

CENTRO UNIVERSITÁRIO DE ANÁPOLIS UniEVANGÉLICA  
CURSO DE ENFERMAGEM

**PERFIL DAS INTERNAÇÕES POR DOENÇAS DE NOTIFICAÇÃO  
COMPULSÓRIA EM UTI NEONATAL NOS ANOS DE 2016 A 2017**

ADRIANO VIEIRA GARCIA

Anápolis

2018

ADRIANO VIEIRA GARCIA

**PERFIL DAS INTERNAÇÕES POR DOENÇAS DE NOTIFICAÇÃO  
COMPULSÓRIA EM UTI NEONATAL NOS ANOS DE 2016 A 2017**

Trabalho de Conclusão de Curso, apresentado ao curso de Enfermagem, como requisito parcial para obtenção do grau de Bacharel em Enfermagem.

Anápolis

2018

ADRIANO VIEIRA GARCIA

**PERFIL DAS INTERNAÇÕES POR DOENÇAS DE NOTIFICAÇÃO  
COMPULSÓRIA EM UTI NEONATAL NOS ANOS DE 2016 A 2017**

Trabalho de Conclusão de Curso, defendido e  
aprovado em 22 de junho de 2018 pela banca  
examinadora:

---

Profª Ma. Rosana Mendes Bezerra  
(Orientadora)

---

Profª Ma. Regina Ribeiro de Castro  
(Avaliadora)

## DEDICATÓRIA

Em especial, dedico à minha mãe Eliane, a qual sempre lutou para que eu e meu irmão pudéssemos ter o melhor em nossas vidas, sacrificando muitas vezes seus próprios sonhos para que nos fosse concedido à oportunidade em estudar. Sempre se mostrou uma mulher de forças incompreensíveis, e apesar das inúmeras dificuldades financeiras que enfrentamos, foi capaz de perseverar e a me incentivar sendo uma pessoa melhor. Obrigado por ter se importado e por confiar que eu poderia vencer tais obstáculos. Acredito que não exista uma forma correta em retribuir o que têm por mim durante todos esses anos e, por ora, serei eternamente grato e quero que saiba desse amor inexplicável que sinto por ti.

A minha prima Isadora, que sempre se dispôs a me receber em sua casa, ouviu meus medos por longas noites, me fez perceber o valor de se confiar em alguém, mesmo sabendo que eu não pagaria pelas diárias, esteve do meu lado me distraíndo e se fazendo presente sempre que necessitei. Obrigado por sua compreensão, você contribuiu para meu sucesso.

A meu amigo Matheus, que trilhou toda essa jornada ao meu lado. Com você aprendi a confiar mais em mim, mesmo com as crises de choro. A universidade me deu um amigo ao qual jamais poderei esquecer. Como todo trabalho em grupo, tivemos nossos conflitos, só então percebi que nossa amizade foi mais importante que os interesses pessoais. Muito além, dividimos os mesmos sonhos e as mesmas frustrações, e sempre tivemos um ao outro para nos apoiar, saiba que te admiro. Aqui, humildemente peço desculpas pelas nossas brigas, e agradeço por ser partedeeste trabalho, mesmo que por um breve período. Obrigado meu amigo, lhe desejo sucesso!

A minha amiga Vitória, que me fez companhia por longas e difíceis madrugadas, fazendo com que eu não perdesse o foco, mesmo quando o cansaço me dizia para desistir. Muito obrigado.

A formidável Mestra Rosana Mendes Bezerra, que com paciência, dedicação e sabedoria me mostrou uma oportunidade de atuação, e um respeito inimaginável pela saúde da criança, ao qual serei eternamente grato por me pressionar e a progredir. Obrigado pelos conselhos durante minha trajetória, e simplesmente por acreditar. Seus ensinamentos serão para sempre lembrados. Suas conquistas e profissionalismo são admirados por todos.

## **AGRADECIMENTOS**

A professora Mestra Rosana Mendes, pelo incentivo e o convite para elaboração deste trabalho. Sinto-me lisonjeado, e admirado pela sua atuação junto à saúde da criança e do adolescente. Um agradecimento à professora Regina por todos os ensinamentos, demonstrando um conhecimento inimaginável quanto à humanização.

Sou grato ao Centro Universitário da UniEvangélica que me deu a oportunidade de cursar enfermagem nesta renomada instituição. Obrigado por proporcionar um ambiente saudável para todos os alunos, além de estimular a criatividade, a interação e a participação nas atividades acadêmicas. Sou grato a todo corpo docente, à direção e administração dessa instituição.

A todos os professores, com carinho!

*“Feliz aquele que transfere o que  
sabe e aprende o que ensina .”*

*Cora Coralina*

## RESUMO

**INTRODUÇÃO:** As internações em UTI Neonatal geram o perfil epidemiológico do atendimento. Assim, a notificação tem sido uma ferramenta que impulsiona a comunicação da ocorrência de determinada doença ou agravo à saúde, repassada aos órgãos responsáveis ou até mesmo aos cidadãos, na finalidade em adotar medidas de intervenções (TEIXEIRA et al., 1998). **OBJETIVOS:** Geral: Identificar as patologias de notificações compulsórias que ocorreram na UTIN em 2016 e 2017. Específicos: Identificar os números de óbitos relacionados ao peso e idade gestacional que ocorreram na UTIN. **METODOLOGIA:** Estudo descritivo de caráter quantitativo. A pesquisa descritiva se expressa em números, informações, dados e opiniões, sendo capaz de serem analisados. Tais resultados precisam e devem ser divulgados (MARCONI; LAKATOS, 2008). **RESULTADOS E DISCUSSÃO:** Dentre as doenças notificáveis, houve apenas casos de sífilis registrados com um total de 36 internações em UTIN, entre os anos de 2016 e 2017 todos hospitalizados pelo Sistema Único de Saúde e casos de óbitos. Em 2016 houve um maior número de ocorrência na UTIN com 25 casos e, no ano de 2017, uma redução de diagnósticos com sífilis, apenas 11 casos. Quanto à idade gestacional dos casos de sífilis, no ano de 2016, 03 neonatos nasceram com menos de 36 semanas (8,33%), e 16 neonatos entre 37 a 40 semanas (44,44%), apenas 01 neonato ultrapassou as 41 semanas de gestação (2,87%), e neste mesmo ano, 04 dos nascimentos não tiveram seus pesos registrados no caderno de admissão (11,11%). Em 2017, teve 05 casos com idade gestacional antes de 37 semanas (13,88%) e, 06 nasceram entre as 38 e 40 semanas gestacionais. Em relação a sua procedência, 33 vieram do Alojamento Conjunto (91,7%) e, apenas 03 (8,3%) diretamente da sala de parto. Em relação aos casos de óbitos, entre 2016 e 2017 ocorreram 84 óbitos. No ano de 2016, foram 24 mortes do sexo masculino (28,6%), e 12 do sexo feminino (14,3%). No ano seguinte, em 2017, foram divulgados 26 óbitos para o sexo masculino (31%), e 22 óbitos do sexo feminino (26,1%). **CONCLUSÃO:** O estudo mostrou que nos anos de 2016 e 2017, apenas casos de sífilis e óbitos foram indicativos de notificação compulsória na UTI neonatal. O tratamento da sífilis não depende apenas do tratamento materno, mas também do companheiro da mesma, fato que pode justificar os casos encontrados no estudo. Outro fator relaciona-se a utilização medicamentosa de penicilina, primeira escolha para o tratamento e que esteve em falta tendo sido substituída por outras escolhas medicamentosas. Já os óbitos foram por prematuridade extrema, baixo peso e sepse. Este servirá para subsidiar planejamento e ações para diminuir os casos de sífilis e taxa de óbito no município de Anápolis na UTI neonatal, bem como nas esferas Estadual e Federal do Sistema Único de Saúde.

**PALAVRAS CHAVE:** Unidade de Terapia Intensiva Neonatal. Epidemiologia. Enfermagem.

## **ABSTRACT**

**INTRODUCTION:**The hospitalizations in Neonatal ICU generate the epidemiological profile of care. Thus, notification has been a tool that promotes the communication of the occurrence of a disease or injury to health, passed on to the responsible organs or even to the citizens, in order to adopt measures of interventions (TEIXEIRA et al., 1998). **OBJECTIVES:** To identify the pathologies of compulsory notifications that occurred in the NICU in 2016 and 2017. Specific: Identify the number of deaths related to weight and gestational age that occurred in the NICU. **METHODOLOGY:** Descriptive study of quantitative character. The descriptive research is expressed in numbers, information, data and opinions, being able to be analyzed. Such results need and should be disclosed (MARCONI; LAKATOS, 2008). **RESULTS AND DISCUSSION:** Among the notifiable diseases, there were only cases of syphilis registered with a total of 36 hospitalizations in NICU between 2016 and 2017, all hospitalized by the Unified Health System and cases of death. In 2016, there was a greater number of occurrences in the NICU with 25 cases and, in 2017, a reduction of diagnoses with syphilis, only 11 cases. Regarding the gestational age of syphilis cases, in the year 2016, 03 neonates were born with less than 36 weeks (8.33%), and 16 neonates between 37 and 40 weeks (44.44%), only 1 neonate was over 41 weeks of gestation (2.87%), and in that same year, 04 of the births did not have their weights registered in the admission book (11.11%). In 2017, there were 05 cases with gestational age before 37 weeks (13.88%) and 06 cases born between 38 and 40 gestational weeks. Regarding their origin, 33 came from the Joint Housing (91.7%) and only 03 (8.3%) directly from the delivery room. Regarding the cases of deaths, between 2016 and 2017, 84 deaths occurred. In the year 2016, there were 24 male deaths (28.6%), and 12 female deaths (14.3%). The following year, in 2017, 26 deaths were reported for males (31%), and 22 deaths for females (26.1%). **CONCLUSION:** The study showed that in the years 2016 and 2017, only cases of syphilis and deaths were indicative of compulsory notification in the neonatal ICU. The treatment of syphilis does not only depend on maternal treatment, but also on the partner's treatment, which may justify the cases found in the study. Another factor is the drug use of penicillin, the first choice for treatment and that was missed and replaced by other drug choices. The deaths were due to extreme prematurity, low weight and sepsis. This will serve to subsidize planning and actions to reduce the cases of syphilis and death rate in the municipality of Anápolis in the neonatal ICU, as well as in the State and Federal spheres of the Unified Health System.

