baixo peso entre RN's a termo está associada a características maternas como extremos de idade, primiparidade, desnutrição, ganho inadequado de peso durante a gestação e número de consultas no pré-natal menor que seis consultas (PEREIRA, 2015). Tal relação pode ser encontrada neste estudo pela prevalência do pré-natal incompleto e do maior índice de nascimentos de RNBP. De acordo com Lima *et al.* (2015), tais eventos podem ser evitados com intervenções pré-natais e perinatais adequadas.

Os escores de Apgar, juntamente com o peso ao nascer e IG são alguns dos fatores determinantes de mortalidade neonatal, sendo, por outro lado, uma medida de vitalidade do RN, do sucesso da reanimação, do tamanho e da maturidade do conceito (QUEIROZ *et al.*, 2018) O que pode ser indicado no presente estudo com a maioria dos RN's necessitando de apenas uma reanimação, o que é demonstrado pela melhora significativa do Apgar no 5º minuto de vida após realização de manobras de reanimação.

Na pesquisa feita por Damian *et al.* (2016), em relação ao tempo de internação, os neonatos permaneceram, em média, 23 dias internados; o tempo mínimo de internação foi de um dia e o máximo 363 dias, porém 80% ficaram internadas por um período menor que 30 dias. Semelhante aos resultados do presente estudo.

Segundo estudo realizado por Freitas *et al.* (2018), verificou-se que quanto maior o número de complicações que agravam o estado de saúde do bebê, maior é o tempo que este bebê permanece internado na unidade de cuidados neonatais, menor é o contato com os cuidadores e, principalmente a mãe, favorecendo ao maior risco de mortalidade e morbidade.

O presente estudo assemelha-se aos resultados de Lages *et al.* (2014) e Lima *et al.* (2015), em relação ao desfecho dos RN's submetidos à reanimação, onde foi percebido que a maioria dos pacientes teve alta, porém uma parcela significativa evoluiu para óbito.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo baseou-se em recém-nascidos que foram submetidos às manobras de reanimação neonatal em sala de parto. Foram analisadas as variáveis maternas e neonatais, as manobras de reanimação mais utilizadas e os desfechos da internação hospitalar. O estudo foi realizado em uma instituição de referência materno infantil que recebe pacientes de diversas regiões do estado do Pará e apresenta um perfil de atendimento com prevalência maior de riscos que o habitual. Dada à realidade da instituição, torna-se relevante conhecer o perfil materno e neonatal mais frequente para melhorar a assistência prestada.

O perfil materno encontrado foi de maioria apresentando: incompleta a realização do pré-natal; idade fora dos extremos de risco; sem antecedentes de abortos; na primeira gestação, com feto único e parto cesariano. As intercorrências mais encontradas foram Leucorréia e Infecção do Trato Urinário, ambas estavam presentes em cerca de um terço do total de casos e coincidem com os achados de outros estudos abordando os recém-nascidos de alto risco.

O perfil neonatal foi de maioria do sexo masculino, Pré-termo, Baixo-peso com peso adequado para a idade gestacional. O escore de Apgar apresentou melhora significativa do 1º ao 5º minuto de vida, onde inicialmente os resultados eram baixos e posteriormente às manobras de reanimação tiveram o índice aumentado, sendo encaminhada para Unidade de Terapia Intensiva Neonatal grande parte da amostra. As manobras de reanimações mais realizadas foram a Ventilação por Pressão Positiva e Intubação Oro Traqueal e mais da metade dos recém-nascidos evoluiu com o desfecho de alta por melhora do quadro.

Os resultados deste estudo apresentaram concordância com vários outros estudos que relacionaram as mesmas variáveis aqui analisadas. Os resultados deste estudo, inseridos na realidade da instituição onde a pesquisa foi realizada, demonstrou que o parto prematuro, ainda que de etiologia multifatorial, tem relação, sobretudo, com a qualidade da assistência pré-natal e com as condições clínicas maternas. Observou-se que baixo peso e prematuridade foram os principais fatores que levaram à admissão dos recém-nascidos na UTIN.

