

Por que devemos nos preocupar com os bebês a termo internados em uma unidade de terapia intensiva neonatal

Why we should care about full-term infants admitted to a neonatal intensive care unit

Por qué deberíamos preocuparnos por los bebés nacidos a término ingresados en una unidad de cuidados intensivos neonatal

Tais Queiroz Campos Lucas¹, Alexandra Quines Mendelski², Carla Skilhan de Almeida³,
Lais Rodrigues Gerzson⁴

RESUMO | O objetivo deste estudo foi analisar a razão pela qual devemos nos preocuparmos com os bebês a termo internados em uma unidade de terapia intensiva neonatal. Trata-se de estudo documental, descritivo e retrospectivo de 262 recém-nascidos (RNs) a termo. As variáveis utilizadas foram: características dos RN; diagnóstico principal, tempo de permanência e acompanhamento pela equipe multiprofissional; e encaminhamento pós-alta. Houve prevalência do sexo masculino (52%), de Apgar 9 no 5º minuto e da raça/cor branca do RN e da mãe (61,1% e 48,9%, respectivamente). O diagnóstico principal foi a disfunção respiratória (28,8%), e o tempo de permanência foi de oito dias. Houve diferença significativa entre os tempos de permanência ($p=0,013$), em que as doenças cardiorrespiratórias e outras doenças levaram a um menor tempo de internação em relação à má formação ou às doenças maternas. O serviço social foi o mais procurado para o acompanhamento (81,2%) e a fisioterapia, o menos buscado (18%). RNs com maior peso ficaram menos tempo internados, e os acompanhados por fisioterapia apresentaram tempo de permanência mais elevados ($p<0,001$). O principal desfecho foi a alta hospitalar (68,7%) e encaminhamentos para a Unidade Básica de Saúde (57%). Os achados deste estudo apontam a presença de bebês menos graves, baixo número de

estudos específicos para a população a termo e outros diagnósticos que nos remetem a cuidados não intensivos.

Descritores | Nascimento a Termo; Unidade de Terapia Intensiva Neonatal.

ABSTRACT | This study aims to analyze why we should care about full-term newborns admitted to a neonatal intensive care unit. This is a documented, descriptive, and retrospective study of 262 full-term newborns. Variables used: newborns' characteristics; main diagnosis, length of stay, follow-up by a multidisciplinary team; post-discharge referral. Most newborns were boys (52%), had a 5-minute Apgar score of nine, and most newborns and their mothers were white (61.1% and 48.9% respectively). Respiratory dysfunction was the main diagnosis (28.8%). Length of stay was eight days. There was a significant difference regarding length of stay ($p=0.013$), in which those with cardiorespiratory and other diseases stayed less time compared to those with malformation or maternal diseases. The social service was the most sought (81.2%) service, whereas physical therapy the least sought (18%). Newborns with higher weight were hospitalized for less time. Those that underwent physical therapy had longer stay ($p<0.001$). Main outcome was hospital discharge (68.7%) and referrals to the Basic Health Unit (57%). This study outcomes indicated newborns with less severe conditions, low number

Estudo realizado no Hospital Materno Infantil Presidente Vargas (HMIPV).

¹Hospital Materno Infantil Presidente Vargas (HMIPV) – Porto Alegre (RS), Brasil. E-mail: tais-lucas@hotmail.com.

ORCID-0000-0001-8541-4920

²Hospital Materno Infantil Presidente Vargas (HMIPV) – Porto Alegre (RS), Brasil. E-mail: alexandra.mendelski@gmail.com.

ORCID-0000-0001-6782-8054

³Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS) – Porto Alegre (RS), Brasil. E-mail: carlaskilhan@gmail.com.

ORCID-0000-0003-1271-2876

⁴Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS) – Porto Alegre (RS), Brasil. E-mail: gerzson.lais@yahoo.com.br.

ORCID-0000-0002-0911-9820

Endereço para correspondência: Lais Rodrigues Gerzson – Rua Felizardo, 750 – Porto Alegre (RS), Brasil – CEP: 90690-200 – E-mail: gerzson.lais@yahoo.com.br –

Fonte de financiamento: nada a declarar – Conflito de interesses: nada a declarar – Apresentação: 19 nov. 2021 – Aceito para publicação: 7 abr. 2022 –

Aprovado pelo Comitê de Ética: Protocolo nº 3.984.410 (CAAE 29836920.1.0000.5329).

of specific studies for the full-term population, other diagnoses that refer to non-intensive care.