**KEYWORDS:** Neonatal Intensive Care Unit. Epidemiology. Nursing.



## SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO .....	10
2 OBJETIVOS .....	12
2.1 Objetivo Geral.....	12
2.2 Objetivos Específicos .....	12
3 REFERENCIAL TEÓRICO METODOLÓGICO .....	13
3.1 Históricos das UTIs .....	13
3.2 Diretrizes.....	13
3.3 Políticas públicas para UTI neonatal.....	14
3.4 Principais causas de internação em UTI neonatal.....	15
3.5 Equipes multidisciplinares ou profissionais na internação do neonato na UTIN .....	16
4 METODOLOGIA .....	17
4.1 Tipo de Pesquisa .....	17
4.2 Local da Pesquisa .....	17
4.3 População e Amostra.....	17
4.4 Coletas de dados.....	17
4.5 Critérios de Inclusão.....	18
4.6 Critério de Exclusão .....	18
4.7 Mecanismo De Análise De Dados .....	18
4.8 Risco .....	18
4.9 Benefícios .....	19
4.10 Aspéctos Éticos .....	19
5 RESULTADOS .....	20
6 DISCUSSÃO .....	25
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS .....	28
REFERÊNCIAS .....	30
APÊNDICE	
ANEXO	

## 1 INTRODUÇÃO

A Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTINn) é um espaço reservado na área hospitalar que consta com o apoio de uma equipe multidisciplinar, disposta de recursos tecnológicos, para que os recém-nascidos doentes ou com potencial de risco de vida possam ser acolhidos e monitorados de acordo com sua necessidade (CORULLON, 2007).

Por meio das informações registradas nas UTIs (Unidade de Terapia Intensiva), é possível identificar e registrar indicadores de saúde que variam de acordo com as condições de cada população, delimitar o padrão de morbidade, mortalidade e seus principais determinantes, e a demanda de crianças atendidas pelo serviço e, contudo, traçar o perfil sociodemográfico (EINLOFT et al., 2002).

O nascimento precoce/prematuro é a principal causa da mortalidade infantil (0-6 dias de vida) quando grande parte dos óbitos infantis acontece nas primeiras 24 horas, o que indica que devem ser adotadas medidas de atenção para ao binômio mãe e filho, garantindo qualidade na assistência ao parto e nascimento. Fatores como ausência de pré-natal, infecções perinatais, álcool, drogas, má formação congênita são responsáveis pelo parto prematuro, porém sendo preveníveis por meio de ações de saúde (LANSKY et. al., 2014).

Diante da redução relativa, a mortalidade infantil não deve ser considerada ainda um fator de emergência para a saúde pública, no Brasil, que tem apresentado estatísticas razoáveis por meio da seriedade e conhecimento do perfil demortalidade infantil e neonatal. E em determinadas regiões é limitada eficiência científica se comparados os nascimentos e óbitos registrados para as crianças menores de um ano (CARVALHO et al., 2007).

Com o avanço dos anos, a mortalidade infantil obteve uma redução significativa. No Brasil, a diminuição foi satisfatória se comparada aos anos anteriores. As mortes de crianças até 1 ano de idade passaram de 4% do total de óbitos em 2005 para 2,5% em 2015. Fator estes que estão diretamente associados à queda da taxa de mulheres que desejam e/ou consegue engravidar, ao abrangente número de domicílios com saneamento básico, aumento de escolaridade das mulheres e ao crescente avanço das tecnologias voltadas à imunização de mãe e filho e ao indispensável incentivo do aleitamento materno (SOVIO;DIBDEN; KOUPIIL,2012).

Os óbitos podem ser evitados ou terem suas taxas reduzidas. A causa das mortes está geralmente associada a fatores socioeconômicos e de falhas no processo do sistema de saúde, em especial a gestante, que depende de uma melhor condição de saúde, além da assistência de políticas públicas (CALDEIRA et al., 2005).

As internações em UTIn geram o perfil epidemiológico do atendimento. Neste contexto, a notificação tem sido uma ferramenta que impulsiona a comunicação da ocorrência de determinada doença ou agravo à saúde, repassada aos órgãos responsáveis ou até mesmo aos cidadãos, na finalidade de adotar medidas de prevenções e intervenções. O principal motivo da notificação é fornecer a tais órgãos, componentes de informações que possam ser transmissíveis que apresentem a letalidade ou outro tipo de impacto à saúde. (TEIXEIRA, et al. 1998).

As notificações são realizadas por meio de fichas de notificações de saúde de cada neonato. Estas possuem campos a serem preenchidos, para ser compreendido a ocorrência de doença/eventos e sua evolução. Esse procedimento é feito dentro do sistema Nacional de Agravos de Notificação (SINAN), criado especialmente, para que após uma notificação gere intervenções capazes de determinar o provável local inicial de disseminação, extensão, eliminação ou erradicação de doença, epidemias, surtos e agravos inusitados à saúde: consideradas situações emergenciais (MELO, 2008).

É dentro desta perspectiva, que a notificação em saúde se torna um instrumento valioso para aperfeiçoar as qualidades da assistência prestada aos recém-nascidos e identificar as diversas patologias que podem trazer consequências irreversíveis aos mesmos, seja uma seqüela ou óbito.

Através do conhecimento sobre os aspectos epidemiológicos, podem-se estabelecer riscos e benefícios no período neonatal, as demais fases de seu crescimento, visando à qualidade de atenção à saúde. O acompanhamento deve ser desenvolvido por meio de um suporte que seja adequado aos internos na UTIn, e posteriormente suas famílias. O cuidado é estendido para o campo extra-hospitalar garantindo melhor sobrevida ao bebê. (VIERA; MELLO, 2009).

Para que demais instituições hospitalares tenham acesso aos dados epidemiológicos é realizada a busca de dados nas plataformas, sendo o Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos (SINASC). Este demorou a ser implantado, mas faz parte dos diversos municípios do país (CASCAES et al., 2008).

A pesquisa se faz necessária, de modo a identificar as patologias notificáveis, aos quais os recém-nascidos estão suscetíveis, ocasionando consequências como sequelas e o óbito. Diante do exposto pergunta-se Como é o perfil epidemiológico da internação em uma UTI neonatal de um hospital que é referência neste atendimento no interior do Estado de Goiás?

## **2 OBJETIVOS**

### **2.1 Objetivo Geral**

Identificar as patologias de notificações compulsórias que ocorreram na UTIN em 2016 e 2017.

### **2.2 Objetivos Específicos**

Identificar os números de óbitos relacionados ao peso e idade gestacional que ocorreram na UTIN.

Traçar o perfil epidemiológico das internações por doenças de notificação compulsória em UTIN.

### **3 REFERENCIAL TEÓRICO METODOLÓGICO**

#### **3.1 Históricos das UTIs**

A UTI neonatal é um espaço reservado para o cuidado e tratamento de recém-nascidos com algum tipo de problema ao nascer. Nesse ambiente eles estão sendo monitorados a todo o momento e tendo todo o cuidado necessário para sua recuperação. (BRASIL, 2012)

E em 1950, na Califórnia, foram criadas as primeiras UTI para atender crianças em estados críticos, devido surto da poliomielite. No Brasil, por volta de 1980, surgiram as primeiras UTIN, buscando atender aos recém-nascidos, e oferecer atendimento diferencial e qualificado a esta clientela (IZUMY, 2011).

A UTIN é um local específico do hospital destinado aos bebês recém-nascidos e também todos àqueles que nascem prematuros com menos de 37 semanas de gestação. O avanço da tecnologia possibilitou que as UTIN realizassem tratamentos eficazes de manutenção da saúde e vida do recém-nascido, contribuindo para a redução da mortalidade infantil. (DODT, 2010).

#### **3.2 Diretrizes**

A resolução 7 do Ministério de Saúde foi criada em 24 de Fevereiro de 2010, ficam explícitos os requisitos básicos para um atendimento qualificado aos pacientes neonatos. É composta de padrões para o funcionamento das Unidades de Terapia Intensiva, visando à redução de riscos aos pacientes (BRASIL, 2010).

De acordo com a Portaria 930, a faixa etária atendida em UTIn deve ser pacientes com idade entre 0 e 28 dias. As UTIn devem ocupar salas distintas e exclusivas, o que possibilita uma linha de cuidados e condição clínica do recém-nascido (BRASIL, 2012).

Em maio de 2012, foi publicada a nova RDC-26, a qual anulou a determinação da RDC-07, onde era determinado 01 (um) enfermeiro para o atendimento a cada 08 (oito) leitos nas UTIs. Essa nova resolução define um enfermeiro assistencial para cada 10 (dez) leitos (BRASIL, 2012).

O documento determina que a estrutura de uma UTI neonatal disponha de no mínimo 5 leitos, onde 1 berço a cada 80 recém nascidos/ano de baixo peso (- 2500 g),

devendo ser dispostas saídas de oxigênio e ar comprimido para melhor assessoramento aos recém nascidos que necessitem de uma assistência de emergência (BRASIL, 2002).

É importante saber que esses profissionais deverão ter um programa de educação continuada, visando manter a qualidade e segurança da assistência. Na RDC 26, engloba questões importantes relacionadas ao preparo da equipe de enfermagem no momento enfermeiro paciente, o profissional deve se deslocar da sua posição atual para a supervisão deixando de lado sua função principal que é de cuidados direto ao paciente crítico.

As UTIs surgiram da necessidade de atender, de maneira diferenciada e atendida o paciente-cliente crítico, esse cuidado exige de toda a profissional capacidade de decisão rápida englobando o conhecimento na área de atuação a fim de promover um cuidado seguro e de qualidade.

### **3.3 Políticas públicas para UTI neonatal**

As políticas foram atribuídas na assistência da saúde do neonato, visam o cuidado humanizado e ao que o paciente necessita. Por volta da década de 70 implantou-se o Programa de Saúde Materno-Infantil (PSMI), com ações voltadas para o acompanhamento do pré-natal, o controle dos partos domiciliares e do puerpério e para a promoção de saúde da criança. (LANSKY, 2002).

Ao identificar as políticas públicas de saúde ao recém-nascido, conseguimos perceber dois acontecimentos significativos: o primeiro, que se caracteriza por um período de conquistas de direitos e de consolidação das lutas anteriores, abrangendo os anos 80 e 90, e o segundo, a partir da década de 90, onde as políticas públicas não têm mais objetivo de tornar visível a atenção materno-infantil, nem de tornar visível o direito consolidado, mas, trata-se de qualificar ainda mais o que já fora conquistado. (BRASIL, 2001).

A Política de Atenção Humanizada do Ministério da Saúde e a implantação do método Canguru trouxeram consigo um modelo de assistência direcionado ao recém-nascido, onde foram adotados recursos técnicos ao cuidado humanizado e as necessidades de hospitalização dos bebês e suas famílias (BRASIL, 2007).

