

UNICESUMAR – CENTRO UNIVERSITÁRIO DE MARINGÁ
PROGRAMA DE MESTRADO EM PROMOÇÃO DA SAÚDE

SANDRA MARA APARECIDA DOS SANTOS DE ANDRADE

**CARACTERIZAÇÃO DA INCIDÊNCIA E CUIDADOS COM RECÉM-NASCIDOS DE
ALTO RISCO EM UM HOSPITAL FILANTRÓPICO DA MICROREGIÃO NORTE DO
PARANÁ: ANTES E APÓS IMPLANTAÇÃO DA REDE CEGONHA**

MARINGÁ
2015

SANDRA MARA APARECIDA DOS SANTOS DE ANDRADE

**CARACTERIZAÇÃO DA INCIDÊNCIA E CUIDADOS COM RECÉM-NASCIDOS DE ALTO RISCO EM UM HOSPITAL FILANTRÓPICO DA MICROREGIÃO NORTE DO PARANÁ:
ANTES E APÓS IMPLANTAÇÃO DA REDE CEGONHA.**

Dissertação de mestrado apresentada ao Centro Universitário de Maringá-Unicesumar como requisito à obtenção do título de Mestra em Promoção da Saúde, sob orientação do Prof. Dr. Marcelo Picinin Bernuci.

**MARINGÁ
2015**

SANDRA MARA APARECIDA DOS SANTOS DE ANDRADE

CARACTERIZAÇÃO DA INCIDÊNCIA E CUIDADOS COM RECÉM-NASCIDOS DE ALTO RISCO EM UM HOSPITAL FILANTRÓPICO DA MICROREGIÃO NORTE DO PARANÁ: ANTES E APÓS IMPLANTAÇÃO DA REDE CEGONHA.

Dissertação de mestrado apresentada ao Centro Universitário de Maringá-Unicesumar como requisito à obtenção do título de Mestra em Promoção da Saúde, sob orientação do Prof. Dr. Marcelo Picinin Bernuci, aprovada em **24** de fevereiro de 2015.

BANCA EXAMINADORA

Orientador: _____
Prof. Dr. Marcelo Picinin Bernuci-Unicesumar

Membro: _____
Prof^a. Dr^a. Mirian Ueda Yamaguchi-Unicesumar

Membro _____
Prof^a. Dr^a Cristiane Faccio Gomes-Unopar

A657c **ANDRADE**; Sandra Mara A dos Santos.

Caracterização da incidência e cuidados com recém-nascidos de alto risco em um hospital filantrópico da Microrregião Norte do Paraná: antes e após implantação da Rede Cegonha. Sandra Mara A. dos Santos Andrade. Maringá-Pr.: Unicesumar, 2015.

60p.

Dissertação (Mestrado) – Centro Universitário de Maringá.

Área de Concentração: Promoção da Saúde

Orientador: Prof. Dr. Marcelo Picinin Bernuci

1. Recém-nascido. 2. Fatores de risco. 3. Neonatologia. 4. Unidade de terapia intensiva. I. Título.

CDD 614

Agradeço primeiro a Deus por me conceder a oportunidade e me conceber essa grande benção que é a qualificação e conclusão do meu mestrado. Minha família, em especial ao meu companheiro, meu amigo e esposo “Valdir de Andrade”, pelo carinho e compreensão fora do lar durante o percurso deste mestrado. Aos filhos Aline, Alana, Amanda e o Rafael que no decorrer deste mestrado sofreu um acidente grave durante sua recuperação e com isso entendi que na vida somos apenas a Bíblia.

AGRADECIMENTOS

Em primeiro lugar agradeço a Deus pela saúde intacta que tive no decorrer da dissertação, pelo conhecimento adquirido e pela formação profissional nesta área que é tão importante nos dias atuais que é o estudo com recém-nascidos.

Agradeço também pelo apoio incondicional de meus filhos sem eles jamais entenderia o verdadeiro valor da vida. Meu companheiro, Valdir de Andrade pela compreensão fora do lar, meu pai Ismar Gonçalves, meus irmãos, cunhadas, em especial Roberto, Gilberto, Rubens, Reginaldo, Odair, aos sobrinhos Andressa, André, Giovana, Gustavo, Gabrielle, as cunhadas Neuzeli, Regina, minhas primas Rosy, Meire, Jessica e Bruno, Minha Tia mãe Monica, minha segunda mãe, minha amiga de oração Marta Faustino.

Agradeço a todos pelo convívio, em especial ao orientador Dr. Marcelo Picinin Bernuci, pela ajuda e compreensão e ensinamento para comigo. Aos professores, alunos e funcionários da UNICESUMAR pela colaboração para a construção desta dissertação no Mestrado de Promoção da Saúde, na linha de pesquisa Educação em Saúde, especial Valdelice pela dedicação na correção desse trabalho.

À professora Doutora Cristiane Gomes quem primeiro me abraçou, acreditou na minha pessoa, me aceitou como orientadora por entender minhas dificuldades e acreditar que somos seres capazes. Obrigada professora Cristiane. Professora Sônia Maria Marques Gomes Bertolini por ter acreditado em mim e numa segunda etapa do curso ter confiado no meu potencial como coorientadora, pela paciência e zelo para que pudéssemos executar essa dissertação. Agradeço aos membros da minha banca Professora Miriam, Cristiane Gomes.

A todos os Funcionários do arquivo da Santa Casa que aceitaram minha inserção durante o período da minha pesquisa; com agradecimento especial aos meus amigos Rafael Corregosa, Valentin Lacerda, Rose, Ivan, Gisele a amiga Ludmila Bolsor a Capelari, Rosilene Madeira, José Alípio, pois não mediram esforços para me ajudar, A diretoria da Santa Casa por confiar em mim e aprovar o meu trabalho.

Assim, finalizo agradecendo novamente a Deus pela oportunidade de realizar a pesquisa e Dele ter possibilitado o convívio magnífico com todas essas pessoas maravilhosas que tive o privilégio de conhecer durante o mestrado. Muito obrigada!

Ainda que eu falasse as línguas dos homens e dos anjos, e não tivesse amor, seria como o metal que soa ou como o sino que tine. E ainda que tivesse o dom de profecia, e conhecesse todos os mistérios e toda a ciência, e ainda que tivesse toda a fé, de maneira tal que transportasse os montes, e não tivesse amor, nada seria. E ainda que distribuísse toda a minha fortuna para sustento dos pobres, e ainda que entregasse o meu corpo para ser queimado, e não tivesse amor, nada disso me aproveitaria. Coríntios 13:1-4. "Sei que podes fazer todas as coisas, nenhum dos teus planos pode ser frustrado" Jó 42:2.

LISTA DE TABELAS

	Página
Tabela 1. Características sociais, e demográficas, e maternas das gestantes atendidas Maringá, Paraná, 2014;	33
Tabela 2. Característica e condições de saúde dos nascidos vivos de alto risco Maringá, Paraná, 2014;	34
Tabela 3. Características da atenção neonatal – uso de tecnologias do nascido vivo de alto risco. Maringá, Paraná, 2014.	36
Tabela 4. Características sociais, demográficas e maternas das gestantes atendidas segundo programa rede cegonha. Maringá, Paraná, 2014.	37
Tabela 5. Condições de saúde e características da atenção neonatal – uso de tecnologias do nascido vivo de alto risco programa rede cegonha. Maringá, Paraná, 2014.	39

ANEXOS

	Página
ANEXO A. Folha de rosto para pesquisa envolvendo seres humanos.	53
ANEXO B. Autorização para pesquisa comitê de ética da santa casa de Maringá.	54
ANEXO C. Termo de proteção de risco e confiabilidade.	55
ANEXO D. Solicitação de Autorização para pesquisa em prontuário clínico.	56
APENDICE	57

LISTA DE ABREVIATURAS

DHEG: Doença Hipertensiva Específica da Gestação

RN: Recém-nascido

APGAR: Escala de Apgar

UTI: Unidade de Terapia Intensiva

IG: Idade Gestacional

PAISM: Programa de Assistência Integral a Saúde da Mulher

UTIN: Unidade de Terapia Intensiva Neonatal

SESA: Secretaria Estadual do Estado do Paraná

OMS: Organização Mundial de Saúde

SUS: Sistema Único de Saúde

UBS: Unidade Básica de Saúde

HIV: Vírus da Imunodeficiência Humana

RMP: Rede Mãe Paranaense

RC: Rede Cegonha

RMM: Rede Mãe Maringaense

MS: Ministério da Saúde

PSF: Programa Saúde da Família

ITU: Infecção do Trato Urinário

HAS: Hipertensão Arterial Sistêmica

TPP: Trabalho de Parto Prematuro

TTRM: Taquipnéia Transitória do recém-nascido

SC: Santa Catarina

RS: Rio Grande do Sul

DATASUS: Departamento de Informação do Sus

MNN: Morte Neonatal

VPM: Ventilação Pulmonar Mecânica

IBGE: Instituto Brasileiro de Geografia e Pesquisa

PC: Parto Cesária

PN: Parto Normal

LM: Leite Materno

BPN: Baixo Peso ao Nascer

APRESENTAÇÃO

Esta dissertação é composta pelos elementos textuais introdução, revisão de literatura, materiais e métodos, resultados, discussão e conclusões, originados de pesquisas realizadas na Santa Casa de Maringá no município de Maringá, Paraná, Brasil, no ano de 2014.

A dissertação de mestrado do Programa de Pós Graduação em Promoção da Saúde do Centro Universitário Maringá – UNICESUMAR é de autoria de Sandra Mara Aparecida dos Santos de Andrade sob a orientação do Professor Doutor Marcelo Picinin Bernuci, intitulada Caracterização da incidência e cuidados com recém-nascidos de alto risco em um hospital filantrópico da Microrregião Norte do Paraná: Antes e após implantação da Rede Cegonha, descreve o perfil da mãe e do recém-nascido internado em unidade de terapia intensiva neonatal de um hospital filantrópico do Noroeste do Paraná, bem como do atendimento prestado pelo sistema único de saúde durante os períodos pré e pós-implantação do programa Rede Cegonha. Após a defesa será redigido um artigo científico que será submetido para publicação em revista científica da área da saúde, observando as regras do Programa de Pós-graduação em Promoção de Saúde, assim como do escopo da revista a ser enviada.

RESUMO

O presente estudo caracterizou o cenário de internamentos de recém-nascidos (RNs) em unidades de terapia intensiva neonatal (UTINs) exclusivas do sistema único de saúde (SUS) de um hospital filantrópico da Microrregião Norte do Paraná durante os períodos correspondentes a pré e pós-implantação do programa Rede Cegonha (RC). Foram analisados dados que caracterizaram tanto o perfil dos RNs internados quanto de suas mães obtidos de 248 prontuários hospitalares (42 da fase pré e 206 da fase pós) dos RNs internados na UTIN do referido hospital. Quanto as variáveis relacionadas à mãe do RN, no período pré houve uma prevalência de mães que tiveram infecção do trato urinário durante a gestação; doença hipertensiva específica da gestação; antecedente obstétrico de pelo menos 1 parto pré-maturo e hipertensão arterial sistêmica. No período pós a maior prevalência foi de RNs cujas mães tiveram anteriormente ao referido parto 1 a 2 abortos e gravidez gemelar. Quanto as variáveis relacionadas ao RN propriamente dito, no período pré houve uma prevalência de neonatos que tiveram que receber durante a internação na UTIN drogas vasoativas e aleitamento materno. No período pós a maior prevalência foi de RNs que apresentaram baixo peso ao nascer e prematuridade. Independente do período avaliado, pré ou pós-implantação da Rede Cegonha, mais de 50% dos prontuários não continham informações sobre as mães dos RNs como uso de drogas lícitas e/ou ilícitas e intercorrências da gestação o que prejudicou a análise comparativa entre os períodos. De forma geral, os resultados obtidos nos permitem sugerir que a implantação da Rede Cegonha na microrregião Norte do Paraná influenciou o cenário dos internamentos de RNs em UTINs, cujos fatores associados ao internamento se distinguem entre os períodos pré e pós-implantação da rede, prevalecendo os fatores relacionados a intercorrências da gestação no período pré e fatores relacionados a história obstétrica da mãe e ausência de pré-natal adequado no pós.

Palavras-chave: Recém-nascido; Fatores de risco; Neonatologia; Unidade de terapia intensiva.

ABSTRACT

This study characterized the state of the art of admissions of newborns infants (NI) in neonatal intensive care units (NICUs) exclusive to the National Health Service (NHS) of a philanthropic hospital in the North of Paraná Microregion during the periods pre and post implementation of the national special program of assistance to pregnant women and newborn "Rede Cegonha". For that were analyzed data that characterized both the profile of hospitalized newborns as their mothers obtained from 248 hospital records (42 of the pre and 206 of the post period) of newborns admitted to the NICU. The variables related to the mother of the newborn, in the pre period there was a prevalence of mothers who had during pregnancy urinary tract infection; hypertensive disorders of pregnancy; obstetric history of at least one premature labor and hypertension. In the post period the highest prevalence was of newborns whose mothers had previously referred to the delivery 1-2 abortions and twin pregnancy. The variables related to the newborn itself, in the pre there was a prevalence of neonates who had to receive during hospitalization in the NICU vasoactive drugs and breastfeeding. In the post the highest prevalence was of NI who had low birth weight and prematurity. Regardless of the evaluation period, pre- or post-implantation, more than 50% of the records contained no information on the mothers of newborns as use of legal drugs and / or illegal and complications of pregnancy which affected the comparative analysis between the periods. Overall, our findings allow us to suggest that the implementation of "Rede Cegonha" in Northern Paraná microregion influenced the setting of admissions of newborns in NICUs, prevailing factors related to pregnancy complications in the pre- and factors related to obstetric history of the mother and lack of prenatal suitable in the post.

Keywords: Newborn; Risk factors; neonatology; Intensive care unit.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	13
2 OBJETIVOS.....	16
2.1 Objetivo Geral.....	16
2.2 Objetivos Específicos.....	16
3 REVISÃO DE LITERATURA.....	17
3.1 Definição de saúde materno-infantil e UTI Neonatal.....	17
3.2 Saúde Materno-Infantil no Sistema Único de Saúde.....	19
3.3 Redes de Atenção à Saúde: conceitos e definições.....	21
3.4 Rede Cegonha.....	23
3.5 Rede Mãe Paranaense	25
3.6 A Rede Mãe Maringaense.....	26
3.7 Gestante e bebê de risco: suas causas.....	27
3.8 Conceitos de Prematuridade de Alto Risco.....	29
3.9 Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN).....	30
4 MATERIAIS E MÉTODOS.....	32
4.1. Desenho do estudo.....	32
4.2. Descrição do local.....	32
5 RESULTADOS.....	34
5.1 Incidência de internados de recém-nascidos na UTIN.....	34
5.2 Caracterização do perfil das mães dos recém-nascidos.....	34
5.3 Caracterização da história reprodutiva das mães dos recém-nascidos.....	36
5.4 Caracterização do perfil dos recém-nascidos internados na UTIN.....	38
5.5 Caracterização do atendimento prestado aos recém-nascidos durante o internamento na UTIN.....	39
6 DISCUSSÃO.....	42
7 CONCLUSÕES.....	46
REFERÊNCIAS.....	47
ANEXOS.....	55

No ano de 2000 acordaram-se entre os 191 países pertencentes às Nações Unidas, dentre eles o Brasil, um plano de ação para o progresso da saúde e bem estar global, conhecido como “Objetivos de Desenvolvimento do Milênio” (UNITED NATIONS MILLENIUM DECLARATION, 2000), cujas metas deverão ser atingidas até o ano de 2015. Dentre os inúmeros objetivos deste plano, destaca-se a redução da mortalidade infantil, em especial, a diminuição em 2/3 da taxa de mortalidade entre crianças com idade inferior a cinco anos (United Nations Millennium Declaration, 2004). Até o momento, embora notável progresso nas ações para a diminuição do número de mortes em crianças tenha ocorrido, com queda de mais de 50% da taxa de mortalidade infantil entre os anos de 1990 e 2013, a presente velocidade de declínio da taxa de mortalidade não é suficiente para atingir a meta no ano de 2015 (UNITED NATIONS, 2014).