Keywords | Full-Term Birth; Neonatal Intensive Care Unit.

RESUMEN | El objetivo de este estudio fue analizar el motivo de preocupación por los recién nacidos a término ingresados en una unidad de cuidados intensivos neonatal. Se trata de un estudio documental, descriptivo y retrospectivo, realizado con 262 recién nacidos (RN) a término. Las variables utilizadas fueron: características de los RN; diagnóstico principal, tiempo de estancia y seguimiento por el equipo multidisciplinar; y derivación posterior al alta. Hubo predominio del sexo masculino (52%), Apgar 9 al 5º minuto y raza/color blanca del RN y de la madre (61,1% y 48,9%, respectivamente). El principal diagnóstico fue disfunción respiratoria (28,8%), y la estancia hospitalaria fue de ocho días. Hubo una diferencia

significativa entre el tiempo de estancia ($p=0,013$), en que las enfermedades cardiorrespiratorias y otras enfermedades resultaron en una menor estancia hospitalaria con relación a malformaciones o enfermedades maternas. El trabajo social fue el más buscado para el seguimiento (81,2%), y la fisioterapia, el menos buscado (18%). Los RN con mayor peso tuvieron una menor estancia hospitalaria, y aquellos que recibían seguimiento de fisioterapia tuvieron mayor tiempo de estancia ($p<0,001$). El principal desenlace fue el alta hospitalaria (68,7%) y las derivaciones a la Unidad Básica de Salud (57%). Los hallazgos de este estudio apuntan a la presencia de recién nacidos menos graves, un bajo número de estudios específicos para la población a término y otros diagnósticos que nos remiten a cuidados no intensivos.

Palabras clave | Nacimiento a Término; Unidades de Cuidado Intensivo Neonatal.

INTRODUÇÃO

O nascimento – transição da vida fetal para a vida extrauterina – é um processo marcante na vida da mulher e de todos aqueles que estão envolvidos nesse momento¹. Entretanto, durante o nascimento podem acontecer intercorrências que levariam o recém-nascido (RN) a necessitar de cuidados na unidade de terapia intensiva neonatal (UTIN). Os bebês internados na UTIN são caracterizados como bebês de risco, que possuem comorbidades especiais e que, desse modo, estão expostos a situações que demandam maior assistência².

Os riscos de internação na UTIN são classificados em três categorias: habitual, intermediário e alto risco. É considerado um bebê de alto risco aquele exposto à presença de fatores como: prematuridade (nascimento abaixo de 37 semanas de idade gestacional – IG), baixo peso ao nascer (menor ou igual a 2.000 gramas), asfixia grave (Apgar menor que 7 no 5º minuto de vida), desnutrição grave, crescimento e/ou desenvolvimento inadequado intrauterino, doenças de transmissão vertical e triagem neonatal positiva³. Além dos fatores anteriormente citados, o Ministério da Saúde (MS) também considera de alto risco o bebê com baixo nível socioeconômico, história de morte de criança com menos de 5 anos na família, criança explicitamente indesejada, ou com mãe adolescente (idade menor que 20 anos) e com baixa instrução (menos de oito anos de estudo)⁴.

Existe uma gama considerável de estudos e de índices de morbimortalidade neonatal dos bebês de risco, principalmente

dos prematuros⁵. Acredita-se que isso aconteça porque cresce o número de bebês que nascem cada vez mais prematuros e, conseqüentemente, aumentam os riscos de déficits neuromotores, cognitivos, de linguagem, dentre outros, nesta população. Ao realizar uma busca no PubMed por trabalhos publicados nos últimos cinco anos utilizando as palavras “*preterm newborns*” (bebês nascidos prematuros) and “*neonatal intensive care unit*”, encontram-se aproximadamente 3.823 estudos. Ao buscar “*full-term newborns*” (bebês nascidos a termo) and “*neonatal intensive care unit*”, foram encontrados 246. Ou seja, há quase quatro vezes menos investigações voltadas para os bebês a termo na UTIN⁶, e não é porque eles são internados em menor número.

Cerca de 40% de todas as admissões em hospitais da Austrália são preenchidas por bebês a termo⁷. As principais causas estão ligadas a comorbidades respiratórias do RN e necessidade de observação após a ressuscitação neonatal, a iatrogenia, o parto cesáreo, uma alta incidência de indução do parto e doenças da mãe, como diabetes gestacional e hipertensão. No Brasil, também há um número elevado de bebês a termo que são internados na UTIN com peso adequado ao nascer e gravidez sem intercorrências, o que sugere que essas internações poderiam ser evitadas⁸.