Com a divulgação dos resultados da Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Mulher e da Criança em 2008, foi destacada uma queda progressiva de 44% relacionado à mortalidade infantil, o que nos leva à conscientização da amamentação no primeiro dia pós-parto, o acesso das crianças aos serviços de saúde passou de 18,2% para 49,7%. Em um

período de 10 anos, entre 1996 a 2006, foi evidenciado que apesar da universalização, são observados desigualdades regionais e sociais, que interferem no atendimento adequado da saúde (BRASIL, 2008).

Entendendo que o fortalecimento e expansão do Método Canguru é uma importante estratégia para a humanização do atendimento ao binômio, mãe-bebê e a promoção do aleitamento materno no Brasil, contribuindo para a melhoria da assistência à saúde e da qualidade de vida das crianças brasileiras. (PADILHA; BORESTEIN, 2005).

### **3.4 Principais causas de internação em UTI neonatal**

Conhecendo as condições da gestação e do parto e as características de nascimentos e óbitos de recém-nascidos admitidos em UTIN, através de estudos epidemiológicos é possível determinar ações em saúde materno-infantil, minimizando a ocorrência de agravos e planejando um atendimento mais adequado (ROUQUAYROL, 2003).

Nos países desenvolvidos, há a preocupante taxa de mortalidade evidenciada pelo parto prematuro e de crianças com baixo peso ao nascer, relacionados aos principais fatores de riscos demográficos, seja pelo baixo nível socioeconômico ou de uma assistência ao pré-natal precária (ARAÚJO et al., 2012).

A infecção por toxoplasmose tem sido motivo de internação de neonatos. Sem um pré-natal de qualidade, é impossível identificar as doenças congênitas, onde os fetos podem morrer no útero antes de completarem o primeiro trimestre gestacional (CLOHERTY;EICHENWALD; STARK 2005).

Os procedimentos invasivos utilizados para a sobrevivência do recém-nascido de baixo peso são necessários para a sobrevivência destes. Porém, os tornam vulneráveis e expostos às infecções patogênicas e hospitalares, podendo causar sepse, meningite e em casos extremos ao óbito (RAMOS et al., 1992).

Uma condição determinante das internações na UTIN é a deficiência do aproveitamento de oxigênio nas células. Por essa razão, os valores de APGAR registrados nos primeiros minutos de vida da criança, onde definem as manobras de reanimação quando necessárias (LIMA, 2008).

Os estudos revelam que uma quantidade significativa de neonatos necessita de suporte ventilatório, além de auxílio de oxigênio e assistência fisioterapêutica. O choque séptico é a principal causa dos óbitos que acontecem precocemente (JOHNSTON, 2012).

### **3.5 Equipes multidisciplinares ou profissionais na internação do neonato na UTIN**

A habilidade técnica deve estar em harmonia com o conhecimento científico, garantindo ao recém-nascido uma sobrevivência, a fim de reduzir a mortalidade infantil. Portanto, ressalta-se a importância de um sistema de saúde capaz de emitir informações para acompanhamento mediante o crescente avanço tecnológico nesta área (REICHERT; LINS; COLLET, 2007).

O enfermeiro e todo profissional de saúde, desempenha papel de grande importância no reconhecimento da necessidade de cada bebê e desenvolver uma assistência de qualidade, desde que seja seguida pelas normas e protocolos da instituição hospitalar, onde tais práticas levam a transformação do ambiente (SILVA; VIEIRA, 2008).

O enfermeiro que trabalha em UTIN tem como prioridade o acolhimento e a adaptação do RN ao ambiente, fundamentando sua prática assistencial por meio de um conhecimento científico, observando o quadro clínico de cada criança e estimulando a mesma, abrangendo a família, e minimizando os fatores de risco por meio de uma assistência integral e humanizada (SILVA; VIEIRA, 2008).

A prática fisioterapêutica faz parte da assistência dos cuidados intensivos onde promove uma ação capaz de reduzir a dor aos neonatos, além de prevenir e minimizar as inúmeras complicações respiratórias, corrigindo o posicionamento para uma sensação de bem-estar aos pacientes críticos (SILVA, 2011).

Há uma ampla visão na atuação médica sobre a dádiva da vida, e um compromisso para que possa ser atingida. O desempenho médico é evidenciado pelo diagnóstico e prática terapêutica, onde podemos chamar de núcleo central, garantindo a prática do cuidar (SILVA, 2006).

Diante as inúmeras intervenções, nem mesmo a tecnologia e os avanços terapêuticos são capazes evitar o óbito neonato. Portanto a equipe multidisciplinar inserida em UTIN vivencia a ocorrência de morte de um recém-nascido, situação que demanda atenção aos pais, que na maioria das vezes não são preparados para este processo, assim relacionam a UTIN à morte, limitando a conduta do profissional (AGUIAR et al, 2006).



## **4 METODOLOGIA**

### **4.1 Tipo de Pesquisa**

Trata-se de um estudo descritivo de caráter quantitativo. A pesquisa descritiva analisa e destaca características de um grupo de pessoas ou considera uma determinada população, com a utilização de técnicas e protocolos que precisam ser padronizados para a coleta de dados (GIL, 2008).

Quanto à pesquisa quantitativa, pode-se concluir que, tudo pode ser quantificado, ou seja, é possível se expressar em números, informações, dados e opiniões, sendo capaz de serem analisados, e então classificá-los. Tais resultados precisam e devem ser divulgados. (MINAYO, 2007; LAKATOS, 1985)

### **4.2 Local da Pesquisa**

Foi realizada em um hospital do interior do Estado de Goiás, na Unidade de terapia intensiva neonatal. O referido hospital é referência na cidade no atendimento neonatal. Foram utilizados dados dos anos de 2016 a 2017 traçando o perfil epidemiológico da referida unidade. Serão utilizados dados já tabulados pela UTIN encontrados em planilhas do Excel, não sendo necessário o pesquisador acessar documentos diretos do hospital, como livro de admissão e alta e prontuários.

### **4.3 População e Amostra**

Foi selecionada por conveniência, ou seja, correspondente a todos os registros da UTI neonatal, como: sexo, idade, diagnósticos, óbitos e causas destes.

De acordo com Gil (2008), a amostra por conveniência corresponde a todo o universo a ser pesquisado, não se excluindo ou escolhendo-se parcelas de sujeitos ou elementos a serem pesquisados.

### **4.4 Coletas de dados**

Os dados foram extraídos por meio de instrumento elaborado pelos pesquisadores contendo informações referentes ao tempo de internação, sexo, diagnósticos, óbitos conforme

Apêndice I. A unidade de terapia intensiva disponibilizou estes dados em planilha do Excel o que irá garantir o anonimato dos pacientes internados durante o período de coleta de dados. Os dados foram coletados nos meses de novembro de 2017 a fevereiro de 2018 com o parecer favorável do CEP da UniEvangélica, de número CAAE 2.147.155.

#### **4.5 Critérios de Inclusão**

Foram incluídas na pesquisa as admissões das crianças hospitalizadas para UTI neonatal, ocorridas no período de janeiro de 2016 a dezembro de 2017, durante todos os meses do referido período e informações oriundas de prontuários e caderno de admissão e alta da UTIN.

#### **4.6 Critério de Exclusão**

Foram excluídas todas as internações anteriores a 2016 e que aconteceram no ano de 2018 e dados incompletos disponibilizados pela UTIN.

#### **4.7 Mecanismo De Análise De Dados**

Para a análise de dados, foram utilizadas planilhas do programa Microsoft Excel onde foram alimentadas com os dados coletados nas fichas de notificação. Os dados obtidos que traçam o perfil epidemiológico foram analisados por meio de frequência relativa e absoluta.

#### **4.8 Risco**

Para realização desta pesquisa, foi mantido todo o sigilo da identidade dos envolvidos, ou seja, dos neonatos hospitalizados. Este anonimato foi assegurado, pois foram disponibilizados pela UTIN do livro de admissão e alta da unidade. Os pesquisadores, portanto não tiveram acesso direto aos registros de prontuário do neonato. No entanto, houve o risco de constrangimento por parte dos colaboradores da UTIN, como a indisponibilidade imediata dos dados, uma vez que eles são responsáveis por repassar os dados já tabulados. Esse risco foi minimizado por meio de conversa e agendamento prévio para a coleta de dados, sendo estipuladas datas adequadas aos pesquisadores e colaboradores para data o repasse dos

dados. Os dados coletados foram utilizados com a única finalidade da realização da pesquisa científica. Os seus resultados foram utilizados em estudos científicos como o trabalho de conclusão de curso e artigo científico. Todos os dados manuseados e coletados ficarão sobre total sigilo total das pesquisadoras por período de 5 anos, após serão incinerados.

#### **4.9 Benefícios**

Os benefícios foram identificados de acordo com o perfil epidemiológico das internações que ocorreram na UTIN, para então estabelecer uma possível melhoria ao atendimento. Assim, foi possível identificar os principais diagnósticos e causas que levaram a óbitos na unidade e a proporcionar conhecimento das doenças notificáveis para estabelecer critérios do atendimento e também prevenção dos mesmos.

#### **4.10 Aspectos Éticos**

O projeto foi submetido na Plataforma Brasil, encaminhado para análise e apreciação do Comitê de Ética e Pesquisa da UniEvangélica seguindo as orientações da Resolução 466/2012 do conselho Nacional de Saúde, que dispõe sobre pesquisas com seres humanos.

Foram preenchidos e assinados após concordância Termo de autorização para utilização e manuseio de dados, termo da instituição coparticipante.