Embora as organizações de saúde internacionais e nacionais preconizem um modelo de atenção ao parto e ao nascimento que proporcione as gestantes, as puérperas e aos recém-nascidos uma assistência de qualidade (BRASIL, 2011; COSTA *et al.*, 2013), os programas envolvidos com a manutenção da taxa de mortalidade no período pós-natal (1-59 meses) ainda tem sido mais efetivos do que aqueles envolvidos com a mortalidade neonatal (primeiros 28 dias de vida) (MARAM, UCHIMURA, 2008). Dados recentes do Grupo Interagências das Nações Unidas para Estimativas de Mortalidade Infantil (UN-IGME, 2014a), mostraram que em 2013, 45% das mortes de crianças com idade inferior a cinco anos ocorreram no período neonatal, sendo 73% delas na primeira semana e 36% nas primeiras 24 horas. É provável que a lenta evolução do declínio da mortalidade infantil se deva principalmente às dificuldades na redução da taxa de mortalidade neonatal, tornando-a objeto chave no manejo das ações envolvidas com a redução da taxa de mortalidade infantil global.

No Brasil (2011), seguindo as diretrizes do plano de metas, o governo federal criou um programa especial de atendimento à mãe e ao bebê chamado “Rede Cegonha (RC)” que tem como iniciativa melhorar o acesso e a qualidade do atendimento ao nascimento na rede pública de saúde. Além da assistência padrão à gestação, parto e puerpério com a disponibilização de pré-natais, exames laboratoriais e transporte, o programa enfoca também ações envolvidas com a

redução da morte neonatal, garantindo leitos e vinculação da gestante a uma determinada maternidade ou hospital público especializado, além de oferecer o

SAMU Cegonha ao recém-nascido que necessite de transporte de emergência com ambulâncias equipadas com incubadoras e ventiladores neonatais (BRASIL, 2012). No Estado do Paraná, vinculado a este programa Nacional, foi criada a Rede Mãe Paranaense e no município de Maringá o programa “Mãe Maringaense”, que em consonância com o programa nacional e estadual tem um investimento anual de R\$ 1,5 milhão, vindos de recursos próprios para investir nessa nova rede (MARINGÁ, 2013).

Embora mesmo com estas iniciativas, a mortalidade neonatal ainda constitui o principal responsável pelas altas taxas de mortalidade infantil em nosso país (MARANHÃO *et al.*, 2012). No relatório atual do Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF), a taxa de mortalidade neonatal no ano de 2013 no Brasil foi de 13,7 óbitos por mil nascidos vivos (UNICEF, 2014), índice ainda aquém do mínimo recomendado pela Organização Mundial da Saúde (OMS), correspondente a menos de 10 óbitos por mil nascidos vivos (WHO, 2014). Segundo estimativa da UNICEF, em 2013, 35% das mortes neonatais no mundo ocorreu por complicações no parto pré-maturo e 24% por complicações relacionadas durante o parto (UNICEF, 2014), sugerindo que as ações direcionadas para a assistência do recém-nascido ainda são carentes de melhoras.

Estudos recentes relacionados à mortalidade neonatal e ao cuidado do recém-nascido em nosso país são escassos, e quando presentes, refletem, normalmente, características muito regionalizadas (NASCIMENTO *et al.*, 2012; LANSKY *et al.*, 2014; SILVA *et al.*, 2014; BUSTAMANTE *et al.*, 2014). Por outro lado, sabe-se que países de grandes dimensões territoriais como o Brasil, com evidentes diferenças regionais, as ações de gerenciamento dos programas de assistência à saúde são bastante influenciadas pelo contexto local. Neste sentido, a realização de estudos locais envolvidos na caracterização do atendimento ao recém-nascido é importante para o entendimento das ações envolvidas no enfrentamento da mortalidade infantil bem como para o delineamento futuro de novas diretrizes voltadas à melhora da assistência.

Na microrregião do Norte do Paraná, que compreende 30 municípios e tem a cidade de Maringá como polo assistencial, apenas dois hospitais, o Hospital da Universidade de Maringá (HU) e o Hospital Santa Casa, apresentam unidades de terapia intensiva neonatal (UTIN) de alta complexidade para o atendimento especializado aos recém-nascidos da região. O Hospital Universitário de Maringá

disponibiliza 6 leitos de UTIN exclusivamente pacientes do sistema único de saúde (SUS) e que o Hospital Santa Casa disponibilize apenas 60% de seus leitos para o SUS, este último possui o dobro de leitos e, portanto principal responsável pelo atendimento de recém-nascidos contendo 8 leitos de internamento em UTIN da região. A caracterização do perfil tanto das mães quanto dos recém-nascidos internados na UTIN destes hospitais bem como do atendimento a eles prestado pode prover dados relevantes acerca do conhecimento das ações direcionadas ao combate a mortalidade neonatal, mais especificamente durante o período da internação, onde as intercorrências e ações são decisivas para a manutenção da vida do neonato. Além disso, dados referentes ao período pré e pós-implantação do programa Rede Cegonha podem subsidiar reflexões sobre a evolução das ações governamentais direcionadas para o enfrentamento da mortalidade neonatal em nosso país.

Dessa forma, com o objetivo de caracterizar o cenário do atendimento ao recém-nascido internado em UTIN na microrregião do Norte do Paraná antes e após implantação do programa Rede Cegonha avaliou-se no presente estudo a incidência das internações nas UTIN exclusivas do SUS do Hospital Santa Casa de Maringá-Pr; o perfil tanto das mães quanto dos recém-nascidos internados, o índice de mortalidade infantil—bem como os aspectos relacionados às intercorrências, internações, sequelas e atendimentos prestados. Acreditamos que os resultados aqui obtidos possam auxiliar na compreensão sobre a dimensão dos processos assistenciais na atenção ao parto e nascimento em nossa região, bem como sua repercussão sobre a mortalidade neonatal.

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo geral

Caracterizar o cenário do atendimento ao recém-nascido internado na UTIN exclusivamente pelo SUS na microrregião do Norte do Paraná antes e após a implantação do programa Rede Cegonha.

2.2 Objetivos específicos

- a) Identificar o total de internações de recém-nascidos na UTIN, bem como a incidência mensal destes internamentos;
- b) Caracterizar o perfil das mães dos recém-nascidos internados;
- c) Caracterizar história reprodutiva das mães dos recém-nascidos internados;
- d) Caracterizar o perfil dos recém-nascidos internados na UTIN;
- e) Caracterizar o atendimento prestado aos recém-nascidos durante o internamento.

3 REVISÃO DE LITERATURA

3.1 Definição de saúde materno-infantil e UTI Neonatal

A partir da década de 1960 houve considerável desenvolvimento dos recursos tecnológicos somados à ampliação de novas técnicas nos cuidados neonatais, também houve um aumento dos recém-nascidos (RN) com determinada gravidade, assim ocorrendo uma ampliação das unidades de tratamento intensivo neonatal (UTIN). O Brasil tem firmado compromissos internos e externos para a melhoria da qualidade da atenção à saúde prestada à gestante e ao recém-nascido (RN) com o objetivo de reduzir a mortalidade materna e infantil principalmente quando se trata de alto risco (BRASIL, 2012, OLIVEIRA, PINHEIRO *et al.*, 2012). Essas ações de promoção, prevenção e assistência à saúde dirigida à gestante e ao recém-nascido (RN) têm grande importância, pois influenciam a condição de saúde dos indivíduos desde o período neonatal até a vida adulta. Cada vez mais vem sendo salientada a relação determinante entre a vida intrauterina, as condições de saúde no nascimento e no período neonatal e os problemas crônico-degenerativos que podem ser levados na vida adulta (BRASIL, 2011; KOLLING, 2011).

O Ministério da Saúde coloca que a gestação e o nascimento devem ser priorizados na atenção à saúde da população, e que tal priorização deve levar em conta a melhoria da saúde da gestante e do Recém Nascido (RN) que pode ser um desafio para a redução da mortalidade infantil no país e a promoção da qualidade de vida torna-se necessária a partir da adaptação de redes regionalizadas e efetivas de atenção perinatal, nas quais a unidade hospitalar constitui-se um dos pontos de atenção, uma vez que isoladamente não é suficiente para prover o cuidado integral (BRASIL, 2011).

Apesar da gravidez ser um fenômeno fisiológico na vida da mulher, o organismo é lentamente modificado, e para isso, o organismo precisa se adaptar para o momento de gerar um novo ser por fazer parte de uma experiência de vida saudável envolvendo mudanças dinâmicas do ponto de vista físico, social e emocional e trata-se de uma situação que pode implicar riscos tanto para a mãe quanto para o bebê (MONTENEGRO, RESENDE FILHO, 2008; BRASIL, 2012). As modificações sistêmicas mais perceptíveis no corpo da mulher são as alterações das mamas, da pele, do abdômen e ganho do peso corpóreo. Outras mudanças orgânicas acontecem no sistema cardiovascular, no sistema respiratório, nas glândulas endócrinas, no trato gastrointestinal, no metabolismo de carboidratos e no sistema musculoesquelético (RESENDE; SOUZA, 2012).

Para Moreira, Pinho (2012) em concordância com (BRASIL, 2012b), todas estas mudanças no corpo da mulher é um processo normal e devem ter o acompanhamento de um profissional de saúde o qual identifique, precocemente, fatores de risco que possam comprometer o bem estar materno-fetal. Desta forma, as condutas adequadas para o processo fisiológico da gestação e o crescimento saudável do recém-nascido devem ser orientadas de forma sistemática e qualificada. Devido essas alterações fisiológicas e mudanças acontecendo constantemente, o Ministério da Saúde (MS) tem feito a implantação dos programas de saúde para resolução destes, mesmo assim a prematuridade continua sendo considerada um grande problema de saúde pública, principalmente nos países em desenvolvimento e exatamente pelo alto índice de mortalidade infantil e materno (KAKEHASHI; PINHEIRO; PIZZARRO, 2007).

Segundo dados do Ministério da Saúde Brasil (2011) e REDE INTERAGENCIAL PARA SAÚDE (2009), a mortalidade neonatal é definida como a que ocorre entre 0 a 27 dias de vida e representa cerca de 60% a 70% da mortalidade infantil demonstrando a necessidade de maiores avanços na saúde da criança brasileira, dessa forma, faz-se necessário o cuidado atencioso à saúde do recém-nascido (RN) com objetivo de promover a melhor qualidade de vida e a redução de desigualdade em saúde. A mortalidade e morbidade neonatal são maiores entre os neonatos prematuros, além disso, a carga econômica associada a esses nascimentos é significativa na medida em que o parto prematuro demanda assistência e cuidados de maior nível e complexidade, a imaturidade geral pode levar à disfunção em qualquer órgão ou sistema corporal podendo sofrer comprometimento ou intercorrências ao longo do seu desenvolvimento (RAMOS, 2009).

3.2 Saúde Materno-Infantil no Sistema Único de Saúde

No Brasil, a saúde da mulher foi incorporada às políticas nacionais de saúde nas primeiras décadas do século XX, sendo limitado, nesse período, às demandas

relativas à gravidez e ao parto. A atenção materno-infantil foi elaborada a partir da década de 1930 e traduzia uma visão restrita sobre a mulher baseada em sua especificidade biológica e no seu papel social de mãe responsável pela educação e pelos cuidados com a saúde dos filhos e os demais membros da família (BRASIL, 2004; MOREIRA, PINHO, 2013). Assim com a criação do Sistema Único de Saúde (SUS) com a Constituição Federal de 1988, sendo regulamentado pelas Leis Orgânicas da Saúde n.º 8080/90 e nº 8.142/90 contarão em cada esfera de governo e sem prejuízo das funções do Poder Legislativo com as seguintes instâncias colegiadas e com a finalidade de alterar a situação de desigualdade na assistência à saúde da população e tornar obrigatório o atendimento público a qualquer cidadão, sem cobrança em dinheiro sob qualquer pretexto (BRASIL, 2007).

Este órgão governamental é destinado a todos os cidadãos brasileiros e é financiado com recursos arrecadados através de impostos e contribuições sociais pagos pela população e compõem os recursos do governo federal, estadual e municipal. Tem como meta tornar-se um importante mecanismo de promoção da equidade no atendimento das necessidades de saúde, ofertar serviços com qualidade adequados às necessidades independente do poder aquisitivo (BRASIL, 2002). Na década de 80, o Ministério da Saúde (MS) elaborou e estabeleceu o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM) que marcou uma ruptura conceitual com os princípios existentes que norteavam a política de saúde das mulheres e passou a estabelecer critérios para a eleição de prioridades na saúde materno-infantil e incorporar ações prioritárias que foram definidas a partir das necessidades da população feminina (CARDOSO, 2008).

Esse programa que aplica os princípios do SUS de universalidade e integralidade representa os avanços alcançados pela saúde pública no Brasil como a Reforma Sanitária, a VIII Conferência Nacional de Saúde, a Constituição Federal de 1988, além de tratar de um marco histórico que incorpora o ideário feminista para a atenção integral à saúde da mulher, sendo de responsabilidade do Estado os aspectos da saúde reprodutiva (SANTOS NETO *et al.*, 2009; BRASIL, 2011a). Para isso, o Ministério da Saúde (MS) recomenda iniciar o pré-natal assim que a gestação for diagnosticada com o objetivo de fortalecer a adesão da mulher ao pré-natal e diagnosticar eventuais fatores de risco. Para reduzir a ocorrência da morbimortalidade materna e melhorar os resultados perinatais com uma perspectiva humanizada, foi criado o Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento

(PHPN), que tem como enfoque questões epidemiológicas para promover ações de modo a enfrentar intercorrências ou obstáculos que possam ocorrer na gestação (SERRUYA; LAGO; CECATTI, 2004a).