A assistência neonatal, desde a sala de parto até o desfecho final, com a aplicação de técnicas de reanimação fez com que a maioria dos pacientes tivesse alta por melhora clínica, porém a taxa de óbitos foi considerável, o que faz refletir a cerca da qualidade dos cuidados prestados, principalmente por se tratar de um público em período de transição anatômica e fisiológica.

Este estudo espera auxiliar nas discussões pertinentes ao atendimento de recém-nascidos e das gestantes, pois a realização do acompanhamento pré-natal adequado diminui os riscos gestacionais, o que evita sofrimento para a mãe e seu bebê.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, BBP *et al.* **Idade Materna e Resultados perinatais na Gestação de Alto Risco.** Revista Nursing, n. 21 v. 246 p. 2506-2512. 2018

ALMEIDA, MFB. GUINSBURG, RAML. **Reanimação Neonatal, diretrizes para profissionais de saúde, Rio de Janeiro: Sociedade Brasileira de Pediatria.** 2011.

ALMEIDA, MFB. GUINSBURG, RAML. **Reanimação do prematuro <34 semanas em sala de parti: Diretrizes 2016 da Sociedade Brasileira de Pediatria.** Programa de Reanimação Neonatal. 2016

AQUINO, P; SOUTO, BG. **Problemas gestacionais de alto risco comuns na atenção primária.** Rev Med Minas Gerais; n. 25 v. 4 p. 568-76, 2015.

AZRIA, E *et al.* **Factors associated with adverse perinatal outcomes for term breech fetuses with planned vaginal delivery.** Am J Obstet Gynecol, v. 207, n. 285, p. 1-9, 2012.

BARBOSA, CN. **Avaliação da composição corporal dos recém-nascidos a termo, adequados, pequenos e grandes para idade gestacional.** Dissertação de Mestrado. Rio de Janeiro. Março de 2012

BENINCASA, BC *et al.* **Taxas de infecção relacionadas a partos cesáreos e normais no Hospital de Clínicas de Porto Alegre.** Rev. HCPA. n. 32 v. 1 p. 5-9. 2012

BOUZADA, MCF *et al.* **Resposta aos procedimentos de reanimação neonatal no quinto minuto de vida em recém-nascidos Apgar ≤ 3 no primeiro minuto.** Rev. Med. Minas Gerais, n. 8 v.6; e-S280608, 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Gestação de alto risco: manual técnico.** 5. ed. Brasília : Editora do Ministério da Saúde, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Área Técnica de Saúde da Mulher. **Além da sobrevivência: Práticas integradas de atenção ao parto, benéficas para a nutrição e a saúde de mães e crianças.** Ministério da Saúde – Brasília : Ministério da Saúde, 2011.

BRASIL. **Portaria nº 930, de 10 de maio de 2012.** 2012. [Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt0930_10_05_2012.html]

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Atenção ao pré-natal de baixo risco.** Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Atenção à saúde do recém-nascido: guia para os profissionais de saúde.** 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2012^a.

BRASIL. Ministério da Saúde. DATASUS. **Óbitos por causas evitáveis em menores de 5 anos – Pará.**

[Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sim/cnv/evita10pa.def.>] Acesso em: 13/12/2018.

BRITO, VRS *et al.* **Malformações congênitas e fatores de risco materno em Campina Grande-Paraíba.** Rev. Rene, Fortaleza, v. 11, n. 2, p. 1-212, abr./jun.2010.