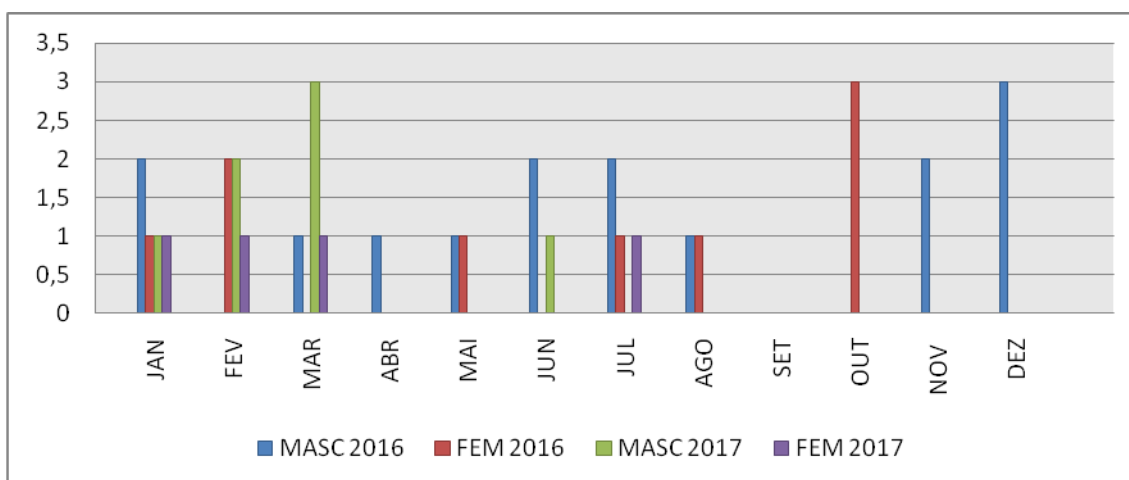
Os dados coletados geraram condições para realização do trabalho de conclusão de curso do discente da UniEvangélica, onde posteriormente os dados serão apresentados em eventos e revista científica bem como ao hospital nas representações da coordenação de ensino e pesquisa, coordenação da UTIN, coordenação de enfermagem por meio de reunião agendada para exposição oral e visual (impresa) do resultado da pesquisa além de esclarecimento de questões que possam surgir durante a exposição do trabalho científico.

## 5 RESULTADOS

Após a coleta de dados, chamou a atenção que apenas a Sífilis Congênita apareceu como doença de internação na UTIN. Nenhuma outra das doenças de notificação compulsória foram motivo de tratamento na referida UTI. Outro ponto identificado foram casos de óbito independente das causas. Houveram 84 casos de óbitos no período da pesquisa e 36 casos de Sífilis Congênita.

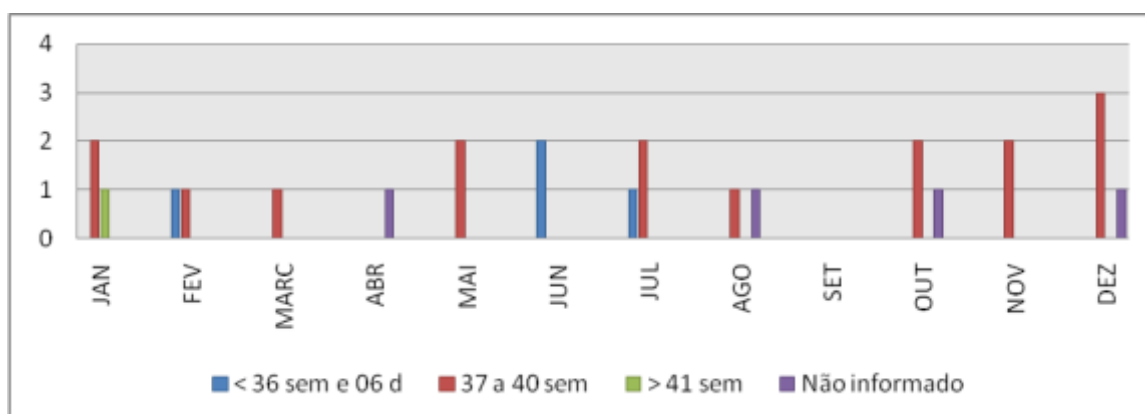
Analisando os casos de sífilis em relação ao sexo da criança, houve um total de 36 neonatos vivos, entre os anos de 2016 e 2017, conforme mostra a Tabela 1. Em relação ao ano de 2016, 15 casos foram do sexo masculino (41,7%) e 10 casos do sexo feminino (27,8%). Já no ano de 2017, apresentou 07 casos masculinos (19,4%) e 04 casos femininos (11,1%). Em 2016 houve um maior número de ocorrência na Unidade com 25 casos e, no ano de 2017, uma redução de diagnósticos com sífilis, de 11 casos.

**Tabela 1.** Número de casos tratados de Sífilis Congênita, segundo o sexo e o ano de notificação. Anápolis, 2016 a 2017.



\* Fonte: Livro de Admissão e Alta da UTI neonatal

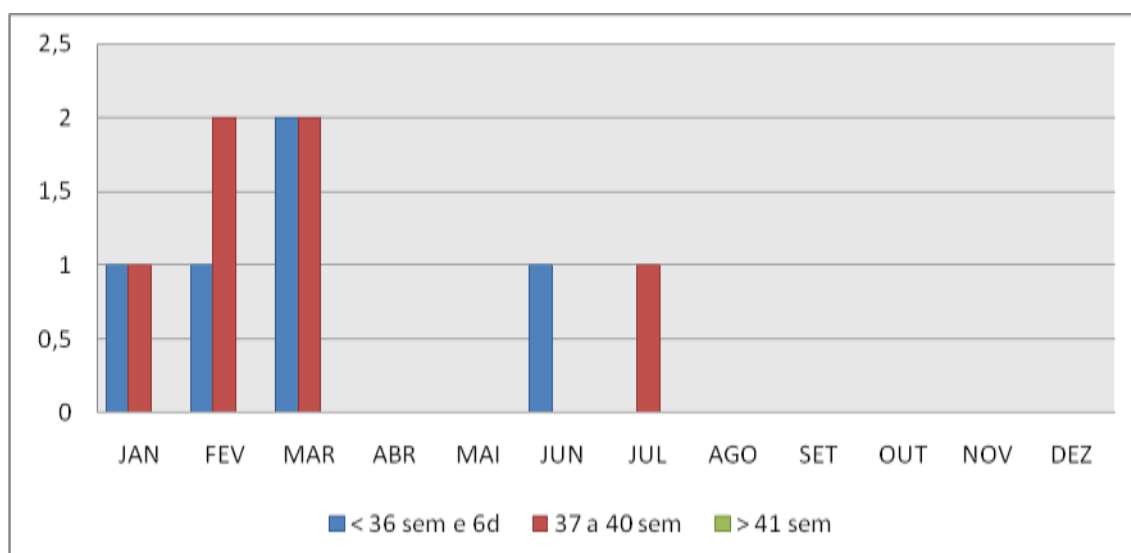
**Tabela 2.** Relação dos casos de nascidos em tratamento de Sífilis na UTIN em 2016 de acordo com a idade gestacional.



\* Fonte: Livro de Admissão e Alta da UTI neonatal

Na Tabela 2, é possível identificar que no ano de 2016, 03 neonatos nasceram com menos de 36 semanas e 06 dias de gestação (8,33%), e 16 completaram de 37 semanas a 40 semanas gestacionais (44,44%), apenas 01 neonato ultrapassou as 41 semanas de gestação (2,87%), e neste mesmo ano, 04 dos nascimentos não tiveram seus pesos registrados no caderno de admissão (11,11%).

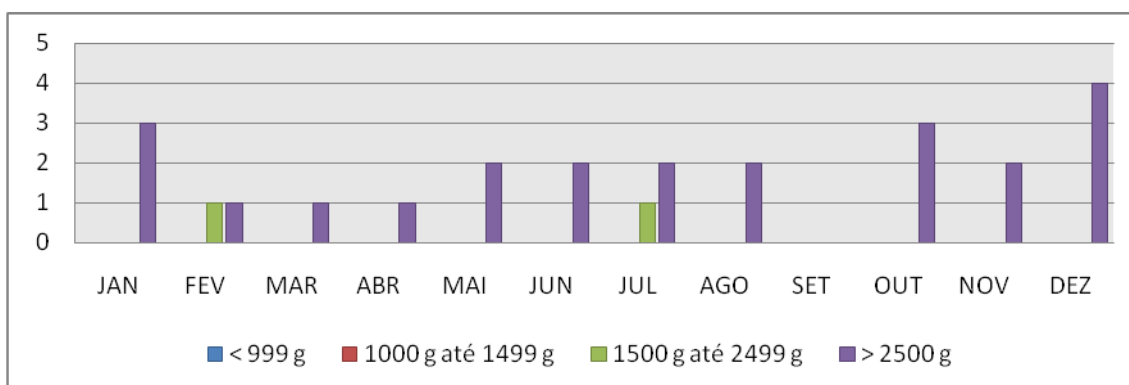
**Tabela 3.** Relação dos nascidos em tratamento de Sífilis na UTIN no ano de 2017 de acordo com a idade gestacional.



\* Fonte: Livro de Admissão e Alta da UTI neonatal

Em 2017, 05 recém-nascidos foram concebidos antes de completarem 37 semanas de gestação (13,88%) e, 06 bebês nasceram entre as 37 semanas gestacionais completas até 40 semanas e 06 dias de gestação.

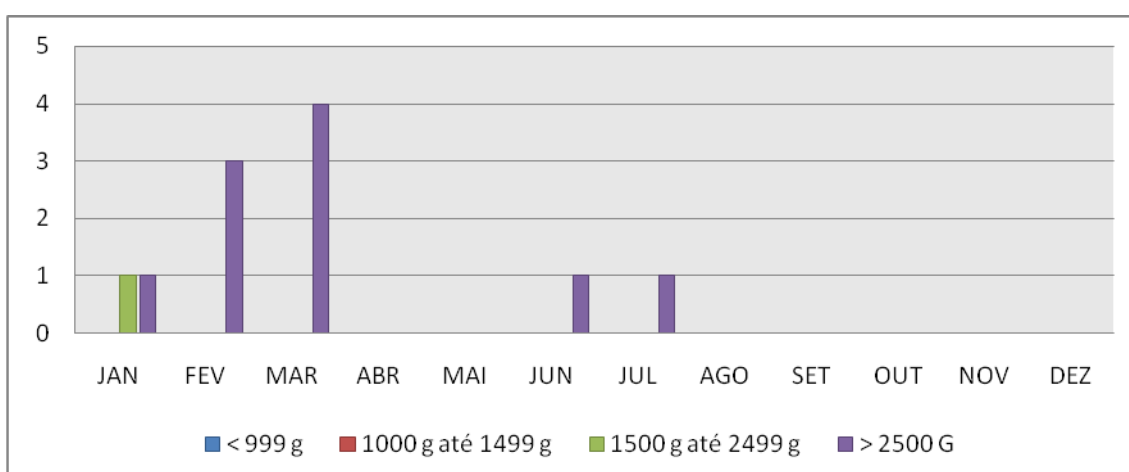
**Tabela 4.** Casos em tratamento de Sífilis Congênita de acordo com peso do recém-nascido ao nascer. Anápolis, 2016.