É sabido que mesmo com as ações das redes citadas, em especial a Rede Cegonha, tem a participação do SUS e a regulação de vagas é feita pelo HOSPSUS. O HOSPSUS tem como meta a alocação e ampliação dos leitos de UTI adulto, pediátrico e neonatal, bancos de leite e melhorias das condições das salas de parto nos hospitais vinculados (PARANÁ, 2013). Isso é preocupante, pois ainda existe a falta de leitos hospitalares e a maioria das mortes e complicações que surgem durante a gravidez, parto e puerpério podem ser prevenidas. Vários países em desenvolvimento já conseguiram obter excelentes resultados na melhoria de seus indicadores e cobertura abrangente por meio da utilização de tecnologias simplificadas e economicamente viáveis (BRASIL, 2012).

Brasil (2011b), relata que existem dificuldades para internações de pacientes pela escassez de leitos de alta complexidade, assim é importante a ampliação de leitos de (UTI) Unidade de Terapia Intensiva que faz parte da Política Nacional de Terapia Intensiva do Sistema Único de Saúde (SUS). Entretanto, as dificuldades para tal método superam os limites da aquisição de equipamentos e adequação de estrutura física, uma vez que tem relação direta com a existência de recursos humanos tecnicamente habilitados o que pode causar superlotação dos hospitais (BRASIL, 2010). Para isso, é necessário delinear centrais de regulação para que seja possível assegurar o serviço de referência e contra referência e garantir atenção à saúde da mulher e da criança no acesso de serviços e aumentar a oferta de leitos UTI obstétrica e neonatal para as gestantes de risco habitual e alto risco. Esses leitos devem ser distribuídos pela rede regional ofertando o acesso a vagas por meio de convênios dos consórcios de saúde que se faz necessário e indispensável na busca dos leitos (BRASIL, 2011b).

No Nordeste e até mesmo no sul do Brasil, um grande número de gestantes ainda peregrinam até encontrar um local e vaga para o parto. A gestante e o bebê ficam expostos aos inúmeros riscos de adoecer e morrer. Para evitar esta andança e os riscos potenciais é preciso estabelecer uma rede de cuidados para que a mulher tenha um acolhimento entre atenção primária, maternidades, secretarias de saúde, sociedades de profissionais e ministério público para assim construir a rede

assistencial com ampliação do acesso e oferta adequada de leitos evitando risco de vida materno infantil (COSTA, 2010).

3.3 Redes de Atenção à Saúde: conceitos e definições

Como estratégia para superar a fragmentação da atenção à saúde e aprimorar o funcionamento político-institucional do SUS, o Ministério da Saúde, o Conselho Nacional de Secretários da Saúde (CONASS) e o Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (CONASEMS) durante a reunião da Comissão Intergestores Tripartite instituíram o posicionamento sobre as Redes de Atenção à Saúde, posicionamento este que está materializado na Portaria 4.279, de 30 de dezembro de 2010 pelas diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do SUS (BRASIL, 2010). O planejamento político de “redes” é uma alternativa cada vez mais presente e está associada a maior flexibilidade, integração e interdependência entre organizações estatais, sociais e empresariais, constituindo uma saída para a crise contemporânea dos sistemas de atenção à saúde (FLEURY; OUVENEY, 2007).

As redes de atenção à saúde são organizações de serviços de saúde vinculadas entre si que oferecem condições estruturalmente mais adequadas para efetivação contínua e integral de determinada população com responsabilidades sanitárias e econômicas (MENDES, 2009). As redes de atenção à saúde têm como objetivo garantir a integralidade da atenção à saúde a partir do gerenciamento de pontos de atenção e diagnóstico com diferentes níveis de complexidade distribuídos em um território (CASSIANO, *et al.*, 2014). Neste contexto, sobre as redes de atenção é importante ressaltar que o (MS) Ministério da Saúde desde 2004 vem mobilizando gestores nas esferas Federal, Estadual e Municipal, bem como a sociedade civil com o lançamento de uma série de medidas adotada para garantir a melhoria da assistência à saúde das gestantes e recém-nascidos. As ações referenciadas estão descritas abaixo:

- 2004 – Lançamento do pacto Nacional pela Redução da Mortalidade Materna e Neonatal (BRASIL, 2004);
- 2005 – Lei nº 11.108/2005. Garante as parturientes o direito à presença de acompanhante durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato no âmbito

do SUS; Publicação da Portaria nº 33/2005, que inclui a sífilis em gestantes na listagem nacional de doenças de notificação compulsória.

- 2006 – Campanha Nacional de Incentivo ao Parto Nacional e Redução da Cesária Desnecessária; 2007 - Lei nº 11.634/2007. Dispõe sobre o direito da gestante ao conhecimento e à vinculação à maternidade onde receberá assistência no âmbito do SUS; 15 2008 – RDC nº 36 da ANVISA. Regulamenta o funcionamento dos serviços de atenção obstétrica e neonatal; Portaria – nº 1.119/2008 (BRASIL, 2006);

- 2008 – Regulamenta a vigilância dos óbitos maternos; Portaria – nº 3136 GM/MS. Define o repasse de incentivo financeiro (R\$ 2,7milhões) para Estados, Distrito Federal e municípios auxiliarem as maternidades de referência a se adequarem aos requisitos de ambiência e humanização para a atenção ao parto e ao nascimento (BRASIL, 2009);

- 2009 – Início do Plano de Qualificação das Maternidades e Redes Perinatais da Amazônia Legal e Nordeste (BRASIL, 2010) Curso de urgências e emergências obstétricas para médicos e enfermeiros que atendem na rede pública de saúde do país. Qualificados 1000 profissionais de saúde até o final de 2010 - qualificação de parteiras tradicionais em Estados do Nordeste e da Amazônia Legal (BRASIL, 2010);

- Atualmente o (MS) Ministério da Saúde insiste na implementação do pacto pela redução da Mortalidade com qualificação das equipes e expansão da Estratégia Saúde da Família além da implantação do Programa Rede Cegonha. A nossa legislação estabelece que o local de parto deve ser ofertado pelo SUS a toda e qualquer gestante e que todas as gestantes têm o direito de saber e de conhecer o local onde vai parir lei 11634 de 2007 (BRASIL, 2011).

Para dar sequência à saúde materno infantil, o Brasil designou várias redes de atenção à saúde como Rede de Assistência Oncológica, Rede de Urgência e Emergência, Redes Estaduais de Assistência à Pessoa Portadora de Deficiência Física, Rede de Atenção psicossocial e combate ao crack, Rede de Prevenção de Violências e Promoção à Saúde, Rede cegonha, dentre outras. Nosso foco é destacarmos as Redes Mãe Cegonha, Rede Mãe Paranaense e Rede Mãe Maringaense (PARANÁ, 2012).

3.4 Rede Cegonha

A partir da perspectiva de promover melhoria na assistência à saúde materno-infantil, em 2011 o Ministério da Saúde lançou a Rede Cegonha que foi normatizado pela Portaria Nº 1.459, de 24 de junho de 2011. Esta estratégia tem como objetivo aplicar um novo modelo de atenção à saúde da mulher e da criança com foco no parto, nascimento, crescimento e desenvolvimento da criança, garantia de acesso, acolhimento e resolutividade e a redução da taxa de mortalidade materna e neonatal (CASSIANO, *et al.*, 2014, BRASIL, 2011).

A Rede Cegonha tem como princípios o respeito, a proteção, a realização dos direitos humanos; o respeito à diversidade cultural, étnica e racial; o enfoque de gênero; a promoção da equidade; a participação e mobilização social; a garantia dos direitos sexuais e reprodutivos de mulheres, homens, jovens e adolescentes e a compatibilização com as atividades das redes de atenção à saúde materna e infantil em desenvolvimento nos Estados (BRASIL, 2011; CAVALCANTE, 2013).

Para dar sequencias nas redes de atenção e nas ações para a ampliação na melhoria do acesso e da qualidade da assistência à mulher e à criança é oferecida assistência ao parto, vale transporte, boas práticas de atenção ao parto e nascimento seguro, atenção à saúde da criança de zero a 24 meses com qualidade e resolutividade. Ainda é oferecido assistência total ao pré-Natal, Parto e Nascimento, Puerpério (BRASIL, 2011).

Cada um desses componentes oferecidos pelas redes compreende uma série de ações de atenção à saúde; é oferecido o teste de HIV gratuito, sífilis e teste rápido de gravidez, orientação sobre os métodos contraceptivos e a oferta deles gratuitamente. Oferece à gestante, no mínimo, de seis consultas de pré-natal durante a gestação, exames clínicos e laboratoriais; garante o direito de leite e de vinculação da gestante a uma determinada maternidade ou hospital público garante os centros de gestante principalmente na gravidez de alto risco - permitir o acesso ao pré-natal de alto risco em tempo adequado - oferecer o SAMU Cegonha ao recém-nascido que necessite de transporte de emergência com ambulâncias equipadas com incubadoras, ventiladores neonatais e ações de incentivo ao aleitamento materno (CARNEIRO, 2013).

Esta estratégia busca garantir o acesso e a melhoria da qualidade do pré-natal, a vinculação da gestante à unidade de sua referência para o parto e o

nascimento, o direito de acompanhamento de livre escolha da mulher durante o trabalho de parto, parto e puerpério, a garantia de seguimento da puérpera e da criança até 2 anos de vida com segurança, dignidade e respeito, levando-se em consideração sua dimensão social, singularidade cultural, étnica e racial (BRASIL, 2012).

Além disso, a Rede Cegonha é responsável pela rede assistencial básica da gestante de alto risco, bem como do bebê de risco. Com isso, houve necessidade de equipar, capacitar, permitir diagnóstico, realização de exames e oferecimento de medicamentos básicos, bem como promover atendimento periódico contínuo para a população sob sua responsabilidade (BRASIL, 2012).

A Rede Cegonha é uma proposta do governo federal, mas caberá aos estados e municípios a sua aplicação. O Ministério da Saúde divulgou que os estados do Rio Grande do Norte, Acre, Pernambuco e Mato Grosso seriam beneficiados com recursos de R\$ 92,9 milhões para qualificar e ampliar a assistência à gestante e ao bebê com a estratégia da Rede Cegonha (BRASIL, 2012; CAVALCANTE *et al.*, 2013). O estado do Rio Grande do Norte terá R\$ 46,8 milhões, o Acre R\$ 18,6 milhões, Pernambuco R\$ 8,5 milhões e Mato Grosso R\$ 19 milhões (CAVALCANTI, 2010; BRASIL, 2012).

Durante a 2ª Reunião do Comitê de Mobilização Social, o Ministério da Saúde afirmou que após um ano da fundação da Rede Cegonha foram realizadas mais de 20 milhões de consultas para o pré-natal. São 133% a mais que os 8,6 milhões registrados em 2003. Isso significa a criação de ações qualificadas desde o pré-natal até a atenção ao parto, o nascimento, resguardo e o desenvolvimento da criança até dois anos (BRASIL, 2012a). Outra conquista obtida através da estratégia Rede Cegonha é a ampliação dos exames do teste do pezinho. Assim, a intenção é aumentar e qualificar os serviços e incluir, gradativamente, a ampliação do acesso aos exames, tratamentos e acompanhamentos de todas as doenças definidas no escopo do Programa Nacional de Triagem Neonatal – PNTN (BRASIL, 2012d).

A qualificação profissional também faz parte da estratégia da Rede Cegonha, pois os ministérios da Saúde e da Educação lançaram o Programa Nacional de Residência em Enfermagem Obstetrícia (PRONAENF). O programa planeja capacitar enfermeiros obstetras para serem inseridos no SUS, nas regiões que aderiram à estratégia Rede Cegonha. O programa PRONAENF é uma ação que contribui com a Rede Cegonha em que qualifica os enfermeiros para prestar um

serviço humanizado e de qualidade para a criança e para mulher e capacita os profissionais a atuarem desde o pré-natal, parto, nascimento e pós-parto (CASSIANO, 2014).

3.5 Rede Mãe Paranaense

Para dar sequência aos programas de saúde materno-infantil, a SESA Secretaria do Estado do Paraná seguindo o modelo lançou em Curitiba PR a Rede Mãe Curitibana com mesmo enfoque da Rede Cegonha. O objetivo do Programa Mãe Curitibana é humanizar o atendimento, aumentar a segurança e melhorar a qualidade do atendimento proporcionando às gestantes e crianças de Curitiba melhor desenvolvimento da saúde materno-infantil (PARANÁ, 2013). Sendo assim, no ano 2012 foi lançada a Rede Mãe Paranaense um programa do governo estadual que propõe a organização da atenção materno-infantil nas ações do pré-natal e puerpério e acompanhamento do crescimento e desenvolvimento das crianças, em especial, no seu primeiro ano de vida. As ações envolvem a captação precoce da gestante, acompanhamento no pré-natal, garantia de, no mínimo, 7 consultas, 17 exames, classificação de risco da gestante e criança de risco e garantia do parto vinculado conforme o risco gestacional (SESA, 2012; PARANA, 2013). Para possibilitar o acesso da gestante é necessário possuir o cartão SUS e estar cadastrada no Sistema de Informação do Pré-Natal e Nascimento (SISPRENATAL), bem como possuir prontuário (PARANÁ, 2012).

Conforme o manual da Secretaria Estadual de Saúde (HUÇULAK; PETERLINI, 2013) a atenção da gestante é dividida em três categorias distintas:

- Risco habitual: gestante que não apresentam fatores de risco individual, sociodemográfico, história reprodutiva anterior, doença ou agravo. Esse grupo é acompanhado na atenção primária a saúde e em hospitais de risco habitual;
- Risco Intermediário: gestantes negras ou indígenas, gestantes com menos de 15 anos e mais de 40 anos, gestantes analfabetas ou com menos de 3 anos de estudo, gestantes com menos de 20 anos e com 1 aborto ou com mais de 3 filhos. Esse grupo é acompanhado pela Atenção Primária a Saúde e pela Atenção Secundária a Saúde de referência para o Risco Intermediário;

- Alto Risco: Patologias pré-existentes e específicas do período gestacional. Esse grupo é acompanhado pela Atenção Primária à Saúde e pela atenção secundária ambulatorial e pelos hospitais de referência para o alto risco.

Mesmo com muitos avanços na saúde na assistência materno infantil e a redução da mortalidade materna, o Estado do Paraná ainda apresenta alguns desafios como reduzir a taxa de cesárea; capacitar os profissionais de saúde; implantar os centros Mãe Paranaense nas regiões onde não foi implantado; implantar a gestão de caso para as gestantes para acelerar a redução da mortalidade materna; implantar a anticoncepção para os adolescentes e gestantes idosas e implantar o plano de qualificação dos pontos da Rede Mãe Paranaense (HUÇULAK; PETERLINI, 2013).

3.6 A Rede Mãe Maringaense

O programa Mãe Maringaense é voltado a atenção materno-infantil do pré-natal ao desenvolvimento de crianças até 2 anos de idade. A Prefeitura vai investir R\$ 1,5 milhão de recursos próprios anualmente no programa para dar sequência a essa rede de atenção (MARINGÁ, 2013). Também semelhante a Rede Cegonha, a Mãe Paranaense foi designada no ano de 2013 com o objetivo de promover a atenção materno-infantil nas ações do pré-natal e do acompanhamento das crianças, especialmente em seu primeiro ano de vida, bem como captar precocemente as gestantes usuárias da rede pública por meio da classificação de riscos e promover vínculo entre as gestantes e os hospitais de referência (Hospital Universitário e Santa Casa de Maringá).