CARVALHO, GE; PELLENZ, DC. **Assistência de enfermagem ao recém-nascido na sala de parto.** Rev. Saberes UNIJIPA, Ji-Paraná, v. 13 n. 2 Fev/Jul. 2019

CASTRO, MP; RUGOLO, LMSS; MARGOTTO, PR. **Sobrevida e morbidade em prematuros com menos de 32 semanas de gestação na região central do Brasil.** Rev Bras Ginecol Obstet; n. 34 v.5 p.235-42. 2012

CAVALCANTE, ANM *et al.* **Epidemiologia da Mortalidade neonatal no Ceará no período de 2005-2015.** Revista Brasileira Promoção Saúde, n.4 p.1-8. 2018.

COELHO, AS *et al.* **Equipe de Enfermagem e a assistência humanizada na UTI neonatal.** Revista online Ciências e Saberes- Facema, v. 4, n. 1, p. 873-877, Jan-Mar, 2018.

CORREA, BVB *et al.* Estudo comparativo dos resultados perinatais de recém-nascidos em gestantes de alto risco atendidas na Santa Casa de Barbacena, Minas Gerais. Rev Med Minas Gerais; n. 27 v. 1 p. 37-44, 2017.

COSME, HW; LIMA, LS; BARBOSA, LG. **Prevalência de anomalias congênitas e fatores associados em recém-nascidos do município de São Paulo no período de 2010 a 2014.** Rev Paul Pediatr. 2017;35(1):33-38

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. vol.36 no.1 Rio de Janeiro Jan. 2014

COSTA, LD *et al.* **Fatores preditores para a admissão do recém-nascido na unidade de terapia intensiva neonatal.** Rev baiana enferm, n. 31 v.4 :e20458, 2017

CRISTOVAM, MA *et al.* **Frequência de anomalias congênitas em uma Unidade de Terapia Intensiva Neonatal no Brasil.** Residência Pediátrica v. 9. n. 2. 2019.

CRUZ, ATCT *et al.* **Enfermagem em unidade de terapia intensiva neonatal: Perfil da produção brasileira.** Cogitare Enferm, n. 16 v.1 p.141-47, 2011

DAMIAN, A; WATERKEMPER, R; PALUDO, CP. **Perfil de neonatos internados em unidade de tratamento intensivo neonatal: estudo transversal.** Arq. Ciênc. Saúde. abr-jul; 23 v.2 p. 100-105, 2016

DOYLE, LW *et al.* **Long term follow up of high risk children: who, why and how?.** BMC Pediatrics, n. 14:279. 2014.

ERMEL, AC; GRAVE, MTQ. **O índice de Apgar em bebês recém-nascidos em um hospital de pequeno porte de um município do vale do paranhana. revista destaques acadêmicos**, n.3 v. 3, 2011

FEBRASGO. **Aborto recorrente e progestagênios**. São Paulo: Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia, v. 2, n. 6, 2017.

FREITAS, MCN *et al.* **Caracterização dos Recém-Nascidos Internados em Unidades de Terapia Intensiva**. Id on Line Rev. Mult. Psic, v.12, n. 40. 2018.

GONÇALVES, CC. **A efetividade do curso de reanimação neonatal na assistência ao recém-nascido em sala de parto**. Dissertação de Mestrado. 2018

HOCKENBERRY, M. J; WILSON, D. **Promoção da Saúde do Recém-nascido e da Família. Fundamentos de enfermagem pediátrica**. 8 ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2011.

KNUPP, VMAO. **Fatores de risco associados à mortalidade neonatal a partir de uma coorte de nascidos vivos no município do Rio de Janeiro em 2005**. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem Alfredo Pinto, Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro (UNIRIO), Rio de Janeiro, 2010.

LAGES, CDR, *et al.* **Fatores preditores para a admissão do recém-nascido na unidade de terapia intensiva**. Rev Rene. n.15 v.1 p. 3-11, 2014.

LIMA SS, *et al.* **Aspectos clínicos de recém-nascidos admitidos em Unidade de Terapia Intensiva de hospital de referência da Região Norte do Brasil**. ABCS. Health Sci. n. 40 v.2 p. 62-8, 2015.