\* Fonte: Livro de Admissão e Alta da UTI neonatal

Na Tabela 3, referente ao ano de 2016, 02 crianças nasceram com peso entre 1500g e 2499g (5,5%), e a grande maioria, 23 dos nascidos neste ano, foi pesada e apresentaram peso acima de 2500g (63,9%).

**Tabela 5.** Casos de recém-nascidos em tratamento de Sífilis Congênita na UTIN de acordo como peso ao nascer. Anápolis, 2017

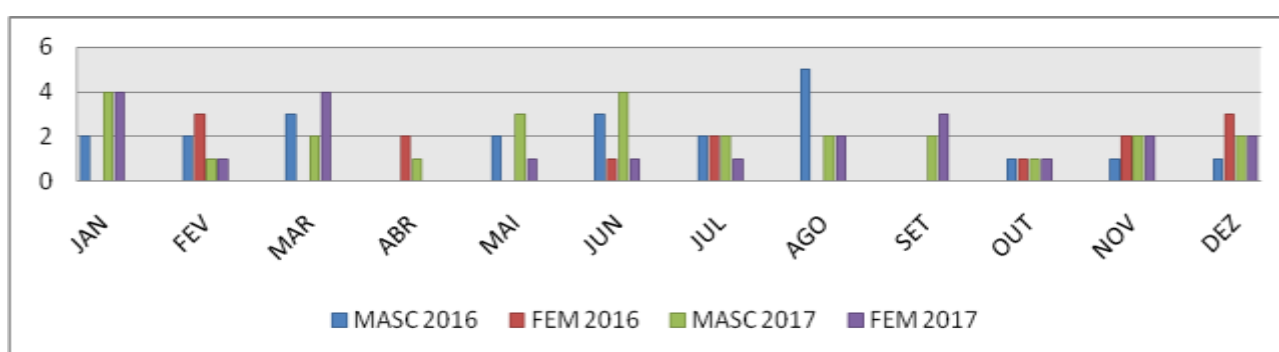


\* Fonte: Livro de Admissão e Alta da UTI neonatal

O ano de 2017 apresentou 01 criança com peso entre 1500g até 2499g (2,9%), e 10 com peso superior a 2500g (27,7%).

O estudo mostrou que, no período entre 2016 e 2017, houve 36 casos de hospitalização na UTI neonatal por sífilis congênita. Todos foram atendidos pelo Sistema Único de Saúde (SUS). Em relação à procedência, 33 vieram do Alojamento Conjunto (91,7%) e, 03 (8,3%) diretamente da sala de parto. Observando o local de domicílio das mães, Anápolis apresenta o maior número de residentes, 29 dos casos (80,5%), Goianápolis com 01 (2,8%), Jaraguá com 01 (2,8%), Pirenópolis 01 (2,8%) e Porangatu com 01 caso (2,8%), e 04 dos registros (8,3%) não relatavam o endereço de moradia, aqui evidenciados no Anexo III.

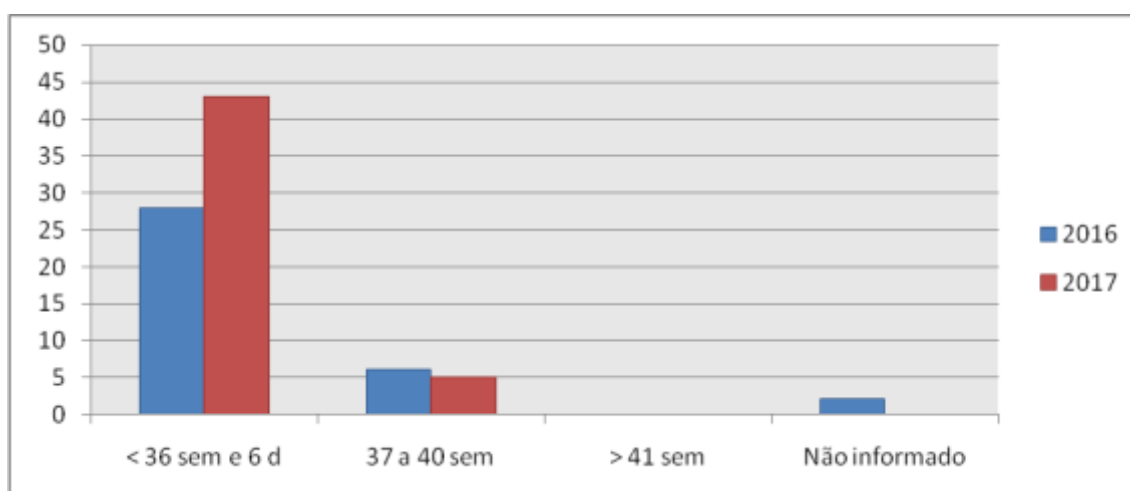
**Tabela 6.** Número de óbitos neonatal, no período de 2016 a 2017 em Anápolis.



\* Fonte: Livro de Admissão e Alta da UTI neonatal

Ao observar o período de tempo, entre 2016 e 2017, foram notificados 84 óbitos. No ano de 2016, foram 24 mortes do sexo masculino (28,6%), e 12 do sexo feminino (14,3%). No ano seguinte, em 2017, foram divulgados 26 óbitos para o sexo masculino (31%), e 22 óbitos do sexo feminino (26,1%), conforme a Tabela 6.

**Tabela 7.** Idade gestacional de óbito neonatal em UTIN de 2016 a 2017.

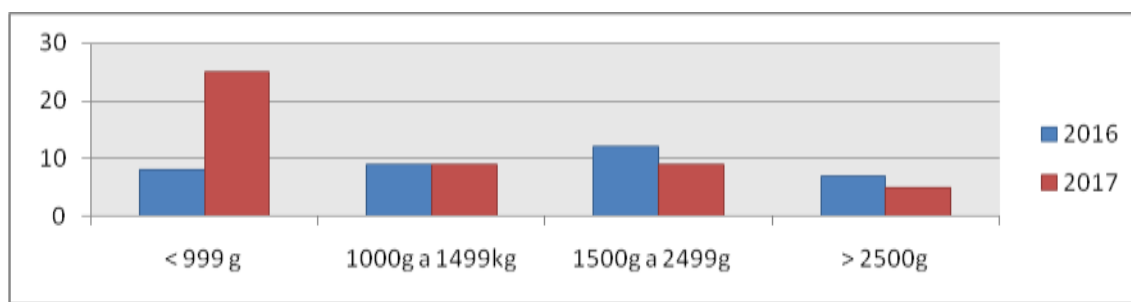


\* Fonte: Livro de Admissão e Alta da UTI neonatal

Na Tabela 7 é possível identificar que a maioria dos óbitos decorreu da prematuridade, e foi em 2016 que, registros apontaram 28 bebês que não conseguiram completar até as 36 semanas e 06 dias de gestação (33,3%), 06 mortes entre a 37ª e 40ª semana completa de gestação (7,1%), e foram encontrados 02 registros das notificações de óbitos, que não informavam o tempo correto da gestação (2,4%).

Em 2017, foram registrados 43 óbitos neonatais antes de completarem as 37 semanas gestacionais completas (51,2%), e entre a 37ª semana e a 40ª semana, foram confirmados 05 óbitos (6%).

**Tabela 8.** Peso dos neonatos que evoluíram a óbito no ano de 2016 a 2017.



\*Fonte: Livro de Admissão e Alta da UTI neonatal

Quanto ao peso dos neonatos, a Tabela 8 apresenta 08 neonatos que nasceram com peso inferior a 999g (9,5%), entre 1000g até 1499g foram registrados 09 óbitos (10,7%), 12 apresentaram peso entre 1500g até 2499g (14,3%), e somente 07 neonatos com registros de peso superior a 2500g (8,3%), no ano de 2016. No que se refere a 2017, foram registrados 25 óbitos de neonatos com peso abaixo de 1 kg (29,8%), onde 09 nasceram com peso entre 1000g até 1499g (10,7%) e, outros 09 com peso entre 1500g até 2499g (10,7%), e somente 05 desses atingiram peso superior a 2500g (6%).

Em um intervalo de 1 ano, foram registrados 12 óbitos a mais em 2017 do que no ano de 2016, tornando-se um número significativo, uma vez que, a mortalidade infantil apresenta uma taxa elevada de notificações, e uma parcela dessas mortes é devida a mortalidade neonatal, sendo prematuros acompanhados de baixo peso e sepse, conforme registro do livro de admissão e alta da UTIn.



## 6 DISCUSSÃO

No presente estudo, os resultados apresentaram-se relevante acerca de 36 casos notificados sobre a sífilis congênita. Em 2017 o Ministério da Saúde (MS) esperava-se uma incidência de sífilis congênita inferior a 0,5/1.000 nascidos vivos, nos últimos três anos (BRASIL, 2014).

O MS recomenda algumas condutas para a erradicação da sífilis congênita, mas para que isso aconteça deve ser realizado o tratamento adequado de gestantes e seus parceiros, a união dos principais programas de saúde e o desenvolvimento do sistema epidemiológico, e principalmente paralisar a cadeia de transmissão, podendo focar no diagnóstico precoce (BRASIL, 2010).

Aparentemente os recém-nascidos com sífilis podem nascer sem anormalidades ou assintomáticos, o que desvaloriza a importância em prosseguir com a investigação epidemiológica e assim tratá-los de acordo com a pragmática estabelecida e divulgada pelo MS. Assim, nota-se a importância na divulgação dos protocolos de sífilis congênita seja durante o pré-natal, no parto e nos demais hospitais, podendo garantir um melhor prognóstico para as crianças precocemente diagnosticadas, tratadas e acompanhadas (KOMKA; LAGO, 2007).

A sífilis congênita é considerada um sério problema de saúde pública nos dias atuais, especialmente no Brasil, com altas taxas de incidência, que podem estar associadas às inúmeras falhas dos serviços da atenção básica, seja para as gestantes ou para seus bebês. Contudo, a epidemiologia visa às notificações como um indicador de melhoria da qualidade à assistência pré-natal, o que pode gerar contradições pelos relatos de subnotificações (GALATOIRE; ROSSO; SAKAE 2012).

Este fato pode justificar as internações em UTI neonatal, de acordo com o estudo, uma vez que, a maioria das admissões foi proveniente do Alojamento Conjunto, mesmo após o neonato ter sido avaliado pela equipe médica.

Vale destacar que a sífilis não é uma infecção que faça seleção quando ao sexo do bebê. É uma infecção transplacentária que determina a exposição ao sexo inseguro, onde mãe ou pai podem estar infectados. Em um estudo realizado na Bahia publicado em 2007, entre os anos de 1997 a 2002, houve um predomínio de incidência no sexo feminino sobre o masculino (PEREIRA; ALMEIDA, 2007).