O acompanhamento é mensal com a realização de exames, vacinas, visitas domiciliares, acompanhamento do pré-natal, parto, pós-parto e o seguimento da criança até 2 anos de vida (MARINGÁ, 2013). Além disso, visa possibilitar apoio às gestantes, crianças, com acompanhamento mensal, garantindo a realização de exames de pré-natal, vacinação de rotina, visitas domiciliares, odontologias e demais ações (MARINGÁ, 2013). Nos casos dos bebês de risco o acompanhamento será permanente de 0 a 2 anos de idade; o programa também vai reforçar o estímulo ao aleitamento materno em locais adequados nas unidades de saúde e os profissionais que atuam nos pontos de atenção da rede serão qualificados por meio

de programas de educação permanente (PREFEITURA MUNICIPAL DE MARINGÁ, 2013).

O implantação do programa permitirá a queda da taxa de mortalidade infantil que em Maringá tem variado de 8 a 10 nos últimos 5 anos. O Mãe Maringaense acompanhará mais de 4 mil nascimentos, o que significa 60% do total de partos feitos anualmente na cidade. Os hospitais de referência no atendimento do programa são a Santa Casa e o Hospital Universitário. “Atualmente nascem cerca de 7 mil crianças por ano em Maringá. São em torno de 1.400 partos normais e mais de 5.500 cesárias, esse programa tem por objetivo diminuir a taxa de parto cesariana , o Programa Mãe Maringaense está ainda integrando todas as ações principalmente o Programa Bebê de Risco (MARINGÁ,2013).

3.7 Gestante e bebê de risco: suas causas

Gestação de alto risco entende-se como sendo aquela na qual a vida ou saúde da mãe e/ou do feto tem maiores chances de serem atingidas por complicações que a média das gestações (DOURADOS, 2006);(BRASIL,2012). Estudos realizados por Nascimento (2012), Araújo; Bozzetti; Tanaka (2005), Buzzo, (2007) e Gonçalves; Monteiro (2012) relatam que a idade materna na adolescência ou superior a 35 anos foi outro fator determinante que aumentaram os riscos de óbitos neonatais precoces. Essas pesquisas comprovam que a associação entre as idades são resultados perinatais desfavoráveis apresentando aumento de risco para saúde materno infantil.

A gravidez, apesar de ser um processo fisiológico produz modificações importantes no organismo materno, dependendo da idade pode trazer fatores de risco. O controle do pré-natal, segundo recomendações do Ministério da Saúde deve ter início precoce com cobertura universal realizada de forma periódica e integrada com as demais ações preventivas e curativas e ter, no mínimo, seis consultas de pré-natal ou mais, de acordo com os riscos para o binômio mãe/bebês (NUNES, 2011; BRASIL, 2006).

Nos casos de gestação que possa ser considerada de alto risco pode ser que seja alterado esse número de consultas com o objetivo de prevenir, detectar, ou

tratar de problemas que afetem a saúde materna ou fetal (NUNES, 2006; BRASIL, 2012).

Uma pequena parcela de gestantes que por ser portadora de alguma doença ou por sofrer algum agravo pode desenvolver problemas de saúde desfavoráveis tanto para o feto quanto para a mãe e, por isso, necessita de atenção especial durante a gravidez, parto e pós-parto. Essa parcela contribui para um grupo chamado de gestantes de risco com visão do processo saúde doença denominado enfoque de risco (BRASIL, 2004). Estudos realizados em Recife (2008), relatam que os riscos biológicos são aqueles relacionados com as condições da gravidez da mãe e do nascimento do Recém-nascido (RN), Brasil (2004), acede com Brasil (2006); Uchimura (2012) que os fatores de risco materno infantil são baixo peso ao nascer, prematuridade, malformação congênita, índice de apgar no quinto minuto <7 mãe com sorologia positiva para Vírus Imunodeficiência Humana(HIV) e outras doenças decorrentes da mãe .

Para Moran e Uchimura (2008) e Slomp *et al.* (2007) entre os fatores sociais destacam mães menores de 18 anos, mãe analfabeta, parto extra-hospitalar, números de partos anteriores maior que 3 irmãos nascidos vivos, números de irmãos mortos maior ou igual a um, chefe de família desempregado, mãe sem companheiro, má condições de moradia, mãe que não fez consulta de pré-natal, uso de drogas lícitas ou ilícitas do pai e da mãe, e outras doenças decorrentes da mãe, como cardiopatia, trabalho de parto prematuro, hipertensão arterial, diabetes, estresse, infecção do trato urinário e outras intercorrências relacionadas na gravidez. Vários países em desenvolvimento já conseguiram obter excelentes resultados na melhoria da saúde materno infantil e de seus indicadores por meio de ações organizadas, amplas, integradas e com cobertura abrangente por meio da utilização de tecnologias simplificadas e economicamente viáveis (BRASIL, 2012; CASSIANO, 2014).

3.8 Conceitos de Prematuridade de Alto Risco

Nos últimos trinta anos o Brasil avançou muito na melhoria da atenção ao parto e ao nascimento, fruto de uma série de esforços e iniciativas do governo e da

sociedade, porém, a redução da mortalidade materno-infantil tem sido um desafio no país (BRASIL, 2012). A Organização Mundial da Saúde (OMS) define como pré-termo toda criança nascida antes de 37 semanas (BRASIL, 2006). Sendo assim, inclui todo recém-nascido (RN) vivo com menos de 37 semanas completas de gestação (<259 dias), contadas a partir do primeiro dia do último período menstrual. A incidência é variável e depende de características populacionais (BRASIL, 2006; RADES, 2004; SALGE *et al.*, 2009).

A prematuridade aumenta o risco de adaptação da vida do recém-nascido prematuro (RNPT) e pode apresentar uma série de complicações após o nascimento e muitas vezes associado à prematuridade com baixo peso, acentuando ainda mais os riscos tais como distúrbios respiratórios, complicações infecciosas e neurológicas; problemas gastrointestinais, circulatórios e metabólicos e comprometimento do sistema imunológico do recém-nascido de risco (ANCEL, 2008).

Para Ramos (2009); Salge (2009), a imaturidade geral pode levar à disfunção em qualquer órgão do sistema corporal, entretanto a baixa imunidade dos neonatos prematuros e o ambiente da UTIN ser favorável a infecção secundária poderia justificar-se ao uso de antibióticos em 80% dos pacientes sofrendo comprometimento ou intercorrências ao longo do seu desenvolvimento precisando minuciosos, e riscos neonatais.

Já em seu estudo Souza *et al.*, (2012) Tourinho, Reis (2013), todo recém-nascido de risco pode ser aquele que a mãe teve intercorrências na gestação e esse risco pode lesar o SNC e outros órgãos que ainda não esta totalmente desenvolvidos no ponto de vista funcional e anatômica podendo causar alterações nos seus desenvolvimento, os riscos são condições ao nascer (peso, idade gestacional, apgar baixo, sexo do bebe, a prematuridade já é considerada um problema de saúde publica.

3.9 Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN)

A neonatologia moderna teve seu marco inicial na França, em 1880, através da sofisticação de técnicas e equipamentos garantindo a sobrevivência de bebês

prematuros e/ou doentes até então considerada inviável (TAMEZ, 2009). Estudos recentes relatam que Neonatologia é o ramo da pediatria que estuda a criança desde o nascimento até 28 dias de vida (SÁ NETO; RODRIGUES, 2010).

As primeiras unidades (UTIN) surgiram como um prolongamento da obstetrícia as quais tinham por finalidade a manutenção e restauração das condições de vitalidade, a prevenção da infecção e a diminuição da morbimortalidade de recém-nascidos. Entretanto, aos poucos a visão biológica centrada apenas na sobrevivência foi se modificando e atualmente o cuidar na neonatologia tem por objetivo final proporcionar uma melhor qualidade de vida ao neonato e sua família (COSTA; PADILHA, 2011).

Desta forma, a UTIN tornou-se um dos setores de maior especialização de cuidado dentro das instituições de saúde. E nesse ambiente restrito há concentração de diversas profissões, diferentes tecnologias e saberes. Portanto, a assistência oferecida é conduzida para recuperação biológica de prematuros ou cura de doença congênita e/ou adquirida, nesta fase inicial da vida (DUARTE et al., 2008). O cuidar do Recém-Nascido (RN) deve ir além da compreensão profissional do seu objeto de trabalho que é o corpo físico, portanto, é necessário perceber o outro em toda a sua integralidade (SÁ NETO; RODRIGUES, 2010).

A (UTIN) é diferente da vida intrauterina, excesso de luminosidade, ruídos e procedimentos invasivos são constantes e quanto mais prematuros forem os recém-nascidos maior a quantidade de manipulações eles são submetidos, e suas chances de gravidade é maior. Tudo isto pode acarretar em sequelas graves e desenvolver distúrbios comportamentais relacionados ao estresse, essas alterações comportamentais podem persistir por toda a vida e se tornar incapacitantes (MIRANDA, 2003; SALGE, 2009). No Brasil, nascem cerca de três milhões de crianças ao ano, das quais 98% precisam nascer em hospitais que tenham leitos de Unidade Terapia Intensiva Neonatal (UTI) (BRASIL, 2010).

O recém-nascido de risco é o foco de atendimento na (UTIN) é aquele que passou por intercorrências na gestação, no pré-parto ou pós-parto são capazes de lesar estrutura do Sistema Nervoso Central (SNC) que ainda não está totalmente desenvolvida do ponto de vista funcional e anatômico podendo ocasionar alterações no seu desenvolvimento (MIRANDA, 2003; SALGE, 2009).

Sabe-se que a maioria delas nasce com boa vitalidade, entretanto manobras de reanimação podem ser necessárias de maneira inesperada, sendo essencial o

conhecimento e a habilidade em reanimação neonatal para todos os profissionais que atendem ao recém-nascido em sala de parto, mesmo quando se espera pacientes hígidos sem hipóxia ou asfixia ao nascer (ALMEIDA, 2010).

O acompanhamento dos recém-nascidos de alto risco é de extrema importância e deve ser realizada por uma equipe multiprofissional capacitada e integrada, principalmente no atendimento a atenção primária. O atendimento emergencial deve ser feito de forma rápida encaminhando esses recém nascidos grave precocemente ao serviço de (UTIN), uma vez que nem sempre eles são encaminhados diretamente, por isso podem sofrer danos que são irreparáveis carregando possíveis sequelas (BRASIL, 2012).

Para que essas possíveis sequelas possam ser evitadas é primordial o uso das tecnologias como incubadoras, respiradores do uso de medicamentos como o surfactante, antimicrobianos, terapia com oxigênio, e outras tecnologias de ponta que possa garantir a sobrevivência dos bebês em estados mais graves e de menor peso, que acabam permanecendo por mais tempo sob tratamento intensivo (ARAÚJO *et al.*, 2005).

Para garantir a sobrevida desses pequeninos o ambiente (UTIN) é diferente da vida intrauterina trazendo mais riscos e danos para sua vida como o excesso de luminosidade, a dor, ruídos e procedimentos invasivos, as manipulações excessivas, estresse, tudo isto pode acarretar em sequelas tanto físicas como do sistema neuromotor para esses bebês; trazendo grandes riscos de desenvolver distúrbios comportamentais relacionados a essas alterações que podem persistir por toda a sua vida (Araújo *et al.*, 2005). Portanto, os demais autores descrevem que os recém-nascidos prematuros têm maior risco de mortalidade quando comparados com crianças de maior peso > 2500 kg idade gestacional maior que 37 semanas (ALMEIDA; GUINSBURG, 2005).

4 MATERIAIS E MÉTODOS

4.1 Desenho do estudo

Trata-se de estudo de abordagem quantitativa, descritivo, retrospectivo, do tipo transversal com informações obtidas a partir dos prontuários arquivados em papel ou digitalizados no sistema Tasy no setor de arquivos médicos da (UTIN) do Hospital Filantrópico Santa Casa de Maringá. O referido hospital está localizado no município de Maringá-Paraná e integra o programa estadual HospSUS de qualificação dos hospitais públicos e filantrópicos do Paraná e é referência regional para gestações de alto risco contando com 11 leitos de UTIN sendo 8 exclusivos para atendimentos do Sistema Único de Saúde (SUS).

Foram obtidas informações sobre recém-nascidos de ambos os sexos, nascidos e internados na UTIN e atendidos exclusivamente pelo SUS. Os resultados referem-se a dois períodos: 1) Pré-implantação da Rede Cegonha (03/Março de 2010 a Fev de 2011, totalizando 11 meses) e 2) Pós-implantação da Rede Cegonha (01/fev de 2012 a /Março de 2013, totalizando 14 meses). Foram excluídos aqueles prontuários cujos recém-nascidos não nasceram ou não permaneceram internados na UTIN do referido hospital. Também foram excluídos os prontuários dos bebês atendidos por convênios particulares.

O protocolo experimental do presente estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) do Centro Universitário de Maringá-UniCesumar, protocolo número CAAE 19404900005539.

4.2 Obtenção e análise dos dados

A análise da incidência mensal de internações de recém-nascidos na UTIN exclusivas do SUS foi realizada através da divisão do número total de recém-nascidos pelo número de meses correspondente a cada período avaliado (pré-implantação: 11 meses e pós-implantação: 14 meses).

Os dados referentes à caracterização do perfil do recém-nascido internado na UTIN exclusiva do SUS durante os períodos pré e pós-implantação da Rede Cegonha bem como de suas mães foram obtidos exclusivamente dos prontuários dos recém-nascidos. A caracterização do atendimento prestado e das intercorrências foram também todas obtidas através dos dados contidos no prontuário do recém-nascido. Para a análise destes resultados os dados foram

inseridos em uma planilha eletrônica e obtido as porcentagens de cada avaliação para o respectivo período, pré ou pós-implantação da Rede Cegonha.

5 RESULTADOS

5.1 Incidência de internações de recém-nascidos na UTIN

No período referente à pré-implantação da Rede Cegonha foram notificadas 112 internações na UTIN (recém-nascidos + pediátricos), sendo 43 (38,4%) referentes apenas a recém-nascidos atendidos exclusivamente pelo SUS, sendo que 69 (61,6%) atendidos por convênios particulares, ou recém-nascidos que vieram de outro hospital. No período pós-implantação da Rede Cegonha foram notificados o total de 513 internações (recém-nascidos + pediátricos) amostra deste trabalho é de 206 (40,16%) referentes apenas a recém-nascidos atendidos exclusivamente pelo SUS e 307 (59,8%) atendidos por convênios particulares, ou nasceram em outros hospitais e foram transferidos para referida UTIN. As análises mensais das internações de recém-nascidos na UTIN exclusivas do SUS no Hospital Santa Casa foram de 3,9 e 14,9 internações nos períodos pré e pós-implantação da Rede Cegonha, respectivamente (Tabela 1).

Tabela 1. Caracterização das internações de recém-nascidos na UTIN atendidos exclusivamente pelo SUS no Hospital Santa Casa de Maringá-Pr no período pré e pós-implantação da Rede Cegonha. Maringá-Pr, 2014.