LIMA, ID; ARAÚJO, AA; MEDEIROS, WMC. **Perfil dos óbitos por anomalias congênitas no Estado do Rio Grande do Norte no período de 2006 a 2013**. Rev. Ciênc. Méd. Biol. 2017; 16 (1): 52 – 58.

LINO, FS *et al.* **A utilização da simulação no contexto da reanimação neonatal**. Revista Uningá, v. 53, n. 2. 2018.

MATUSZKIEWICZ-ROWINSKA, J; MAŁYSZKO, J; WIELICZKO, M. **Urinary tract infections in pregnancy: old and new unresolved diagnostic and therapeutic problems**. Rev: Arch Med Sci, n.11 v.1 p. 67–77. 2015.

MELO, WA; UCHIMURA, TT. **Perfil e processo da assistência prestada ao recém-nascido de risco no Sul do Brasil**. Rev Bras Epidemiol, n.14 v.2 p. 323-37, 2011;

MIRANDA, AM; CUNHA, DIB; GOMES, SMF. **A Influência da Tecnologia na Sobrevivência do Recém - Nascido Prematuro Extremo de Muito Baixo Peso: Revisão Integrativa**. REME – Rev. Min. Enferm.;14(3): 435-442, jul./set., 2010

MOREIRA, M *et al.* **Práticas de atenção hospitalar ao recém-nascido saudável no Brasil**. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 30 Sup:S128-S139, 2014

NASCIMENTO, RM *et al.* **Determinantes da mortalidade neonatal: estudo caso-controle em Fortaleza, Ceará, Brasil.** Cad. Saúde Pública. n. 28 v. 3 p.559-72. 2012

NOGARETT, DM; ANACHE, AA. **Análise dos determinantes do nascimento de crianças pré-termo segundo os registros dos prontuários médicos das parturientes internadas no hospital universitário Maria Aparecida Pedrossian – CG -MS.** VII encontro da associação brasileira de pesquisadores em educação especial. Londrina de 08 a 10 nov. de 2011 - ISSN 2175-960X – Pg. 1644-1673

NORDON, DG; PRIGENZI, ML. **Cardiopatía congênita: Dífícil diagnóstico diferencial e condução do tratamento: relato de caso.** Revista Faculdade Ciências Médicas de Sorocaba, v. 14, n. 1, p. 24-26, 2012.

NORONHA, GA; TORRES, TG; KALE, PL. **Análise da sobrevida infantil segundo características maternas, da gestação, do parto e do recém nascido na coorte de nascimento de 2005 no Município do Rio de Janeiro-RJ, Brasil.** Epidemiol. Serv. Saúde v.21 n.3 Brasília set. 2012

OLIVEIRA, FCC *et al.* **Tempo de clampeamento e fatores associados à reserva de ferro de neonatos a termo.** Rev Saúde Pública, MG, 48(1), p.10-18, 2014.

OLIVEIRA, TG *et al.* **Escore de Apgar e mortalidade neonatal em um hospital localizado na zona sul do município de São Paulo.** Einstein. n. 10 v. 1 p. 22-8, 2012.

PARÁ, Governo do estado do. Fundação Santa Casa de Misericórdia do Pará. **Relatório de Gestão 2016**, FSCMPA, 2017.

PERLMAN, JM *et al.* **Special Report - Neonatal Resuscitation: 2010 International Consensus on Cardiopulmonary Resuscitation and Emergency Cardiovascular Care Science With Treatment Recommendations.** Pediatrics. v.126, P.1319-1344, 2010.

PINTO EP Junior *et al.* **Prevalência e fatores associados às anomalias congênitas em recém-nascidos.** Rev Bras Promoção Saúde, Fortaleza, n. 30 v.3 p. 1-9, jul./set., 2017.