Diferentemente, neste trabalho científico apresentou predomínio dos casos de sífilis para o gênero masculino.

Em um recente estudo publicado em 2015, no Estado da Bahia foram registrados 1594 casos de Sífilis Congênita, entre os anos de 2010 a 2013, onde a maioria dos nascimentos foram prematuros, e 326 mulheres não realizaram as consultas do pré-natal. Quanto aos parceiros, 841 não realizaram tratamento, evidenciando um grave problema de saúde (OLIVEIRA; SANTOS, 2015).

As Infecções Sexualmente Transmissíveis (ISTs), durante a gestação, ainda apresentam barreiras quanto a sua abordagem, e a falta de informação das gestantes e parceiros. Acabam prejudicando a saúde da mãe e conseqüentemente a saúde do bebê. Logo, é fundamental analisar o perfil sociodemográfico das gestantes e sua base sociocultural (MELO; MELO FILHO; FERREIRA, 2011; DOMINGUES et al., 2013).

Em Minas Gerais, na cidade de Montes Claros houve 54 notificações de sífilis congênita entre os anos de 2007 a 2013, e 93 diagnósticos de sífilis na gestante, em que 88,9% desses nascimentos foram assintomáticos, evidenciando assim a importância das consultas pré-natais (LAFETÁ, 2016).

Portanto, é preciso discutir a importância de notificações quanto a diagnósticos e óbitos, onde as subnotificações também se fazem necessárias, representando importantes indicadores de uma má assistência pré-natal, para os usuários da rede pública de saúde.

Todavia, somente o diagnóstico da doença não é suficiente, é preciso que o tratamento seja realizado de forma conveniente não só para as gestantes, mas também para seu parceiro sexual. Em razão disso, para que seja realizado de forma efetiva, é preciso uma rede assistencial que seja capaz de oferecer controle, tratamento da infecção pela sífilis, além da conclusão do diagnóstico durante o pré-natal (COSTA et al., 2012).

Diversas são as publicações em que autores debatem sobre a escassez de dados verdadeiros sobre a mortalidade e morbidade para a discussão de seus estudos, uma vez que o Sistema de Informação de Mortalidade (SIM) e o Sistema de Informação de Agravos de Notificações (SINAN) ainda apresentem dados incompletos, dados subnotificados e até mesmo não registrados (LORENZO; MADI, 2002).

O Ministério da Saúde tem adotado medidas interventivas para reverter a incidência de sífilis congênita no país, através da Rede Cegonha, disponibilizando testes para o diagnóstico precoce da sífilis e HIV, juntamente com testes para diagnósticos instantâneo da gravidez e ainda resgatando uma capacitação não só dos profissionais de saúde envolvidos na atenção pré-natal, mas também das gestantes (BRASIL, 2011).

Torna-se essencial que o pré-natal na atenção primária seja revisado e melhorado para que a sífilis seja diagnosticada durante a gestação ou o quanto antes, podendo ser tratada precocemente, e evitando que se transforme em um diagnóstico congênito.

A criação da Rede Cegonha é uma união de ações para garantir o atendimento de qualidade, assegurado e de qualidade a todas as mulheres, buscando oferecer assistência desde a concepção da criança, o planejamento familiar, as consultas do pré-natal, parto, os 28 dias pós-parto (puerpério), dando suporte até os dois primeiros anos de vida da criança garantindo seu desenvolvimento saudável. Tudo dentro do sistema de saúde público, com seus serviços e ações ofertadas pelo Sistema Único de Saúde (SUS).

## 7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

De acordo com os resultados, os dados são de extrema importância para o perfil epidemiológico do município, uma vez que, evidenciam uma falha no processo de assistência básica durante o pré-natal das gestantes, deixando de existir e serem cumpridas as ações de saúde para prevenção, tratamento e fatores para controle da sífilis congênita. Assim a ocorrência de óbitos em geral também devem ser motivo de notificação.

Ocorreu uma porcentagem pequena de óbitos na unidade pesquisada o que traz um grande benefício para a neonatologia.

Porém, tendo em vista a realidade dos casos, foi possível entender que, mesmo sem o apontamento de um óbito ocasionado por sífilis congênita, ainda é preocupante o número de novos casos tratados, já que foi analisado somente um hospital de referência da cidade de Anápolis, no setor de UTIN. O ano de 2016 apresentou o maior número de ocorrências, trazendo uma queda no ano seguinte.

Mesmo quando o diagnóstico para sífilis é precoce e as gestantes consigam realizar acompanhamento do pré-natal corretamente favorecendo as taxas de eficácia e baixo custo para as mesmas, ainda assim teremos um grave problema de saúde pública no Estado de Goiás, gerados pelo tratamento ineficiente da gestante, o não tratamento do parceiro e, contudo a redução da investigação dos novos casos de sífilis na gravidez.

Conforme os protocolos disponibilizados pelo Ministério de Saúde, o enfermeiro também precisa estar qualificado a realizar a padronização das ações, buscando o diagnóstico, tratamento e notificação.

Por meio dos avanços tecnológicos e os perfis de padrões de saúde, é preciso adotar medidas preventivas para morbi-mortalidade na população, uma vez que, a taxa de mortalidade infantil tenha diminuído progressivamente.

Torna-se de extrema importância, a participação da Estratégia Saúde da Família (ESF), por desenvolverem um trabalho tão importante e minucioso e de primeiro contato com as famílias e comunidades, realizando e inovando a promoção de saúde, por meio da Rede Cegonha. As equipes da ESF são a porta de entrada para o sistema de saúde para as inúmeras famílias, além de formar um vínculo entre os profissionais e usuários, até alcançarem-se os parceiros das gestantes infectadas, para que possam prosseguir com o tratamento.

Perante o exposto, o enfermeiro precisa desempenhar seu papel diante das ações educativas, competentes o suficiente para estarem comprometido diante as políticas públicas

de saúde e sociais, valorizando a vitalidade de mães e filhos, prezando pela melhor condição de saúde, visando reduzir a tendência de mortalidade e morbimortalidade.

Este trabalho não esgota todas as possibilidades de avaliação sobre o tema, porém aponta a realidade vivida em uma unidade de referência no município de Anápolis. Poderá ainda subsidiar novos estudos sobre a temática, visando melhor acompanhamento dos casos de sífilis em gestantes, reduzindo o número de casos de sífilis congênita e mudando o perfil epidemiológico municipal. Assim, os benefícios da redução dos agravos serão aos neonatos, as mães, à equipe de saúde e a sociedade em geral, já que a prevenção irá se sobressair ao tratamento da enfermidade.

## REFERÊNCIAS

- AGUIAR, Isabella Rocha et al . O envolvimento do enfermeiro no processo de morrer de bebês internados em Unidade Neonatal. **Acta paul. enferm.**, São Paulo , v. 19, n. 2, p. 131-137, June 2006 . Disponível em [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103-21002006000200002&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002006000200002&lng=en&nrm=iso). Acesso em 15 June 2018. <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-21002006000200002>.
- ARAUJO, Cinthia Lociks de et al . Incidência da sífilis congênita no Brasil e sua relação com a Estratégia Saúde da Família. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo , v. 46, n. 3, p. 479-486, June 2012 . Disponível em <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-89102012000300010&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102012000300010&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em 13 Junho 2018. <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-89102012000300010>
- AVERY, G. B. **Neonatologia, fisiologia e tratamento do recém-nascido**. 2 ed., Rio de Janeiro: Medsi, p. 1035, 1984.
- BRASIL, Ministério da Saúde. Constituição (1988). **Constituição Da República Federativa do Brasil**. Brasília, DF 2001.
- BRASIL, Ministério da Saúde. **PNDS 2006 - Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher**. Brasília, DF, 2008. Disponível em: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pnds\\_crianca\\_mulher.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pnds_crianca_mulher.pdf)
- BRASIL, Ministério da Saúde. Portaria GM nº 930, de 10 de maio de 2012. **Define as diretrizes e objetivos para a organização da atenção integral e humanizada ao recém-nascido grave ou potencialmente grave e os critérios de classificação e habilitação de leitos de Unidade Neonatal no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS)**. Diário Oficial da União. Brasília, DF; 11 maio 2012. Disponível em: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt0930\\_10\\_05\\_2012.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt0930_10_05_2012.html) . Acessado em: 02/05/2017.
- BRASIL, Ministério da Saúde. Portaria no 1.459, de 24 de junho de 2011. **Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS – a Rede Cegonha**. Diário Oficial da União 2011. Disponível em: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1459\\_24\\_06\\_2011.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1459_24_06_2011.html)
- BRASIL, Ministério da Saúde. PORTARIA Nº 1683, de 12 de Julho de 2007. **Aprova, na forma do Anexo, a Normas de Orientação para a Implantação do Método Canguru**. Disponível em: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2007/prt1683\\_12\\_07\\_2007.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2007/prt1683_12_07_2007.html)
- BRASIL, Ministério da Saúde. RDC Nº 50, de 21 de fevereiro de 2002. **Dispõe sobre o Regulamento Técnico para planejamento, programação, elaboração e avaliação de projetos físicos de estabelecimentos assistenciais de saúde**. Disponível em: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2002/res0050\\_21\\_02\\_2002.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2002/res0050_21_02_2002.html) . Acessado em: 01/05/2017.

BRASIL, Ministério da Saúde. Resolução Nº 26, de 11 de Maio de 2012. **Altera a Resolução RDC nº. 07, de 24 de fevereiro de 2010, que dispõe sobre os requisitos mínimos para funcionamento de Unidades de Terapia Intensiva e dá outras providências.** Disponível em: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2012/rdc0026\\_11\\_05\\_2012.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2012/rdc0026_11_05_2012.html). Acessado em: 30/03/2017.

BRASIL, Ministério da Saúde. Resolução nº7 de 24 de Fevereiro de 2010. **Dispõe sobre os requisitos mínimos para funcionamento de unidades de terapia intensiva e dá outras providências.** Disponível em: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2010/res0007\\_24\\_02\\_2010.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2010/res0007_24_02_2010.html). Acesso em: 25 de abril de 2017.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. **Doenças infecciosas e parasitárias: Guia de Bolso.** 8. ed, Brasília: Ministério da Saúde, p. 381-386, 2010.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Transmissão vertical do HIV e Sífilis: estratégias para a redução e eliminação.** Brasília: Ministério da Saúde, 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção da Saúde. **Atenção à saúde do recém-nascido para os profissionais da saúde**, vol. 3; Brasília; Ministério da Saude; 2011.