	<i>Pré</i>	<i>Pós</i>
Número de internações		
Total (pediátricos e neonatos)	112	513
Neonatos (exclusivas do SUS)	43 (38,39%)	206 (40,16%)
Neonatos (convênios)	69 (61,60%)	307 (59,84%)
Neonatos exclusivos do SUS/mês	3,9	14,9

Pré: período pré-implantação; *Pós:* período pós-implantação.

5.2 Caracterização do perfil das mães dos recém-nascidos

A tabela 2 apresenta dados do perfil das mães dos recém-nascidos internados na UTIN exclusivas do SUS do Hospital Santa Casa de Maringá nos períodos pré e pós-implantação da Rede Cegonha. No período correspondente à pré-implantação da Rede Cegonha 16,67% das mães apresentaram idade inferior a 20 anos; 66,67% idade entre 20 a 34 anos e em 16,67% delas a idade não foi descrita no prontuário. Já no período pós-implantação, 18,45% das mães apresentaram idade inferior a 20 anos; 57,77% idade entre 20 a 34 anos, 7,77% idade superior a 35 anos e em 16,02% delas a idade não foi descrita no prontuário.

Quanto ao estado civil, no período pré-implantação da Rede Cegonha 90,48% das mães eram casadas e em 9,52% delas este dado não constava no prontuário. No período pós, 91,26% das mães eram casadas; 1,46% solteiras e 7,28% não tinham este dado no prontuário. Quanto à religião, no período pré, 80,94% das mães se identificaram como católicas e 19,05% como evangélicas. No período pós, 62,14% delas se identificaram como católica e 37,86% como evangélica. Quanto aos hábitos de vida, no período pré, 4,76% das mães disseram que eram fumantes; 2,38% ingeriram bebida alcóolica; 2,38% fizeram uso de outras drogas ilícitas e em 90,48% delas estas informações não constavam nos prontuários. No período pós, 4,85% das mães eram fumantes; 0,49% delas ingeriram bebida alcóolica; 1,46% fizeram uso de drogas ilícitas e em 93,20% delas estas informações não constavam nos prontuários.

Tabela 2. Caracterização do perfil das mães dos recém-nascidos internados na UTIN exclusivas do SUS no Hospital Santa Casa de Maringá-Pr atendidas no período pré e pós-implantação da Rede Cegonha. Maringá-Pr, 2014.

	<i>Pré</i>	<i>Pós</i>
Idade (anos)		
< 20	7 (16,67%)	38 (18,45%)
20 a 34	28 (66,67%)	119 (57,77%)
> 35	0	16 (7,77%)
Não consta	7 (16,67%)	33 (16,02%)
Estado Civil		
Casadas	38 (90,48%)	188 (91,26%)
Solteiras	0	3 (1,46%)
Não consta	4 (9,52%)	15 (7,28%)
Religião		
Católica	34 (80,95%)	128 (62,14%)
Evangélica	8 (19,05%)	78 (37,86%)
Procedência		
Maringá	25 (59,52%)	125 (60,68%)
Outra localidade	17 (40,48%)	82 (39,81%)
Hábitos		
Fumante	2 (4,76%)	10 (4,85%)
Alcôolatra	1 (2,38%)	1 (0,49%)
Faz uso de drogas ilícitas	1 (2,38%)	3 (1,46%)
Não consta	38 (90,48%)	192 (93,20%)

Pré: período pré-implantação; *Pós:* período pós-implantação.

5.3 Caracterização da história reprodutiva das mães dos recém-nascidos

A Tabela 3 apresenta os dados referentes à caracterização da história reprodutiva das mães dos recém-nascidos internados na UTIN exclusivas do SUS no hospital Santa Casa de Maringá nos períodos pré e pós-implantação da Rede Cegonha. No período pré-implantação da rede, 2,38% das mães eram primíparas; 57,14% tiveram 1 a 2 gestações anteriores ao referido parto; 28,57% delas tiveram de 3 a 4 gestações e em 11,91% dos prontuários estas informações não constavam. Para o período pós, 4,37% eram primíparas; 65,53% tiveram de 1 a 2 gestações anteriores; 14,56% de 3 a 4 gestações e 15,53% não continham este dado no prontuário. Quanto ao número de abortos constatados antes à gestação de alto risco, no período pré, 80,95% das mães não tiveram nenhum registro de aborto; 4,76% tiveram de 1 a 2 abortos; 2,38% de 3 a 4 e em 11,91% dos prontuários este dado não constava. No período pós, 71,36% das mães não tiveram aborto anterior; 11,65% de 1 a 2 abortos; 0,97% de 3 a 4 e em 16,02% delas o dado não constava no prontuário.

Quanto ao tipo de gestação, no período pré, 92,86% das mães apresentaram gestação única; 4,77% gemelar e 2,38% não continham este dado descrito no prontuário. No período pós, 86,41% das mães apresentaram gestação única e 13,59% gemelar. Quanto ao número de consultas pré-natais, no período que compreende a fase pré-implantação da Rede Cegonha todas as mães dos recém-nascidos internados haviam realizado pelo menos 1 pré-natal, sendo que 61,91% delas fizeram de 1 a 6 pré-natais; 23,81% mais que 7 e em 14,29% dos prontuários não continham esta informação. No período pós, 0,48% das mães não fizeram nenhuma pré-natal; 52,43% fizeram de 1 a 6; 16,99% mais que 7 e em 30,09% delas não constava no prontuário. Durante o período pré-implantação da rede Cegonha 73,81% dos partos foram realizados por cesárea e 26,19% normais, e no período pós, 79,13% foram cesárea e 20,87% normal. Quanto aos antecedentes obstétricos, no período pré, 19,05% das mães tinham hipertensão arterial sistêmica e 71,43% delas tiveram trabalho de parto pré-maturo. Em 9,52% dos prontuários deste período, dados referentes a estes antecedentes não foram adicionados aos prontuários. No período pós, 10,19% das mães tinham hipertensão; 36,89% tiveram parto pré-maturo e em 52,91% dos prontuários estes dados não foram adicionados. Quanto às intercorrências durante a gestação, no período pré, verificou-se que 23,81% das mães desenvolveram infecção do trato urinário; 50% desenvolveram doença hipertensiva específica da gestação e em 26,19% dos prontuários estes

dados não constavam. No período pós, 16,99% das mães desenvolveram infecção do trato urinário; 20,87% doença hipertensiva específica da gestação e em 62,14% delas estas informações não constavam no prontuário.

Tabela 3. Caracterização da história reprodutiva das mães dos recém-nascidos internados na UTIN exclusivas do SUS do Hospital Santa Casa de Maringá-Pr atendidas no período pré e pós-implantação da Rede Cegonha. Maringá-Pr, 2014.

	<i>Pré</i>	<i>Pós</i>
Número de gestações anteriores		
Nenhum	1 (2,38%)	9 (4,37%)
1 a 2	24 (57,14%)	135 (65,53%)
3 a 4	12 (28,57%)	30 (14,56%)
Não consta	5 (11,91%)	32 (15,53%)
Número de abortos anteriores		
Nenhum	34 (80,95%)	147 (71,36%)
1 a 2	2 (4,76%)	24 (11,65%)
3 a 4	1 (2,38%)	2 (0,97%)
Não consta	5 (11,91%)	33 (16,02%)
Tipo de gestação		
Única	39 (92,86%)	178 (86,41%)
Gemelar	2 (4,77%)	28 (13,59%)
Não constava	1 (2,38%)	-
Número de consultas de pré-natal		
Nenhuma	0	1 (0,48%)
1 a 6	26 (61,91%)	108 (52,43%)
≥ 7	10 (23,81%)	35 (16,99%)
Não consta	6 (14,29%)	62 (30,09%)
Tipo de parto		
Cesárea	31 (73,81%)	163 (79,13%)
Normal	11 (26,19%)	43 (20,87%)
Antecedente obstétrico		
Hipertensão arterial sistêmica	8 (19,05%)	21 (10,19%)
Trabalho de parto pré-maturo	30 (71,43%)	76 (36,89%)
Não consta	4 (9,52%)	109 (52,91%)
Intercorrências na gestação		
Infecção do trato urinário	10 (23,81%)	35 (16,99%)
Doença hipertensiva específica da gestação	21 (50%)	43 (20,87%)
Não consta	11 (26,19%)	128 (62,14%)

Pré: período pré-implantação; *Pós:* período pós-implantação.

5.4 Caracterização do perfil dos recém-nascidos internados na UTIN

A tabela 4 apresenta dados do perfil dos recém-nascidos internados na UTIN exclusivas do SUS do Hospital Santa Casa de Maringá nos períodos pré e pós-implantação da Rede Cegonha. Quanto à cor da pele, no período correspondente à pré-implantação da Rede Cegonha, 88,09% dos recém-nascidos foram identificados como brancos; 9,52% como morenos e 2,38% como pardos. No período pós, 95,63% identificados como brancos; 0,48% como morenos; 0,97% como negros e 2,91% como pardos. Quanto ao sexo dos recém-nascidos, no período pré, 61,91% deles masculinos e 38,09% femininos e no período pós, 53,39% masculinos e 46,60% femininos. Quanto ao peso ao nascer, no período pré 57,14% dos recém-nascidos tinham peso inferior a 2,5 Kg e 42,86% superior ou igual a este valor.

No período pós, 71,36% nasceram com peso inferior a 2,5Kg e 28,64% com peso igual ou acima. Quanto à idade gestacional, no período pré 73,81% dos recém-nascidos tinham menos que 37 semanas e 26,19% mais que 37 semanas. No período pós, 87,38% tinham menos que 37 semanas e 12,62% mais que 37. Referente ao escore do Apgar no primeiro minuto após o nascimento, no período pré, 38,09% dos recém-nascidos foram identificados com escore menor que 7; 54,76% maior ou igual a 7 e em 7,14% dos prontuários este dado não constava. No período pós 46,12% dos recém-nascidos foram identificados com escore menor que 7; 50,49% maior ou igual a 7 e em 3,39% dos prontuários este dado não constava. Quanto ao escore do Apgar no quinto minuto após o nascimento, no período pré, 19,05% dos recém-nascidos foram identificados com escore menor que 7; 73,81% maior ou igual a 7 e em 7,14% dos prontuários este dado não constava. No período pós 24,76% dos recém-nascidos foram identificados com escore menor que 7; 71,84% maior ou igual a 7 e em 3,39% dos prontuários este dado não constava. Quanto aos óbitos dos recém-nascidos internados na UTNI, no período pré, 4,76% deles faleceram; 92,86% sobreviveram e em 2,38% dos prontuários este dado não constava. No período pós, 15,05% faleceram; 83% sobreviveram e 1,95% dos prontuários não continham esta informação.

Tabela 4. Caracterização do perfil dos recém-nascidos internados na UTIN exclusivas do SUS no Hospital Santa Casa de Maringá-Pr atendidas no período pré e pós-implantação da Rede Cegonha. Maringá-Pr, 2014.

<i>Pré</i>	<i>Pós</i>
------------	------------

Cor da pele		
Branca	37 (88,09%)	197 (95,63%)
Morena	4 (9,52%)	1 (0,48%)
Negra	0	2 (0,97%)
Parda	1 (2,38%)	6 (2,91%)
Sexo		
Masculino	26 (61,91%)	110 (53,39%)
Feminino	16 (38,09%)	96 (46,60%)
Peso ao nascer		
<2500 Kg	24 (57,14%)	147 (71,36%)
≥2500 Kg	18 (42,86%)	59 (28,64%)
Idade gestacional		
< 37 semanas	31 (73,81%)	180 (87,38%)
≥37 semanas	11 (26,19%)	26 (12,62%)
Apgar no 1º minuto		
<7	16 (38,09%)	95 (46,12%)
≥7	23 (54,76%)	104 (50,49%)
Não consta	3 (7,14%)	7 (3,39%)
Apgar no 5º minuto		
<7	8 (19,05%)	51 (24,76%)
≥7	31 (73,81%)	148 (71,84%)
Não consta	3 (7,14%)	7 (3,39%)
Óbito		
Sim	2 (4,76%)	31 (15,05%)
Não	39 (92,86%)	171 (83,00%)
Não consta	1 (2,38%)	4 (1,95%)

Pré: período pré-implantação; *Pós:* período pós-implantação.

5.5 Caracterização do atendimento prestado aos recém-nascidos durante o internamento na UTIN

A tabela 5 apresenta dados do atendimento prestado aos recém-nascidos durante o internamento na UTIN exclusiva do SUS do Hospital Santa Casa de Maringá durante os períodos pré e pós-implantação da Rede Cegonha. Referente à administração de surfactante, no período pré, 33,33% dos recém-nascidos receberam esta droga; 64,28% não receberam e 2,38% deles a informação não constava no prontuário. No período pós, 41,75% receberam; 56,79% não receberam e 1,46% dos prontuários não continham esta informação. Quanto à administração de antibióticos, no período pré, 92,86% dos recém-nascidos receberam antibióticos; 4,76% não receberam e em 2,38% dos prontuários esta informação não constava. No período pós, 88,35% receberam e 11,65% não receberam.

Referente à administração de drogas vasoativas, no período pré, 66,67% dos recém-nascidos receberam estas drogas; 30,95% não receberam e 2,38% deles a informação não constava no prontuário. No período pós, 35,44% receberam; 61,16% não receberam e 3,39% dos prontuários não continham esta informação. Quanto ao recebimento de sedação, no período pré, 66,67% dos recém-nascidos receberam; 30,95% não receberam e em 2,38% dos prontuários este dado não constava. No período pós, 61,16% receberam; 38,35% não receberam e 0,48% dos prontuários não continham esta informação. Quanto ao aleitamento materno, no período pré, 61,90% dos recém-nascidos tiveram aleitamento; 33,33% não tiveram e em 4,76% dos prontuários esta informação não constava. No período pós, 25,73% tiveram aleitamento; 61,16% não tiveram e em 13,10% dos prontuários este dado não constava. Quanto à utilização de ventilação pulmonar mecânica, no período pré, 76,19% dos recém-nascidos receberam; 21,43% não receberam e em 2,38% dos prontuários esta informação não constava. No período pós, 66,50% receberam e 33,49% não receberam.

Tabela 5. Caracterização do atendimento prestado aos recém-nascidos durante o internamento nas UTIN exclusivas do SUS no Hospital Santa Casa de Maringá-Pr durante o período pré e pós-implantação da Rede Cegonha. Maringá-Pr, 2014.

	<i>Pré</i>	<i>Pós</i>
Recebeu surfactante		
Sim	14 (33,33%)	86 (41,75%)
Não	27 (64,28%)	117 (56,79%)
Não consta	1 (2,38%)	3 (1,46%)
Recebeu antibiótico		
Sim	39 (92,86%)	182 (88,35%)
Não	2 (4,76%)	24 (11,65%)
Não consta	1 (2,38%)	0
Recebeu drogas vasoativas		
Sim	28 (66,67%)	73 (35,44%)
Não	13 (30,95%)	126 (61,16%)
Não constava	1 (2,38%)	7 (3,39%)
Recebeu sedação		
Sim	28 (66,67%)	126 (61,16%)
Não	13 (30,95%)	79 (38,35%)
Não consta	1 (2,38%)	1 (0,48%)
Recebeu aleitamento materno		
Sim	26 (61,90%)	53 (25,73%)
Não	14 (33,33%)	126 (61,16%)
Não consta	2 (4,76%)	27 (13,10%)

Utilizou ventilação pulmonar mecânica		
Sim	32 (76,19%)	137 (66,50%)
Não	9 (21,43%)	69 (33,49%)
Não consta	1 (2,38%)	0

Pré: período pré-implantação; *Pós:* período pós-implantação.