QUEIROZ, MN; GOMES, TGACB, MOREIRA, CG. **Idade gestacional, índice de Apgar e peso ao nascer no desfecho de recém-nascidos prematuros.** Com. Ciências Saúde, n. 29. v.4. p.236-242, 2018

REIS, ZS *et al.* **Associação entre risco gestacional e tipo de parto com as repercussões maternas e neonatais.** Rev Bras Ginecol Obstet; n. 36 v. 2 p. 65-71, 2014.

RIBEIRO, SP; COSTA, RB; DIAS CP. **Macrossomia Neonatal: Fatores de Risco e Complicações Pós-parto.** Nascer e Crescer – Birth and Growth Medical Journal; n. 26 v. 1 p. 21-30, 2017.

RISSO, SP; NASCIMENTO, LFC. **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.

ROSSETTO, M; PINTO, EC; SILVA, LAA. **Cuidados ao recém-nascido Em terapia intensiva: tendências das publicações na enfermagem.** Vittal: Rio Grande, n. 23 v.1 p.45-56, 2011.

SANCHES, NC; MAMEDE, FV; VIVANCOS, RBZ. **Perfil das mulheres submetidas à cesareana e assistência obstétrica na maternidade pública em Ribeirão Preto.** Texto Contexto Enfermagem: Florianópolis, n. 21 v. 2 p. 418-26. 2012

SANTIAGO, AD; OLIVEIRA, MND; OLIVEIRA, LL; JUNIOR, EPP. **Morbimortalidade Neonatal em Unidade de Terapia Intensiva.** Tempus, actas de saúde coletiva, v. 11, n. 1, p. 141-151, mar, 2017.

SÃO PAULO. Secretaria de Estado da Saúde. **Manual de Neonatologia**, Agosto/2015.

SILVA, AA et al. Pré-natal da gestante de risco habitual: potencialidades e fragilidades. Rev. Enferm. UFSM. p. 1-20. 2019.

SILVA, BSC *et al.* **Fatores Associados à Causas de Óbitos Neonatais em uma UCI no Município de Castanhal-PA.** Brazilian Journal Of Development: Curitiba, v. 5, n. 7, p. 9595-9619 jul. 2019.

SILVA, JH *et al.* **Perfil das anomalias congênitas em nascidos vivos de Tangará da Serra, Mato Grosso, 2006-2016.** Epidemiol. Serv. Saúde, Brasília, n. 27. v.3:e2018008, 2018

SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA. Documento Científico, Departamento Científico de Neonatologia. **Prevenção da prematuridade – uma intervenção da gestão e da assistência.** Nº 2, Novembro de 2017

TAMEZ, RN. **Enfermagem na UTI neonatal: Assistência ao Recém-nascido de alto risco.** 5 Ed. Rio de Janeiro: Guanabara 2013.

PEREIRA, JC. **Nascer em Belo Horizonte: Desfechos neonatais desfavoráveis.** Dissertação de Mestrado. Belo Horizonte: 2015.

PIANA, MC. **A construção do perfil do assistente social no cenário educacional** [online]. São Paulo: Editora UNESP; São Paulo: Cultura Acadêmica. 2009.

TEIXEIRA, E. **As três metodologias: acadêmica, da ciência e da pesquisa.** 9 ed. Petrópolis (RJ): Vozes, 2012

TOMAZONI, A; ROCHA, P. K.; RIBEIRO, M. B. et al. **Segurança do paciente na percepção da enfermagem e medicina em unidade de terapia intensiva neonatal.** Revista Gaúcha de Enfermagem, v. 38, n. 1, mar, 2017.

TOURINHO, AB; REIS, LBSM. **Peso ao Nascer: Uma Abordagem Nutricional.** Rev. Ciências Saúde, n. 22 v.4 p.19-30, 2013.

VARELA, PLR; OLIVEIRA, RR; MELO, EC; MATHIAS, TAF. **Pregnancy complications in Brazilian puerperal women treated in the public and private health systems.** Rev. Latino-Am. Enfermagem. e. 2949. N. 25. 2017.