CALDEIRA, Antônio Prates et al . Evolução da mortalidade infantil por causas evitáveis, Belo Horizonte, 1984-1998. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo , v. 39, n. 1, p. 67-74, 2005. Disponível em <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-89102005000100009&lng=es&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102005000100009&lng=es&nrm=iso)>. Acessado em 13 jun. 2018. <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-89102005000100009>.

CARVALHO, Patrícia Ismael de et al . Fatores de risco para mortalidade neonatal em coorte hospitalar de nascidos vivos. **Epidemiol. Serv. Saúde**, Brasília , v. 16, n. 3, p. 185-194, set. 2007 . Disponível em [http://scielo.iec.gov.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1679-49742007000300005&lng=pt&nrm=iso](http://scielo.iec.gov.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-49742007000300005&lng=pt&nrm=iso) . Acesso em 15 out 2017.

CASCAES, Andreia Morales et al . Prematuridade e fatores associados no Estado de Santa Catarina, Brasil, no ano de 2005: análise dos dados do Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro , v. 24, n. 5, p. 1024-1032, May 2008 . Disponível em [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X2008000500009&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2008000500009&lng=en&nrm=iso). Acessado em 04 março 2018. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2008000500009>.

CLOHERTY, John P.; EICHENWALD, Eric C.; STARK, Ann R. **Manual de neonatologia.** 5. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2005.

CORULLÓN, L.J. **Perfil epidemiológico de uma UTI pediátrica no sul do Brasil.** Tese (Mestrado em Pediatria) Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2007.

COSTA, Camila Chaves da et. al. Sífilis congênita no Ceará: análise epidemiológica de uma década. **Revista da escola de enfermagem da USP**, São Paulo, v.47, n.1, 2012. Disponível

em: [http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0080-62342013000100019&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0080-62342013000100019&script=sci_arttext) . Acesso em: 04 nov. 2017.

DE LORENZI, Dino Roberto Soares; MADI, José Mauro. Sífilis Congênita como Indicador de Assistência Pré-natal. **Rev. Bras. Ginecol. Obstet.**, Rio de Janeiro , v. 23, n. 10, p. 647-652, Dec. 2001 . Disponível em <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0100-72032001001000006&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-72032001001000006&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em 16 Março 2018. <http://dx.doi.org/10.1590/S0100-72032001001000006>.

DODT, R. C. M. Perfil epidemiológico das puérperas assistidas em um alojamento conjunto. **Rev. enferm.**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 3, p. 345-51, 2010. Disponível em: Disponível: <http://www.facenf.uerj.br/v18n3/v18n3a02.pdf>

DOMINGUES, Rosa Maria Soares Madeira et al . Sífilis congênita: evento sentinela da qualidade da assistência pré-natal. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo , v. 47, n. 1, p. 147-157, Feb. 2013 . Available from <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-89102013000100019&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102013000100019&lng=en&nrm=iso)>. access on 15 June 2018. <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-89102013000100019>.

EINLOFT, Paulo Roberto et al . Perfil epidemiológico de dezesseis anos de uma unidade de terapia intensiva pediátrica. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo , v. 36, n. 6, p. 728-733, Dezembro, 2002 . Disponível em <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-89102002000700011&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102002000700011&lng=en&nrm=iso)>. Acessado em 03 Fevereiro 2018. <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-89102002000700011>.

GAIVA, Maria Aparecida Munhoz. **O cuidar em unidades de cuidados intensivos neonatais: em busca de um cuidado ético e humanizado**. Cogitare Enfem. Mato Grosso. vol.11, n.1, p. 61-66, 2006.

GALATOIRE, Pamela Sue Aranibar; ROSSO, José Antônio; SAKAE, Thiago Mamôru. Incidência de sífilis congênita nos Estados do Brasil no período de 2007 a 2009. **ACM Arquivos Catarinenses de Medicina**, v. 41, n. 2, 2012. Disponível em: <<http://www.acm.org.br/revista/pdf/artigos/924.pdf>>. Acesso em: 06 abr. 2018.

GIL, Antonio Carlos. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 5. ed. São Paulo: Atlas, 2008. [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1459\\_24\\_06\\_2011.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1459_24_06_2011.html) . Acesso em: 11 de março de 2018.

IZUMI, Adriana Yuki; FUJISAWA, Dirce Shizuko; GARANHANI, Márcia Regina. Fisioterapia na Unidade de Terapia Intensiva: Enfoque na Criança Crítica Neurológica. **Rev. Fisioterapia em Neuropediatria**. vol. 12, n. 216; 2011.

JOHNSTON, Cíntia et al . I Recomendação brasileira de fisioterapia respiratória em unidade de terapia intensiva pediátrica e neonatal. **Rev. bras. ter. intensiva**, São Paulo , v. 24, n. 2, p. 119-129, June 2012 . Available from <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103-](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-)



507X2012000200005&lng=en&nrm=iso>. access on 15 June 2018.  
<http://dx.doi.org/10.1590/S0103-507X2012000200005>.

KOMKA, Maria Regina; LAGO, Eleonor Gastal . **Sífilis congênita: notificação e realidade**. Scientia Médica, vol. 17, n.4 p.205-211, 2007.

LAFETA, Kátia Regina Gandra et al . Sífilis materna e congênita, subnotificação e difícil controle. **Rev. bras. epidemiol.**, São Paulo , v. 19, n. 1, p. 63-74, Mar. 2016 . Available from<[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1415790X2016000100063&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415790X2016000100063&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em 23 Abr 2018. <http://dx.doi.org/10.1590/1980-5497201600010006>.

LAKATOS, Eva Maria; MARCONI, Maria de Andrade.: **Fundamentos de Metodologia Científica**. São Paulo. Ed. Atlas, 1985.

LANSKY, Sônia et al . **Pesquisa Nascer no Brasil: perfil da mortalidade neonatal e avaliação da assistência à gestante e ao recém-nascido**. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 30, supl. 1, p. S192-S207, 2014 . Disponível em <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102311X2014001300024&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102311X2014001300024&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 29 de maio; 2017. <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311X00133213>.

LANSKY, Sônia; FRANCA, Elizabeth; LEAL, Maria do Carmo. Mortalidade perinatal e evitabilidade: revisão da literatura. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo , v. 36, n. 6, p. 759-772, Dec. 2002 . Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S003489102002000700017&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S003489102002000700017&lng=en&nrm=iso)>. Acesso 07 Maio 2018. <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-89102002000700017>.

LIMA, Sheylla de; CARVALHO, Márcia Lazaro de; VASCONCELOS, Ana Glória Godoi. Proposta de modelo hierarquizado aplicado à investigação de fatores de risco de óbito infantil neonatal. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro , v. 24, n. 8, p. 1910-1916, Agosto. 2008 . Disponível [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X2008000800019&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2008000800019&lng=en&nrm=iso). Acesso em 09 Janeiro 2018.

MELO, Nara Gertrudes Diniz Oliveira; MELO FILHO, Djalma Agripino de; FERREIRA, Luiz Oscar Cardoso. Diferenciais intraurbanos de sífilis congênita no Recife, Pernambuco, Brasil (2004-2006). **Epidemiol. Serv. Saúde**, Brasília , v. 20, n. 2, p. 213-222, jun. 2011 . Disponível em <[http://scielo.iec.gov.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1679-49742011000200010&lng=pt&nrm=iso](http://scielo.iec.gov.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-49742011000200010&lng=pt&nrm=iso)>. acessos em 06 maio. 2018. <http://dx.doi.org/10.5123/S1679-49742011000200010>.

MELO, Nara. **Epidemiologia, vigilância epidemiológica conceitos básicos**. Recife. 2008.  
MINAYO MC. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. Rio de Janeiro: Abrasco; 2007.

OLIVEIRA, Jamile Souza de; SANTOS, Jéssica Vasconcelos. Perfil Epidemiológico da Sífilis Congênita no Estado da Bahia, no período de 2010 a 2013. **Rev. Eletrôn. Atualiza Saúde**, Salvador/BA, Vol 2, nº 2, Jul/Dez. 2015.

PADILHA, Maria Itayra Coelho de Souza; BORENSTEIN, Miriam Süsskind. O método de pesquisa histórica na enfermagem. **Texto contexto - enferm.**, Florianópolis , v. 14, n. 4, p. 575-584, Dec. 2005 . Available from

<[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-07072005000400015&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072005000400015&lng=en&nrm=iso)>. access on 24 Apr 2018.

<http://dx.doi.org/10.1590/S0104-07072005000400015>.

PEREIRA, Pricila Melissa Honorato et al . Mortalidade neonatal hospitalar na coorte de nascidos vivos em maternidade-escola na Região Nordeste do Brasil, 2001-2003. **Epidemiol. Serv. Saúde**, Brasília , v. 15, n. 4, p. 19-28, dez. 2006 . Disponível em

<[http://scielo.iec.gov.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1679-49742006000400003&lng=pt&nrm=iso](http://scielo.iec.gov.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-49742006000400003&lng=pt&nrm=iso)>. acessos em 5 março 2018.

<http://dx.doi.org/10.5123/S1679-49742006000400003>.

PEREIRA, S. M; ALMEIDA, M. F. G.; Caracterização epidemiológica da sífilis congênita no Município de Salvador, Bahia. **Dst Jornal Brasileiro de Doenças Sexualmente Transmissíveis**, Rio de Janeiro, v. 3-4, n. 1, p.144-156, 2007. Disponível em:

<http://www.dst.uff.br/revista19-3-2007/6.pdf> . Acesso em: 18 fev. 2014.

RAMOS, Sonia R. T. Silva et al . Meningite bacteriana neonatal agentes etiológicos em 109 casos durante período de dez anos. **Arq. Neuro-Psiquiatr.**, São Paulo , v. 50, n. 3, p. 289-294, set. 1992 . Disponível em

<[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0004-282X1992000300005&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0004-282X1992000300005&lng=pt&nrm=iso)>. acessos em 15 jun. 2018.

<http://dx.doi.org/10.1590/S0004-282X1992000300005>.

REICHERT, Altamira Pereira da Silva; LINS, Rilávia Nayara Paiva; COLLET, Neusa. Humanização do cuidado na UTI Neonatal. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v.9, n.1, 2007. Disponível em: <http://www.fen.ufg.br/revista>. Acesso em: 25 de mar. 2017

ROUQUAYROL, Maria Zelia; ALMEIDA FILHO, Naomar de. **Epidemiologia e saúde**. Rio de Janeiro: Medsi, p.499-513, 2003.

SILVA, Luiza Cristina Franco. **Fisioterapia Motora em prematuros: Uma revisão de literatura**. Universidade Católica de Brasília, 2011.