A caracterização do perfil tanto dos recém-nascidos internados em UTIN quanto de suas mães e do atendimento prestado garantiu algumas informações relevantes para dar início às reflexões acerca das estratégias utilizadas no enfrentamento da mortalidade infantil, em especial, da neonatal. Embora no presente estudo os dados referentes ao período pré-implantação da Rede Cegonha (11 meses) tenham sido obtidos em um intervalo temporal inferior ao do período pós-implantação da rede (14 meses), a análise mensal do número de internações mostrou como esperado um aumento no número de internações após a implantação da rede. É provável que esse aumento se deva principalmente a implantações de outras redes de atenção como a rede mãe paranaense e mãe maringense visto que antes da implantação dessas redes as gestantes vinham para o referido hospital apenas se tivessem a vaga hospitalar e agora se tornou obrigatório o recebimento dessas gestantes referidas como de alto risco.

Quando se caracteriza o perfil tanto do recém-nascido quanto da mãe nota-se que há algumas particularidades para cada período. Portanto, a relevância do presente estudo está na caracterização temporal do cenário do atendimento ao recém-nascido de risco, pontuando marcos pré e pós-implantação da Rede Cegonha os quais podem facilitar estudos subsequentes direcionados a avaliar a eficiência do programa. Embora não tenhamos feito uma análise comparativa entre os períodos, nota-se que de forma geral a maioria das mães apresentou idade entre 20 a 34 anos. Interessantemente, de acordo com Ministério da Saúde, gestantes com idade inferior a 17 anos e superior a 35 anos estão propensas a terem maiores complicações durante a gravidez e, portanto maiores riscos de darem a luz a bebês de risco (BRASIL, 2012). Este fato sugere que nesta população específica a idade da gestante não foi preponderante para o nascimento do bebê de risco. Por outro lado, fatores relacionados com os hábitos de vida, saúde da gestante, história reprodutiva e acompanhamento pré-natal podem ser mais relevantes para determinar tanto o sucesso da gestação quanto a evolução para um parto de risco e culminar com a internação do recém-nascido em uma UTIN (BARBOSA, 2007; FABRI *et al.*, 2007).

Curiosamente, independente do período analisado, mais de 90% dos prontuários dos recém-nascidos internados na UTIN não continham informações quanto aos hábitos de vida da mãe. Dados referentes ao uso de drogas lícitas ou

ilícitas durante a gestação podem ser decisivos para o entendimento do quadro do recém-nascido e necessário para o delineamento estratégico do tratamento a ser realizado. Assim, uma reavaliação sobre a composição das informações dos prontuários dos recém-nascidos, principalmente ao que se refere aos hábitos de vida da mãe pode trazer benefícios para a conduta do atendimento e merece portanto ser discutido futuramente.

Em relação aos antecedentes obstétricos, como hipertensão arterial sistêmica, parto pré-maturo e abortos, notamos que quase 20% e mais de 70% das mães dos recém-nascidos admitidos na UTNI durante o período pré-implantação da Rede Cegonha apresentaram em algum período da vida hipertensão arterial sistêmica e pelo menos um parto pré-maturo, respectivamente, porém estes números se reduziram pela metade no período pós-implantação da rede. É provável que a melhora na qualidade do atendimento a gestante tenha provido condições favoráveis à manutenção da gravidez e do parto e, portanto responsável pela redução na frequência de mulheres com estes antecedentes obstétricos. Silva e Rosa (2014), descreve que ao realizar assistência de qualidade á gestante através de uma equipe interdisciplinar visando diminuir os riscos materno-fetais é de extrema importância. Interessantemente, a porcentagem de prontuários de recém-nascidos internados na UTIN de mães que tiveram 1 a 2 abortos anteriores duplicou-se no período pós-implantação da Rede Cegonha, sugerindo que este possa ser um fator relevante para diferenciar as causas de nascimentos de recém-nascidos que requerem internamento em UTIN entre os períodos pré e pós.

Reconhecidamente, a mulher com história de abortamento tem maior risco de complicações durante o parto (LAURENTI, 2004; BRASIL, 2012b; MONTENEGRO; REZENDE FILHO, 2008). Como uma das diretrizes da Rede Cegonha, gestantes identificadas com abortamento anterior são classificadas com gestação de risco e, portanto deverão receber acompanhamento especializado. O fato de que antes da implantação da rede estas gestantes não recebiam acompanhamento adequado é provável que as chances de sucesso na gravidez tenham se reduzido e conseqüentemente poucos bebês vieram a termo com vida e, portanto um número menor de bebês necessitou de internamento em UTIN. Embora no período pós as chances destas mães terem bebês a termo com vida é muito maior, isso não descarta a possibilidade de terem partos de risco o que foi refletido com aumento do número de recém-nascidos internados na UTIN provindos de mães que tiveram

abortos anteriores (REZENDE, 2012). Como mais de 50% dos prontuários dos recém-nascidos do período pós não continham informações de antecedentes obstétricos das mães, não podemos afirmar com exatidão quais os antecedentes obstétricos mais relevantes para os internamentos bem como a influência da implantação da Rede Cegonha neste cenário. Da mesma forma, embora no período pós-implantação da Rede Cegonha tenha ocorrido redução de aproximadamente 50% no número de intercorrências durante a gestação como infecção do trato urinário e doença hipertensiva específica da gestação é resultado de uma melhora no atendimento à gestante, ainda mais de 60% dos prontuários dos recém-nascidos não continham informações quanto as intercorrências da gestação o que mais uma vez inviabilizou a análise comparativa entre os períodos pré e pós-implantação da Rede Cegonha.

Quanto às variáveis relacionadas diretamente ao recém-nascido o baixo peso ao nascer (< 2,5 Kg) parece ter sido um fator importante para a internação na UTIN, em especial no período pós-implantação da Rede Cegonha. Enquanto no período pré 57% dos recém-nascidos internados apresentaram baixo peso ao nascer, no período pós, esta porcentagem aumentou para 70%. Como neste último houve expressiva redução (mais de 50%) no número de recém-nascidos com idade superior a 37 semanas, acreditamos que pelo menos neste caso, a grande porcentagem dos internamentos na UTIN se deve a idade do recém-nascido enquanto que no período pré-implantação da Rede Cegonha este fator não foi tão preponderante. Para Brasil (2012b), em convenção com Oliveira (2010) Lima *et al.*,(2013), o baixo peso ao nascer e a prematuridade são fatores de riscos, e quanto menor o peso e idade gestacional maior a probabilidade de ocorrência de morbidade. De fato, observamos aumento de óbitos de recém-nascidos internados na UTIN durante o período pós-implantação da Rede Cegonha o qual atingiu mais de 15% enquanto no período pré cerca de apenas 5%.

O fato de que mais de 62% dos recém-nascidos do período pré-implantação da Rede Cegonha recebeu aleitamento materno e menos de 26% no período pós, reforça a hipótese de que as internações na UTIN durante o período pós se deveram principalmente a prematuridade do neonato, o qual pode tanto não estar apto à sucção ou a mãe não apta ao aleitamento. Embora segundo Medeiros (2011),(BÜHLER,2004) o período preconizado para a regularização do processo sucção/deglutição/respiração é de pelo menos 34 semanas, há também várias

evidências de que mães em convívio com conflitos e dificuldades devido à internação do recém-nascido podem sofrer interferência na produção e manutenção láctea e perder desejo de amamentar (FILHO,2012; COSTA *et al.*, 2013).Como aproximadamente 70% dos recém-nascidos do período pré-implantação receberam drogas vasoativas durante a internação e apenas 35% no período pós, sugere que fatores não relacionados à prematuridade foram preponderantes para as internações dos recém-nascidos na fase pré-implantação da Rede Cegonha.

De forma geral, os fatores associados às internações mostraram-se distintos entre os dois períodos. Prevalência de mães que tiveram durante a gestação infecção do trato urinário, doença hipertensiva específica da gestação, antecedente obstétrico de pelo menos 1 parto pré-maturo e hipertensão arterial sistêmica foi maior nos prontuários dos recém-nascidos do período pré e aquelas que tiveram anteriormente ao referido parto 1 a 2 abortos e gravidez gemelar foi maior no período pós. Quanto as variáveis relacionadas ao recém-nascido, no período pré houve uma prevalência de neonatos que receberam durante a internação drogas vasoativas e aleitamento materno enquanto que no período pós a maior prevalência foi de recém-nascidos que apresentaram baixo peso ao nascer e prematuridade. Para Weiss (2007), em convenção com Souza, Campos e Junior (2013) o baixo peso ao nascer e a prematuridade são fatores de riscos, e quanto menor o peso e idade gestacional maior a probabilidade de ocorrência de morbidade. A ausência de informações sobre as mães dos recém-nascidos como uso de drogas lícitas e/ou ilícitas e intercorrências da gestação em mais de 50% dos prontuários foi comum aos dois períodos analisados e inviabilizou a análise comparativa dos dados. Os dados referentes à caracterização do cenário de internamentos de recém-nascidos em UTIN exclusivas do SUS do Hospital Santa Casa de Maringá definem especialidades entre os períodos pré e pós-implantação da Rede Cegonha que refletem um avanço no cuidado da gestante e do recém-nascido.

7 CONCLUSÕES

Notamos que a idade das mães dos recém-nascidos não foi decisiva para a classificação de risco, visto que independente do período (pré ou pós) a maioria das mães apresenta idade entre 20 a 34 anos. A taxa de parto cesariana ainda permanece alta independente do período. O índice de prematuridade ainda é alta mesmo com a implantação da Rede Cegonha (RC). Outro fator relevante foi a quantidade de prontuários com preenchimentos inadequados, principalmente quanto as informações das mães dos recém-nascidos independente do período. Além disso, o arquivamento desses prontuários é realizado de maneira insatisfatória - uma das razões é que antes da RC muitos dados se perderam. Em contra partida, notamos no presente estudo que a implantação da Rede Cegonha foi importante para reduzir a incidência de intercorrências na gestação e os recém-nascidos internados tinham perfil adequado para gestação de alto risco. Fatores mais relacionados à intercorrências na gestação parecem ter sido decisivos para o internamento do recém-nascido na UTIN durante o período pré-implantação da Rede Cegonha, enquanto que fatores relacionados à história obstétrica da mãe e ausência de pré-natal adequado foram mais relevantes para o internamento no período pós-implantação.

REFERÊNCIAS

1. ALMEIDA, M. F. B.; GUINSBURG, R. A reanimação do prematuro extremo em sala de parto: controvérsias. **Jornal de Pediatria**. Rio de Janeiro, v. 81, n.1, supl. 1, p.3-15, mar. 2005.
2. ALMEIDA, M. F. B.; GUINSBURG, R. S. R. M.; MOREIRA, A. L.M, DARIPA, M.; Coordenadores Estaduais do Programa de Reanimação Neonatal da SBP. Brasil, 2005 e 2006: In: XX Congresso Brasileiro de Perinatologia. p. 21-24; 2010.
3. Ancel, P.Y.; EPIPAGE, G.; Very preterm birth in 2008: questions and perspectives. **Arch Pediatr**. n. 15, v. 5, p. 598-601, 2008.
4. ARAUJO, B. F.; TANAKA, A. C. D. A.; MADI, J. M.; ZATTI, H. Estudo da mortalidade de recém-nascidos internados na UTI neonatal do Hospital Geral de Caxias do Sul, Rio Grande do Sul. **Rev. Bras. Saúde Matern. Infant**. Recife, v. 5, n. 4, p. 463-469, 2005.
5. BARBOSA, V.C.; FORMIGA, C.K.M.R.; LINHARES, M.B.M.; Avaliação das variáveis clínicas e neurocomportamentais de recém-nascidos pré-termo. **Rev. bras. fisioter**. v. 11, n. 4, July/Aug. 2007. Acesso em: <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-3552007000400006>. Disponível em 11 de abril de 2015.
6. BRASIL. Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento. Brasília (DF); 2002. Acesso em: 08 de fevereiro de 2015. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/parto.pdf>.
7. Brasil. Política nacional de atenção integral à saúde da mulher: Ministério da Saúde. n.2,p.82. Brasília, 2004.
8. BRASIL. Pacto Nacional Pela redução da mortalidade materna. Articulação de. Manual dos Comitês de Mortalidade Materna. 2, n.1, . Brasília, 2007. Disponível em: bvsmms.saude.gov.br/.../pacto_reducao_mortalidade_materna_neonatal.pdf. Acesso 08 de março de 2015.
9. Brasil. Ministério da Saúde. Guia de vigilância epidemiológica do óbito materno. Brasília: Ministério da Saúde, n.3,v.2, 2009.
10. BRASIL. Gestaçao de alto risco: Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – 5. ed. – Brasília : 2010. Disponível em: <http://www.saude.gov.br/bvs>. Acesso: 12 de dezembro de 2014.
11. BRASIL. DATASUS. Sistema de informação sobre nascidos vivos (Sinasc). Brasília. Ministério da Saúde. 2010.
12. BRASIL. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. Atenção á saúde do recém-nascido: guia para os profissionais da saúde. v. 4. In: Serie A. Brasília: Ministério da saúde, 2011a. Disponível em:< http://www.fiocruz.br/redeblh/media/arn_v1.pdf> acesso em: 08 fevereiro de 2015.
13. BRASIL. Ministério da Saúde. Caderno do HumanizaSUS A responsabilidade pelos direitos autorais de textos e imagens desta obra é da área técnica, Brasil,

- 2011b. Disponível em: <http://www.saude.gov.br/bvs>. Acesso em 08 de março de 2015.
14. BRASIL. Atenção à saúde do recém-nascido:. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. Brasília. v. 4, p. 2., 2012 a.
15. BRASIL. Atenção ao pré-natal de baixo risco. Brasília: **Editora do Ministério da Saúde**, n. 32, p. 318, 2012b.
16. BRASIL. II Reunião do comitê de mobilização social da rede cegonha. 2012 a. Disponível em http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/BALANCO_REDECEGONHA_MARCO2012.PDF. Acesso em 09 de março de 2015.
17. BRASIL. Atenção ao pré-natal de baixo risco: **Editora do Ministério da Saúde**. Cadernos de Atenção Básica. v. 32, n. 2, p. 318. Brasília, 2012b.
18. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção a Saúde. 2012b. Disponível em: <http://www2.planalto.gov.br/imprensa/noticias-de-governo/mais-r-92-9-mi-da-rede-cegonha-para-quatro-estados>. Acesso em: 09 de março de 2015.
19. BUZZO, M. C.; GRAÇATO, T. M. R.; CAVAGLIERI, A. G.; LEITE, M. S. P.; Levantamento do perfil das gestantes de alto risco atendidas em uma maternidade de um hospital geral na cidade de Taubaté-sp. v. 4, n. 6, p. 103-116 jul./dez., 2007.
20. BUSTAMANTE, T. F.; GONÇALVES, T. A.; FERREIRA, G.; MORAES, A. G. Estudo sobre a mortalidade em UTI neonatal de um hospital escola no sul de Minas. **Revista Ciência Saúde**. v. 4, n. 2, p. 1-11, 2014.
21. BÜHLER, K.E.B.; LIMONGI, S.C.O.; Fatores associados à transição da alimentação via oral em recém-nascidos pré-termo. **Rev Pró-Fono**. v. 16, n. 3, p. 301-310. 2004.
22. CASSIANO, A.C.M.; CARLUCCI, E.M.D.S.; GOMES, C.F.; BENNEMANN, R.M.; Saúde materna infantil no Brasil: evolução e programas desenvolvidos pelo Ministério da Saúde. **Revista do Serviço Público Brasília**. v. 65, n. 2,p. 227-244, abr/jun 2014.
23. CAVALCANTI, P.C.D.S.; GURGEL JUNIOR,G.D.; VACONCELOS, A.L.R.D.; GUERRERO, A.V.P. Um modelo lógico da Rede Cegonha. v. 23, n. 4, Oct./Dec. 2013.Acesso em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-73312013000400014>. Acesso em: 9 de março de 2015.
24. CAVALCANTI, P. C. S. O modelo lógico da Rede Cegonha. 2010. 25 f. Monografia (Especialista) - Departamento de Saúde Coletiva do Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife, 2010.
25. CARNEIRO, R. G. Dilemas antropológicos de uma agenda de saúde pública: Programa Rede Cegonha, personalidade e pluralidade. **Interface-Comunicação, Saúde, Educação**. v. 17, n. 44, p. 49-59, 2013.