YE, C *et al.* **The 2011 survey on Hypertensive Disorders of Pregnancy (HDP) in China: prevalence, risk factors, complications, pregnancy and perinatal outcomes.** PLoS One, n. 9 v. 6. 2014.

APÊNDICE A – INSTRUMENTO DE COLETA

<u>HISTÓRICO MATERNO</u>	
ORIGEM/PROCEDÊNCIA:	IDADE:
GESTAÇÃO () PARIDADE () ABORTO () TIPO DE PARTO: NORMAL() CESÁRIA() GESTAÇÃO: ÚNICA() MÚLTIPLA ()	
PRÉ-NATAL: () NÃO () SIM () Nº CONSULTAS () DATA DE INÍCIO	
EXAMES REALIZADOS:	
() HIV () VDRL () TOXOPLASMOSE () TIPAGEM () HTLV () EAS () RUBÉOLA	
<u>INTERCORRÊNCIAS NA GRAVIDEZ:</u>	
ITU () LEUCORRÉIA () HIV () HAS/SHEG () DIABETES () ECLÂMPSIA ()	
SANGRAMENTO () PERDA DE LÍQUIDOS () Outros:	
<u>MEDICAÇÕES:</u>	
CORTICOITERAPIA ANTE-NATAL: NÃO () SIM - NÚMERO DE DOSES ()	
ANTI-HIPERTENSIVOS () OUTROS:	
DADOS DO RECÉM-NASCIDO	
DATA DE NASC: ____/____/____ PESO () SEXO M() F()	
IG: SEMANAS () MÉTODO DO CALCULO DA IG: CAPURRO() NEW BALLARD ()	
COMPRIMENTO: PC: PT: PA:	
APGAR: 1'() 5'() 10'() 15'() SURFACTANTE: NÃO () SIM/Tempo:	
MÁ FORMAÇÃO: NÃO () SIM/ QUAL:	
MANOBRAS DE REANIMAÇÃO	
() VPP () IOT () MASSAGEM CARDÍACA () LARINGOSCOPIA () MEDICAÇÕES	
DESTINO: () UTIN () UCI () ALCON DATA: ____/____/____	
INTERCORRÊNCIAS: () Cirurgia () Diálise Peritonial () Doses Surfactante: _____	
OUTRAS REANIMAÇÕES	
2) Data:	Horário: Manobras:
Desfecho:	
3) Data:	Horário: Manobras:
Desfecho:	
ALTA HOSPITALAR	
DATA: ____/____/____	
DESFECHO:	

ANEXO A – PARECER DE APROVAÇÃO DO PROJETO DE PESQUISA (Folha 1)

FUNDAÇÃO SANTA CASA DE
MISERICÓRDIA DO PARÁ -
FSCMPA

**PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP****DADOS DO PROJETO DE PESQUISA**

Título da Pesquisa: A OCORRÊNCIA DE REANIMAÇÃO NEONATAL EM NEONATOS NASCIDOS EM UMA MATERNIDADE DE REFERÊNCIA DO ESTADO DO PARÁ

Pesquisador: ROSÂNGELA SANTANA MORAES

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 95463618.6.0000.5171

Instituição Proponente: Fundação Santa Casa de Misericórdia do Pará

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 2.993.058

Apresentação do Projeto:

A Reanimação neonatal é um conjunto de medidas que tem como objetivo estabelecer e manter a ventilação e/ou oxigenação e circulação quando o recém-nascido nasce apnéico e/ou bradicárdico. É uma prática que pode se fazer necessária na assistência ao neonato, exigindo da equipe assistencial, capacidade de aplicar técnicas, competências cognitivas e comportamentais, para tanto é necessário possuir conhecimento, assimilação de achados e tomada de decisão, direcionando a um atendimento de reanimação seguro, com procedimentos eficazes e comunicação efetiva entre os profissionais. Esta pesquisa tem como objetivo investigar a ocorrência de Reanimação neonatal nos neonatos submetidos as manobras de reanimação em sala de parto, nascidos na Fundação Santa Casa de Misericórdia do Pará no período de janeiro a dezembro de 2017. Trata-se de um estudo descritivo, documental retrospectivo com abordagem quantitativa. Serão participantes do presente estudo 280 prontuários de neonatos nascidos na Fundação Santa Casa Misericórdia do Pará de janeiro a dezembro de 2017, de ambos os gêneros que tenham sido submetidos à Reanimação Neonatal, com coleta de dados prevista mediante aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa para os meses de outubro a dezembro de 2018, através de Instrumento de Coleta em prontuário.