SILVA, Natália D.; VIEIRA, Maria Rita R. A atuação da equipe de enfermagem na assistência ao recém-nascido de risco em um hospital de ensino. **Arquivos de Ciência da Saúde**, São José do Rio Preto, v. 15, n. 3, p. 110-116, 2008. Disponível em:

<[http://repositorio-racs.famerp.br/racs\\_ol/vol-15-3/IDN273.pdf](http://repositorio-racs.famerp.br/racs_ol/vol-15-3/IDN273.pdf)> Acesso em 16 jun 2018.

SOVIO, Ulla; DIBDEN, Amanda; KOUPIL, Ilona. **Social determinantes of infant mortality in a historical Swedish cohort. Paediatr Perinat Epidemiol**, v.6, n.5 p. 408-420, 2012.

TEIXEIRA, Maria da Glória et al . Seleção das doenças de notificação compulsória: critérios e recomendações para as três esferas de governo. **Inf. Epidemiol. Sus**, Brasília , v. 7, n. 1, p. 7-28, mar. 1998 . Disponível em

<[http://scielo.iec.gov.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-16731998000100002&lng=pt&nrm=iso](http://scielo.iec.gov.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-16731998000100002&lng=pt&nrm=iso)>. acessos em 07 Janeiro 2018.

VIERA, Cláudia Silveira; MELLO Débora Falleiros de. O seguimento da saúde da criança pré-termo e de baixo peso egressa da terapia intensiva neonatal. **Revista Texto & Contexto Enfermagem**, Florianópolis/SC, Jan./Mar, 2009. Disponível em: bases. bireme.br/cgi-bin/.../online/?...p. Acesso em: 20 de mar. 2017.

VIERA, Cláudia Silveira; MELLO, Débora Falleiros de. O seguimento da saúde da criança pré-termo e de baixo peso egressa da terapia intensiva neonatal. **Texto contexto - enferm.**, Florianópolis , v. 18, n. 1, p. 74-82, Mar. 2009 . Disponível em <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-07072009000100009&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072009000100009&lng=en&nrm=iso)>. Acessado em 14 Maio 2018.

## APÊNDICE

Centro Universitário UniEvangélica  
 Professora M<sup>a</sup>. Rosana Mendes Bezerra  
 Curso: Enfermagem  
 Acadêmico: Adriano Vieira Garcia

### Instrumento de coleta de dados

Data: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Número de coleta \_\_\_\_\_

Sexo	Parto	Idade Gestacional	Peso	Residência
<input type="checkbox"/> Masculino	<input type="checkbox"/> Normal	<input type="checkbox"/> < 36 sem 6 d	<input type="checkbox"/> < 999 g	<input type="checkbox"/> Anápolis
<input type="checkbox"/> Feminino	<input type="checkbox"/> Cesárea	<input type="checkbox"/> 37 a 40 sem	<input type="checkbox"/> 1000 a 1499g	<input type="checkbox"/> _____
		<input type="checkbox"/> 41 sem	<input type="checkbox"/> 1500 a 2499g	
			<input type="checkbox"/> > 2500 g	

Diagnóstico	Óbito
	Sexo: Idade Gestacional: Peso: Diagnóstico: Hora: Endereço:

## ANEXO

### Declaração da Instituição coparticipante

Declaramos ciência quanto à realização da pesquisa intitulada “PERFIL EPIDEMIOLOGICO DAS INTERNAÇÕES EM UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA NEONATAL NO INTERIOR DE GOÍAS: 2016-2017” realizada por Adriano Vieira Garcia [driano\\_outlook.com](mailto:driano_outlook.com) (996986597), matriculado no Curso Enfermagem do Centro Universitário UniEvangélica, sob a orientação da professora pesquisadora responsável Mestra Rosana Mendes Bezerra [rosanamamb.hotmail.com](mailto:rosanamamb.hotmail.com) (62 981331546), a fim de desenvolver TCC para obtenção do título bacharel em enfermagem, sendo esta uma das exigências do curso. No entanto, os pesquisadores garantem que as informações e dados coletados serão utilizados e guardados, exclusivamente para fins previstos no protocolo desta pesquisa.

A ciência da instituição possibilita a realização desta pesquisa. Tem como objetivo: Traçar o perfil epidemiológico das internações em UTI neonatal. As fichas são oriundas das notificações realizadas nos serviços de assistência a crianças do município de Anápolis e regiões. Serão disponibilizados pela vigilância Epidemiológica de Anápolis dados já extraídos da ficha do SINAN referente à internação de neonatos, em planilha em formato Excel, oriundos de arquivo de tabulação gerado pelo Sistema de Informação de Agravos de Notificação e tabulados em programa de análise TABWIN. Os pesquisadores não terão acesso direto à ficha de notificação das internações. Serão extraídos do material disponibilizado pela vigilância epidemiológica os dados referentes à idade gestacional, tipo de parto, motivo da internação, a patologia notificada, conforme instrumento de coleta de dados. Será garantido total anonimato quanto à identificação dos sujeitos.

No entanto, poderá ocorrer o risco de constrangimento por parte dos colaboradores da vigilância epidemiológica, como a indisponibilidade imediata dos dados, uma vez que eles serão responsáveis por repassar os dados já tabulados. Estes riscos serão minimizados por meio de conversa e agendamento prévio para a coleta de dados, sendo estipuladas datas adequadas aos pesquisadores e colaboradores para data do repasse dos dados tabulados.

Este estudo é de fundamental importância para que seja avaliado o perfil epidemiológico dos casos de notificação compulsória das internações de neonatos na população de Anápolis.

O conhecimento gerado por essa pesquisa será revertido em benefícios para a sociedade e para futuras vítimas de hospitalização em UTI neonatal, onde se espera com isso, conhecer a situação atual dos casos descritos.

Essas informações poderão contribuir para a elaboração de estratégias em Saúde Pública para minimizar o número de casos, auxiliar no tratamento e acompanhamento das internações, desta maneira será possível efetivamente auxiliar em melhorias na saúde, podendo subsidiar ações de enfrentamento desse agravo no âmbito municipal. Os resultados obtidos poderão ser utilizados pelo Ministério da Saúde na elaboração de recomendações para o Plano Nacional de controle dos casos de notificações compulsórias.

Será um estudo proposto pela Associação Educativa Evangélica, através do Centro Universitário de Anápolis UniEvangélica, pelo curso de Enfermagem. Declaramos que a autorização para realização da pesquisa acima descrita será mediante a apresentação de

parecer ético aprovado emitido pelo CEP da Instituição Proponente, nos termos da Resolução CNS nº. 466/12. Esta instituição esta ciente de suas corresponsabilidades como instituição coparticipante do presente projeto de pesquisa de seu compromisso no resguardo da segurança e bem-estar dos sujeitos de pesquisa nela recrutados, dispondo de infraestrutura necessária para a garantia de segurança e bem-estar.

Anápolis, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

---

Assinatura e carimbo do responsável institucional



## ANEXO II

### Termo de Autorização para Utilização e Manuseio de Dados

Solicitamos autorização para liberação dos dados já tabulados por este setor de Unidade de Terapia Intensiva Neonatal, extraídos de dados já tabulados pelo setor para a realização do projeto PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DAS INTERNAÇÕES EM UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA NEONATAL NO INTERIOR DE GÓIAS: 2016-2017, de minha autoria professora Rosana Mendes Bezerra [rosanamb.enf@hotmail.com](mailto:rosanamb.enf@hotmail.com) (981331546) e desenvolvido pelo acadêmicos Adriano Vieira Garcia [driano\\_outlook.com](mailto:driano_outlook.com) (93952752). Trabalho que tem como objetivo em traçar o perfil epidemiológico das internações em UTI neonatal.

Para a coleta de dados serão disponibilizados pela UTI Neonatal dados já extraídos do livro de admissão e alta da unidade e dos prontuários de neonatos ali hospitalizados, em planilha em formato Excel, oriundos de arquivo de tabulação gerado pelo trabalho estatístico do enfermeiro do referido setor. Os pesquisadores, portanto não terão acesso direto aos prontuários e livro de admissão e alta da unidade. Serão extraídos do material disponibilizado pela uti informativos quanto as patologias que motivam as internações, para que sejam identificados os casos de notificações compulsórias e assim idealizar o perfil sociodemográfico dessas internações, (detalhes no APÊNDICE I do referido projeto). Neste sentido, será garantido total anonimato quanto à identificação dos sujeitos. No entanto, poderá ocorrer o risco de constrangimento por parte dos colaboradores da UTI Neonatal, como a indisponibilidade imediata dos dados, uma vez que eles serão responsáveis por repassar os dados já tabulados. Estes riscos serão minimizados por meio de conversa e agendamento prévio para a coleta de dados, sendo estipuladas datas adequadas aos pesquisadores e colaboradores para data do repasse dos dados tabulados. Este estudo é de fundamental importância para que seja avaliado o perfil epidemiológico das internações de Anápolis. O conhecimento gerado por essa pesquisa será revertido em benefícios para a sociedade e para futuras internações, tendo como priorização um atendimento de qualidade para evitar os óbitos infantis, a fim de conhecer a situação atual dos casos descritos. Essas informações poderão contribuir para a elaboração de estratégias em Saúde Pública e de Internação hospitalar para minimizar o número de casos de internação, possibilitando o diagnóstico prévio e as principais intervenções para redução da hospitalização. Os resultados obtidos poderão ser utilizados pelo Ministério da Saúde na elaboração de recomendações para o Plano Nacional voltado ao paciente crítico.

Será um estudo proposto pela Associação Educativa Evangélica, através do Centro Universitário de Anápolis UniEvangélica, pelo curso de Enfermagem. Será assegurado o sigilo dos dados de identificação de todos os neonatos hospitalizados durante o período de coleta de dados. Os dados coletados serão guardados por período de 5 anos e após serão incinerados, conforme Resolução 466/12.

Os dados coletados irão gerar condições para realização do trabalho de conclusão de curso do discente, onde posteriormente os dados poderão ser apresentados em eventos e revista científica, bem como o desenvolvimento de uma assistência qualificada com a contribuição da equipe multidisciplinar e, protocolos assistenciais garantindo uma eficácia

quanto a internação de neonatos e na redução da taxa de óbitos, por meio de reunião agendada para exposição oral e visual (impresa) do resultado da pesquisa além de esclarecimento de questões que possam surgir durante a exposição do trabalho científico.

Anápolis, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_.

---

Assinatura e Carimbo do Responsável pelos prontuários da Unidade.