26. CARDOSO, M. R. S. O pré-natal e a atenção à saúde da mulher na gestação: um processo educativo? Diálogos possíveis: **Revista da Faculdade Social da Bahia**. v. 7, n. 1, p.141-160, 2008.
27. LIMA, D.S.K.C.; GURGEL, C.N.; UCHOA, S.J.; FLEURY, F. Perfil dos recém-nascidos submetidos à estimulação precoce em uma unidade de terapia intensiva neonatal. **Revista Brasileira em Promoção da Saúde**. n.4, v. 26, p. 523-529. oct-dec, 2013.
28. COSTA, R.; PADILHA, M. I.; MONTECELLI, M. Produção de conhecimento sobre o cuidado ao recém-nascido em UTI Neonatal: Contribuição da enfermagem brasileira. **Rev. Esc. Enferm. USP**, São Paulo, v. 44, n. 1, p. 199-204, mar. 2010.
29. COSTA, A. C. S.; CAVALCANTE, L. P. F.; MOREIRA, R. T. F.; FERREIRA, A. S. S.; LUCIO, I. M. L. Análise de produções com ênfase no aleitamento materno em unidade de terapia intensiva neonatal. **Rev enfer**, v.2, n.6, p. 61-65, 2013.
30. DUARTE, M. A. C.; QUINTANA, S. M.; CAVALLI, R. C. Infecção urinária na gravidez. **Rev Bras Ginecol Obstet**. v.2, n.30, p.93 - 100, 2008.
31. FABRI, C. E.; FURTADO, E. F.; LAPREGA, M. R. Consumo de álcool na gestação: desempenho da versão brasileira do questionário T-ACE. **Rev. Saúde Pública**. v. 41, n. 6, Dec. 2007. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-89102006005000044>. Acesso 05 de janeiro de 2015.
32. FLEURY, S.; OOVERNEY, A. M. **Gestão de redes: a estratégia de regionalização da política de saúde**. 1. ed. Rio de Janeiro: Editora FGV, 2007.
33. FRICHE, A. A. D. L.; DA SILVA, A. A. M.; CAMPOS, A.; BITTENCOURT, S. D. de A.; DE CARVALHO, M. L.; DE FRIAS, P. G.; CAVALCANTE, R. S.; DA CUNHA, A. J. L. A. Pesquisa Nascer no Brasil: perfil da mortalidade neonatal e avaliação da assistência à gestante e ao recém-nascido. **Rev. Caderno de Saúde Pública**. v. 30, p. 192-207, 2014. Disponível em <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311X00133213> acesso em: 26 de janeiro de 2015.
34. FILHO, F. L.; RODRIGUES, M. C.; CORREIA, A. S.; HANNA, A.; ARAUJO, W. P.; Fatores associados ao desmame por ocasião da alta em prematuros de muito baixo peso. **Rev Pesq Saúde**. v. 13, n. 2, p: 21-25, maio-agosto, 2012.
35. HUÇULAK,C.;PETERLINI,O.L.G.; Rede Mãe Paranaense – Relato de experiência. Superintendente de Atenção à Saúde. Assessora técnica da Rede Mãe Paranaense, **revista espaço para a saúde**, Londrina. v. 15 , n. 1 p. 77-86 , abr. 2014.
36. KAKEHASHI, T. Y.; PINHEIRO, E. M.; PIZZARRO, G. G. Nível de ruído em Unidade de Terapia Intensiva Neonatal. **Acta paul. enferm**. v. 20, n. 4, p. 404-409, dez. 2007.
37. KOLLING. A.F. Perfil *epidemiológico da mortalidade infantil*.Tese De Mestrado no Município de Sapiranga, RS.; 2011.

38. LAURENTI, R.; MELLO-JORGE, M. H.; GOTLIEB, S. L. D. A mortalidade materna nas capitais brasileiras: algumas características e estimativa de um fator de ajuste. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, São Paulo, v. 7, p. 449-60, 2004.
39. LANSKY, S.; FRICHE, A. A. D. L.; SILVA, A. A. M. D.; CAMPOS, D.; BITTENCOURT, S. D. D. A.; CARVALHO, M. L.; FRIAS, P. G. D.; CAVALCANTE, R. S.; CUNHA, A. J. L. A. D.; Pesquisa Nascer no Brasil: perfil da mortalidade neonatal e avaliação da assistência à gestante e ao recém-nascido. **Cad Saude Publica**. v.30, n.1. Rio de Janeiro, 2014. Acesso em: 07 de março de 2015. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311X00133213>.
40. MARANHÃO, A. G. K.; VASCONCELOS, A. M. N.; TRINDADE, C. M.; VICTORA, C. G. RABELLO, N. D. L. PORTO, D. Mortalidade infantil no Brasil: tendências, componentes e causas de morte no período de 2000 a 2010. Brasília: Ministério da Saúde; 2012. v. 1, p. 163-182. Brasília: Ministério da Saúde; 2012.
41. MARINGÁ. Prefeitura do Município de Maringá - rede mãe Maringaense. Acesso 22 de janeiro 2015. <http://www.maringa.pr.gov.br/site//index.php?sessao=fe1cea509a55fe&id=19021>.
42. MARINGÁ. Secretária de Saúde de Maringá (SSM). Saúde apresenta programa Mãe Maringaense 2013. Acesso em: 11 de dezembro de 2014. Disponível em: <http://www.maringa.pr.gov.br/site//index.php?sessao=fe1cea509a55fe&id=19021>.
43. MELO, R. J. D.; Dissertação de Mestrado em Política Social Universidade Federal do Espírito Santo Vitória Junho de 2009
44. MEDEIROS, A. M. C.; OLIVEIRA, A. R. M.; FERNANDES, A. M.; GUARDACHONI, G. A. S.; AQUINO, J. P. D.; RUBINICK, M. L.; ZVEIBIL, N. M.; GABRIEL, T. C. F. Caracterização da técnica de transição da alimentação por sonda enteral para seio materno em recém-nascidos prematuros. **Rev. J. Soc. Bras. Fonoaudiol.** v. 23, n. 1, São Paulo Jan./Mar, 2011. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S2179-64912011000100013>. Acesso em 22 de fevereiro de 2015.
45. MIRANDA, L. P.; RESSEGUE, R.; FIGUEIRAS, A. C. M. A criança e o adolescente com problemas do desenvolvimento no ambulatório de pediatria. **Jorn de Pediatr.** v. 79, n. 1, p. 33-42, 2003.
46. MOREIRA, J. C. R.; PINHO, J. R. O. Universidade Federal do Maranhão. Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher geral- São Luís do Maranhão. v.1, 2013. Acesso em: 21 de dezembro de 2014. Disponível em: www.saude.gov.br/politicadesaudedamulher.
47. MONTENEGRO, C. A. B.; REZENDE, F. F.; – **Obstetrícia fundamental**. 11ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2008.

48. NASCIMENTO, R. M.; LEITE, A. J. M.; ALMEIDA, N. M. G. S.; ALMEIDA, P. C.; SILVA, C. F. Determinantes da mortalidade neonatal: estudo caso-controle em Fortaleza, Ceará, Brasil. **Caderno de Saúde Pública**. v. 28, p. 559-572, 2012.
49. OLIVEIRA, G. K. S.; FRANÇA, B. F. F.; FREIRE, K. K. R. B.; OLIVEIRA, E. R.; Intervenção de enfermagem nas adaptações fisiológica da gestação. **Revista Eletrônica de Ciências**, Rio de Janeiro, v. 3, n. 1, p. 58- 67, 2010. Disponível em: <<http://veredas.favip.edu.br/index.php/veredas1/article/viewfile118-123>>. Acesso em: 30 jan. 2015..
50. NUNES, H. A .D .F .;Assistência ao pré-natal de baixo risco na estratégia de saúde da família e seus desafios Tese de Mestrado– MG, 2011.
51. RADES, E.; BITTARR, E.; ZUGAIB, M. Determinantes direito do parto prematuro eletivo e os resultados neonatais. **Rev. Bras. Ginecol Obstet**, v. 8. p. 655-662; 2004.
52. PARANÁ, **Mãe Curitiba - Secretaria Municipal da Saúde de Curitiba - o Programa Mãe Curitiba, 2013.** Disponível em: www.saude.curitiba.pr.gov.br/index.php/programas/mae-curitiba. Acesso em 09 de março de 2015.
53. RADES, E.; BITTARR, E.; ZUGAIB, M. Determinantes direito do parto prematuro eletivo e os resultados neonatais. **Rev. Bras. Ginecol Obstet**, v. 8. p. 655-662; 2004.
54. RAMOS, H.A.D.C.; CUMAN, R. K. N.; fatores de risco para prematuridade: pesquisa documental **Esc Anna Nery Rev Enferm**. v. 13, n. 2, p. 297-304, abr-jun;2009.
55. REDE INTERAGENCIAL PARA SAÚDE. Demografia e saúde: contribuição para análise de situação e tendências. Brasília: **Rev. Organização Pan-Americana da Saúde**, v. 14. p. 36, 2009. Acesso em 15 de dezembro de 2014. Disponível em: <http://www.saude.gov.br/bvs>.
56. RADES, E.; BITTARR, E.; ZUGAIB, M. Determinantes direito do parto prematuro eletivo e os resultados neonatais. **Rev. Bras. Ginecol Obstet**, v. 8. p. 655-662; 2004.
57. RECIFE. Secretaria de Estado da Saúde. Atenção humanizada à mulher no ciclo gravídico-puerperal: pauta de obstetrícia. Recife: Secretaria de Saúde manual. Recife, 2008.
58. REZENDE, C. L.; SOUZA, J. C.; Qualidade de vida das gestantes de alto risco de um centro de atendimento a mulher no município de MS. v.16, n.16, jan/dez, 2012.

59. SANTOS, G. H. N.; MARTINS, M. G, SOUSA, M. S.; BATALHA, S. J. C.; Impacto da idade materna sobre os resultados perinatais e via de parto. **Rev Bras Ginecol Obstet.** v. 7, p. 326-34; 2009.
60. SALGEI, A.K.M.; VIEIRA, A.V.D.C. AGUIAR, A.K.A. LOBO, S.F.; XAVIER, R.M.; ZATTA, L.T. CORREA, R.R.M. SIQUEIRA, K.M.; GUIMARÃES, J.V. ROCHA, K.M.N.; CHINEM, B.M. SILVA, R.C.R. Factores maternos y neonatales asociados a prematuridade. **Rev. Eletr. Enf.** v. 11, n. 3, p. 642-646, 2009. Disponível em: <http://www.fen.ufg.br/revista/v11/n3/v11n3a23.htm>. Acesso em 10 de março de 2015.
61. SÁ NETO, J.A. de; RODRIGUES, B.M.R.D. Tecnologia como fundamento do cuidar em neonatologia. **Texto & Contexto Enfermagem, Florianópolis**, v. 19, n. 2, p. 372-7, abr-jun, 2010.
62. SERRUYA, S. J.; CECATTI, J. G.; LAGO, T. G. O Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento do Ministério da Saúde no Brasil: resultados iniciais. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 5, p. 1.281-1.289, 2004. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v20p5/22.pdf>. Acesso em: 30 DE janeiro. 2015.
63. SESA, Secretaria do Estado do Paraná. Os Pontos de Atenção Hospitalar serão atualizados constantemente. Rede Mãe Paranaense, 2012. Acesso em: 16 de dezembro de 2014. Disponível em: www.saude.pr.gov.br.
64. SESA, Secretaria do Estado do Paraná. Relatório da gestão anual 2013- conselho.Paraná 2013. Disponível em: www.conselho.saude.pr.gov.br/arquivos/File/.../2013/rel_anual_2013.pdf. Acesso 08 de março de 2015.
65. SILVA, S. M.; MATTOS, L. C.; DE MACEDO, L. F.; DE ARAÚJO, T. S. Perinatal morbidity and mortality in pregnancies that progressed with ruptured membranes at a public hospital in Northern Brazil. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia.** v. 36, n. 10, p. 442-448, 2014.
66. SILVA, M.S.D.; ROSA, M.R.Q.P.; Perfil de gestantes de alto risco atendidas em um centro obstétrico de Santa Catarina de parto. **Rev. Interd.** v. 7, n. 2, p. 95-102, abr. mai. jun. 2014.
67. SOUZA, N.L. et al. Ser mãe acompanhante de um filho prematuro. **Rev. Pesqui.: Cuid. Fundam**, n.4,v.3,p.2722-2729 2012.