Objetivo da Pesquisa:

Geral

Endereço: Tv. Bernal do Couto, 1040

Bairro: Umarizal

CEP: 66.050-380

UF: PA

Município: BELEM

Telefone: (91)4009-2264

Fax: (91)4009-0328

E-mail: cep.fscmp@gmail.com

ANEXO A – PARECER DE APROVAÇÃO DO PROJETO DE PESQUISA (Folha 2)

FUNDAÇÃO SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DO PARÁ - FSCMPA



Continuação do Parecer: 2.993.058

Investigar a ocorrência de Reanimação neonatal nos neonatos submetidos as manobras de reanimação em sala de parto, nascidos na Fundação Santa Casa de Misericórdia do Pará no período de janeiro a dezembro de 2017.

Específicos

- Delinear o perfil dos recém-nascidos nascidos e submetidos à Reanimação Neonatal da FSCMPA;
- Verificar a relação entre as variáveis do peso, idade gestacional e a ocorrência de reanimação neonatal nos recém-nascidos submetidos as manobras;
- Analisar as variáveis relacionadas à incidência de reanimação neonatal entre os recém-nascidos no seguimento na uti neonatal;
- Avaliar as manobras de Reanimação Neonatal mais frequentes durante a realização do procedimento.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Estão de acordo com a Resolução 466/2012

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Sem comentários

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Apresentou todos os termos obrigatórios

Recomendações:

Sem recomendações

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

A versão não apresentou nenhuma pendência.

Considerações Finais a critério do CEP:

Projeto aprovado após reunião do colegiado.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1160352.pdf	02/10/2018 16:08:00		Aceito
Outros	tcud.docx	02/10/2018 16:06:42	ROSÂNGELA SANTANA MORAES	Aceito

Endereço: Tv. Bernal do Couto, 1040

Bairro: Umarizal

CEP: 66.050-380

UF: PA

Município: BELEM

Telefone: (91)4009-2264

Fax: (91)4009-0328

E-mail: cep.fscmp@gmail.com

ANEXO A – PARECER DE APROVAÇÃO DO PROJETO DE PESQUISA (Folha 3)

FUNDAÇÃO SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DO PARÁ - FSCMPA



Continuação do Parecer: 2.993.058

Projeto Detalhado / Brochura Investigador	projetoPB.docx	02/10/2018 16:06:23	ROSÂNGELA SANTANA MORAES	Aceito
Outros	instrumentodecoleta.docx	02/10/2018 16:05:49	ROSÂNGELA SANTANA MORAES	Aceito
Outros	tcp.docx	08/08/2018 19:22:36	ROSÂNGELA SANTANA MORAES	Aceito
Outros	semonus.docx	08/08/2018 19:22:18	ROSÂNGELA SANTANA MORAES	Aceito
Folha de Rosto	frassinada.pdf	08/08/2018 17:57:54	ROSÂNGELA SANTANA MORAES	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

BELEM, 31 de Outubro de 2018

Assinado por:
Gabriela Ribeiro Barros de Farias
(Coordenador(a))

Endereço: Tv. Bernal do Couto, 1040
Bairro: Umarizal **CEP:** 66.050-380
UF: PA **Município:** BELEM
Telefone: (91)4009-2264 **Fax:** (91)4009-0328 **E-mail:** cep.fscmp@gmail.com