68. SOUZA,K.C.L.D.; CAMPOS,N.G.; SANTOS JÚNIOR,F.U.; perfil dos recém-nascidos submetidos à estimulação precoce em uma unidade de terapia intensiva neonatal. **Rev Bras Promoc Saúde**, v.4,n.26,p.523-529, out./dez., Fortaleza 2013
69. SLOMP, F. M.; MELO D. F.; SCOCHIC, G. S.; LEITE, A. M. Assistência ao recém-nascido em um Programa de Saúde da Família. **Rev. Esc Enferm USP** v. 3.p. 441-6-. 2007.
70. TOURINHO, A.B. REIS, L.B.D.S.M.; Peso ao Nascer: Uma Abordagem Nutricional. **Com. Ciências Saúde**, v. 22, p. 4, p.19-30, 2013.
71. TAMEZ, R. N. **Intervenções no cuidado neuropsicomotor do prematuro: UTI neonatal**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2009.
72. United Nations Millennium Declaration. Resolution adopted by the General Assembly 55/2, United Nations Millennium Declaration, 2004. Acesso em: 11 de dezembro de 2014. Disponível em: <http://www.saude.gov.br/bvs>.
73. UNICEF, **Committing to Child Survival: A Promise Renewed. Progress Report 2014**, New York, 2014.
74. UN-IGME (The United Nations Inter-agency Group for Child Mortality Estimation). Child Mortality Estimates, Neonatal mortality rate, New York, UNICEF 2014b. Acesso em: 11 de dezembro de 2014. Disponível em: <http://www.childmortality.org>.
75. UNITED NATIONS. The State of the Global Partnership for Development, MDG Gap Task Force Report. New York, WHO, 2014. Acesso em: 11 de dezembro de 2014. Disponível em: http://www.un.org/millenniumgoals/2014_Gap_Report/MDG%20Gap%20Task%20Force%20Report%202014_full%20report_English.pdf.
76. UNICEF. Child Mortality Estimation. UN Inter-agency Group for Child Mortality Estimation released the latest estimates on child mortality, 2014a. Acesso em: 11 de dezembro de 2014. Disponível em: <http://www.childmortality.org>.
77. UNITED NATIONSb. The Millennium Development Goals Report 2014. New York, WHO, 2014. Acesso em: 11 de dezembro de 2014. Disponível em: <http://www.un.org/millenniumgoals/2014%20MDG%20report/MDG%202014%20English%20web.pdf>.
78. UN-IGME (The United Nations Inter-agency Group for Child Mortality Estimation). Levels & Trends in Child Mortality, New York, UNICEF, 2014a. Acesso em: 11 de dezembro de 2014. Disponível em: http://www.unicef.org/media/files/Levels_and_Trends_in_Child_Mortality_2014.pdf.
79. United Nations Inter-agency Group for Child Mortality Estimation (UN IGME). Levels & trends in child mortality. New York: UNICEF, 2013 Contract No.: 15

November 2013. Acesso em: 11 de dezembro de 2014. Disponível em: <http://www.childmortality.org>. United Nations. The Millennium Development Goals Report 2014, 2014. Acesso em: 11 de dezembro de 2014. Disponível em: <http://www.un.org/millenniumgoals/2014%20MDG%20report/MDG%202014%20English%20web.pdf>).

80. UCHIMURA, T. T.; MELO, W. A. Perfil do processo da assistência prestada ao recém-nascido de risco no Sul do Brasil. **Rev. Bras. Epidemiol.** v. 14, n. 2, São Paulo: 2011. Disponível: <http://dx.doi.org/10.1590/s1415-790x2011000200013>. Acesso em 30 de janeiro 2015.

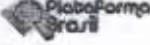
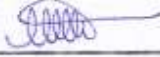
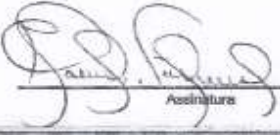
81. UCHIMURA, T. T.; MARAN, E. Mortalidade Neonatal: fatores de risco em um Município do Sul do Brasil. **Rev. Electr Enf** 2008; v.1 p.29-30: Disponível em <http://www.fen.ufg.br/revista/v.10/n1/v10n1a03.htm> 2008 acessado em 16 de dezembro de 2014.

82. World Health Organization. World Health Statistics 2014. Geneva: WHO, 2014. Acesso em: 11 de dezembro de 2014. Disponível em: http://www.who.int/gho/child_health/mortality/neonatal/en.

83. WHO Collaborating Centre for Drug Statistics Methodology. Guidelines for ATC classification and DDD Assignment 2014. Oslo, 2014. **Rev. Bras. Farm. Hosp. Serv. Saúde São Paulo.** v.5, n.2, p. 56-62, abr./jun., 2014.

84. WEISS, M. C.; FUJINAGA, C.I. Prevalência de nascimentos baixo peso e prematuro na cidade de irati-pr: implicações para a fonoaudiologia. **Rev. Salus-Guarapuava-PR.** v. 1, n. 2, p. 123-127. jul./dez. 2007.

ANEXOS

 MINISTÉRIO DA SAÚDE - Conselho Nacional de Saúde - Comissão Nacional de Ética em Pesquisa - CONEP FOLHA DE ROSTO PARA PESQUISA ENVOLVENDO SERES HUMANOS			
1. Projeto de Pesquisa: Perfil de recém-nascidos de alto risco internados em Unidade de Terapia Intensiva Neonatal de um hospital filantrópico.		2. Número de Sujeitos de Pesquisa: 250	
3. Área Temática:			
4. Área do Conhecimento: Grande Área 4: Ciências da Saúde			
PESQUISADOR RESPONSÁVEL			
5. Nome: Sandre Mara Aparecida dos Santos			
6. CPF: 991.388.699-04		7. Endereço (Rua, n.º): RIO POA, 358 JARDIM DOURADOS MARINCA PARANA 87040620	
8. Nacionalidade: BRASILEIRA		9. Telefone: (44) 3228-0943	10. Outro Telefone:
		11. E-mail: sandrasantosmga@bol.com.br	
12. Cargo:			
Termo de Compromisso: Declaro que conheço e cumprirei os requisitos da Resolução CNS 196/96 e suas complementares. Comprometo-me a utilizar os materiais e dados coletados exclusivamente para os fins previstos no protocolo e a publicar os resultados sejam eles favoráveis ou não. Aceito as responsabilidades pela condução científica do projeto acima. Tenho ciência que essa ficha será anexada ao projeto devidamente assinada por todos os responsáveis e fará parte integrante da documentação do mesmo.			
Data: <u>12</u> / <u>09</u> / <u>13</u>		 Assinatura	
INSTITUIÇÃO PROPONENTE			
13. Nome: Centro Universitário de Maringá - CESUMAR		14. CNPJ: 79.265.817/0001-89	15. Unidade/Orgão:
16. Telefone:		17. Outro Telefone:	
Termo de Compromisso (do responsável pela instituição): Declaro que conheço e cumprirei os requisitos da Resolução CNS 196/96 e suas Complementares e como esta instituição tem condições para o desenvolvimento deste projeto, autorizo sua execução.			
Responsável: <u>Gláucia Fardinardi</u>		CPF: <u>006.438.829-57</u>	
Cargo/Função: <u>Depto. Presidente</u>		 Assinatura	
Data: <u>03</u> / <u>09</u> / <u>13</u>			
PATROCINADOR PRINCIPAL			
Não se aplica.			



AUTORIZAÇÃO

Santa Casa de Misericórdia de Maringá, entidade filantrópica, pessoa jurídica de direito privado, inscrita no CNPJ/MF nº 79.115.762/0001-93, com sede sito a Rua Santos Dumont nº 555, Maringá/PR, neste ato representado pelo membro da Comissão de Ética Médica, Dr. Ricardo Issao Otani, informar que foi deferida a solicitação referente coleta de dados para a composição de projeto de pesquisa intitulado "Perfil de recém-nascidos de alto risco internados em uma unidade de Terapia Intensiva Neonatal de um Hospital Filantrópico" a ser realizada pela acadêmica: Sandra Mara Aparecida dos Santos de Andrade.

O aluno deverá encaminhar um RELATÓRIO FINAL para a Santa Casa, no término de sua pesquisa.

Maringá-PR, 16 de agosto de 2013.

Dr. Ricardo Issao Otani
Comissão de Ética Médica

*Recebido em 21/08
Joc*

TERMO DE PROTEÇÃO DE RISCO E CONFIDENCIALIDADE

Declaro que, ao ser facultado o acesso às informações sobre exames, observações de dados pessoais de indivíduo oriundos de documentos relativos a prontuários, julgamentos expressos em questionários, resultados de exames clínicos e laboratoriais e demais instrumentos de natureza documental, pertencentes aos arquivos da Santa Casa de Maringá, com a finalidade específica de coleta de informações para o desenvolvimento do protocolo de pesquisa intitulado: **Caracterizar o perfil dos recém-nascidos de alto risco internados em uma Unidade de Terapia Intensiva Neonatal de um hospital filantrópico localizado no noroeste do Paraná** de autoria da Docente(s) Cristiane Faccio Gomes e discente(s) Sandra Mara Aparecida dos Santos de Andrade do curso de Mestrado Promoção da Saúde pela Unicesumar de Maringá, será preservada a privacidade e a confidencialidade de tais documentos e dos seus sujeitos.

Declaro, também, que o procedimento proposto, na pesquisa assegura a confidencialidade dos dados e garante a privacidade dos sujeitos, bem como a proteção da sua imagem, impedindo o estigma e a utilização das informações em prejuízo de terceiros e da comunidade. Preservando, ainda, a auto-estima e o prestígio dos envolvidos, tudo utilizando, apenas, para os fins propostos no protocolo de pesquisa.

Todo o referido é verdade.

Maringá / PR, 15 / Julho / 2013.



Cristiane Faccio Gomes

Orientadora

Comitê de Ética em Pesquisa (CEP-Cesumar)

Centro Universitário de Maringá – CESUMAR

Av. Guedner, 1610

Maringá – Paraná

SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO PARA PESQUISA EM PRONTUÁRIO CLÍNICO

Eu, Sandra Mara Aparecida dos Santos de Andrade, responsável principal pelo projeto de pesquisa em prontuário que tem como objetivo Caracterizar o perfil dos recém-nascidos de alto risco internados em uma Unidade de Terapia Intensiva Neonatal de um hospital filantrópico localizado no noroeste do Paraná, o qual pertence ao curso de Mestrado Em Promoção da Saúde pelo Unicesumar, venho pelo presente, solicitar autorização da Senhora Edna Oliveira e Direção da Santa Casa Maringá, no setor de unidade de terapia intensiva pediátrica e neonatal, para realização da coleta de dados através de prontuário clínico de pacientes submetidos a tratamento clínico, no período de 2010 a 2013 para o trabalho de pesquisa sob o título Caracterizar o perfil dos recém-nascidos de alto risco internados em uma Unidade de Terapia Intensiva Neonatal de um hospital filantrópico localizado no noroeste do Paraná.

_____, com o objetivo _____ (Explicar resumidamente, os objetivo e justificativa da pesquisa). Esta pesquisa está sendo orientada pelo (a) Professor(a) Cristiane Gomes

Contando com a autorização desta instituição, coloco-me (nos colocamos) à disposição para qualquer esclarecimento.

Sandra Mara Aparecida dos Santos de Andrade

Assinatura do Pesquisador Principal

SANDRA MARA A SANTOS DE ANDRADE

RG 562780905

Assinatura do Orientador da Pesquisa

CRISTIANE GOMES

Instituição UNICESUMAR

APÊNDICE		
<i>QUESTIONÁRIO PARA COLETA DE DADOS DO RECEM NASCIDO DE ALTO RISCO/ INSTRUMENTO DE DADOS.</i>		
<i>IDENTIFICAÇÃO N°</i>		
<i>NOME DA MÃE:</i>		
<i>Escolaridade ()</i>	<i>Estado civil ()</i>	<i>Ocupação ()</i>
<i>CONVENIO</i>	<i>SUS ()</i>	<i>Particular ()</i> <i>Convenio ()</i>
<i>DADOS MATERNS E DO PRE- NATAL:</i>		
<i>IDADE DA MÃE:</i>	<i>N° de gestações</i>	
<i>N° DE CONSULTAS DE PRÉ-NATAL: _____</i>		
<i>DOENÇAS PRÉVIAS DA MÃE: _____</i>		<i>Qual: _____</i>
<i>HÁBITOS DA MÃE: () Tabagismo () Álcool () Drogas Outros ()</i>		
<i>DADOS DO NASCIMENTO:</i>		
<i>DATA / / /</i>	<i>Data do internamento / / /</i>	
<i>LOCAL DO NASCIMENTO: () Na Instituição () Outra instituição</i>		
<i>TIPO DE PARTO</i>		
<i>Vaginal ()</i>	<i>Cesariana ()</i>	
<i>BOLSA ROTA (). Tempo de bolsa rota ()</i>		
<i>GEMELAR ()</i>	<i>Sim () Não</i>	<i>Ordem do nascimento.....</i>
<i>APGAR: 1 Minuto () 5 Minuto ()</i>		
<i>FOI REANIMADO EM SALA DE PARTO:</i>		
<i>SEXO: masc () Femin ()</i>		
<i>IDADE GESTACIONAL _____</i>	<i>Semanas _____</i>	<i>Dias _____</i>
<i>PESO DO RN _____</i>	<i>Gramas _____</i>	
<i>PERÍMETRO CEFÁLICO _____</i>	<i>Cm _____</i>	
<i>ESTATURA _____</i>	<i>Cm _____</i>	
<i>DADOS DA INTERNAÇÃO NA UTI NEONATAL E PEDIATRICA:</i>		
<i>DATA DE NASCIMENTO DO RN:</i>		
<i>Data / / /</i>	<i>Idade _____</i>	<i>Peso _____ Gramas _____</i>
<i>DIAGNÓSTICO DO BEBE:</i>		

CARDIOPULMONAR:			
() Doença Pulmonar () cardíaca () Neurológica () Outros diagnósticos:			
NEUROLOGICOS:			
HIC	Grau I ()	Grau II ()	Grau III ()
Infecção tipo: _____			
OUTROS: _____			
MÁ FORMAÇÃO CONGÊNITA _____ Outras: _____			
MEDICAÇÃO:			
Surfactante () sim () Não			
Antibióticos () sim () não _____ dias			
Outras drogas: _____			
IMUNOPROFILAXIA NASCER:			
HEPATITE B sim () não ()			
KANAKION sim () não ()			
SUORTE RESPIRATÓRIO EM UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA;			
SUORTE INVASIVO	() sim	() não	tempo de uso _____ dias
SUORTE NÃO INASIVO	() sim	() ntempo de uso	_____ dias
FOTOTERAPIA	() sim	() não	tempo de uso dias: _____
PROCEDIMENTOS INVASIVOS () sim () não			
Qual: _____			
NUTRIÇÃO ENTERAL: _____			
NUTRIÇÃO PARENTERAL			
TIPO DE LEITE: _____			
EXAMES COMPLEMENTARES ANTES DA ALTA HOSPITALAR			
TESTE DO OLHINHO	sim ()	não ()	
TESTE DO PESINHO	sim ()	não ()	
TRIAGEM AUDITIVA	sim ()	não ()	
TESTE DO CORAÇÃOZINHO	sim ()	não ()	
Outras: _____			
DATA DA ALTA HOSPITALAR: _____			

PESO DA ALTA () KG () G
EXAME FÍSICO NORMAL () normal () anormal () outros
EXAME NEUROLÓGICO () normal () anormal () outros
TIPO DE ALIMENTAÇÃO NA ALTA HOSPITALAR () SM () formula
AGENDAMENTO PARA UBS:
Neuro() oftalmo() fono() pediatra() outros ()
EXAMES AGENDADOS. Quais?_____:
ALTA HOSPITALAR
Melhorado () Óbito ()