Em um estudo prévio sobre o perfil de bebês internados na UTIN, encontrou-se um número expressivo de bebês a termo, o que surpreende, pois esperava-se encontrar um número maior de bebês prematuros. Assim, apareceram os seguintes problemas de estudo: (1) qual é a incidência de internação na UTIN de bebês a termo no hospital em que trabalhamos? (2) Quais as características desses RNs?

(3) O que leva o neonato a termo a permanecer na UTIN? (4) Por que devemos nos preocupar com os bebês a termo na UTIN? (5) Quão de alto risco são os bebês internados nesta unidade? (6) E, quanto a fisioterapia é acionada durante a internação desse bebê a termo? Assim, este estudo teve como objetivo analisar a internação de bebês a termo em uma unidade de terapia intensiva neonatal. Entendemos que cada hospital tenha a sua história de internação de bebês a termo e que os nossos resultados podem não representar o da maioria de outros hospitais, mas o nosso intuito é chamar a atenção dos profissionais da saúde que fazem parte desse cenário e provocar a realização de novas pesquisas sobre essa população.

METODOLOGIA

Desenvolveu-se um estudo documental, descritivo e retrospectivo, com amostra não probabilística, de modo que participaram da pesquisa todos os bebês que satisfaziam os critérios de inclusão. Este estudo faz parte do projeto intitulado “Análise do perfil sociodemográfico do bebê de risco em um hospital público de Porto Alegre”, que realizou o cálculo do tamanho da amostra por meio do software *WinPEPI* versão 11.43. Para um nível de confiança de 95%, margem de erro de 5% e uma estimativa populacional de aproximadamente 600 bebês internados na UTIN, obteve-se um total mínimo de 242 prontuários de RNs a termo.

Entre os meses de janeiro de 2019 e maio de 2020, foram internados 479 bebês no Hospital Materno Infantil Presidente Vargas (HMIPV), em Porto Alegre (RS), hospital público referência no atendimento à gestação de alto risco. Neste período foram contabilizados 262 bebês a termo (54,6%) e 217 bebês prematuros (45,4%).

Foram incluídos no estudo todos os bebês nascidos com mais de 37 semanas gestacionais internados na UTIN no período estipulado. Foram excluídos da pesquisa bebês cujos prontuários: (1) não tinham registro da IG; ou (2) não foram localizados no Sistema de Informação Hospitalar (SIHO), que efetua a identificação do paciente e registra todas as informações do seu atendimento.

Primeiramente, foram selecionados os bebês que atendiam os critérios de inclusão. Visando responder ao objetivo deste estudo, buscou-se conhecer esse RN. Para isso, três blocos de variáveis foram organizados: (1) características: sexo, IG, peso do bebê, tipo de parto, raça/cor do bebê, Apgar no 1º e no 5º minuto, idade e raça/cor da mãe, número de consultas pré-natais; (2) o que leva à internação do neonato a termo na UTIN:

diagnóstico principal, tempo de permanência na UTIN e acompanhamento pela equipe multiprofissional ao longo da internação, o que responde à questão do quanto a fisioterapia é acionada durante a internação do bebê a termo na UTIN; e (3) encaminhamentos pós-alta: principais desfechos resultantes da internação e principais tipos de encaminhamentos pós-alta hospitalar.

As informações foram analisadas após serem armazenadas em um banco de dados pela equipe de coletores (residentes fisioterapeutas). As análises foram realizadas no software *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS) versão 21.0, utilizando estatística descritiva e inferencial. As variáveis quantitativas foram descritas por média e desvio-padrão ou mediana e amplitude interquartilica. As variáveis categóricas foram descritas por frequências absolutas e relativas. Para avaliar a associação entre as variáveis numéricas e o tempo de permanência na UTIN, utilizou-se o teste de correlação de Spearman.

Para calcular tal associação, os principais diagnósticos foram organizados em seis grupos: cardiorrespiratório, social, neurológico, doenças da mãe, má formação do bebê e outros. Para o grupo cardiorrespiratório, incluíram-se os diagnósticos de: aspição de mecônio, cardiopatia, cianose, displasia broncopulmonar, taquipnéia, tuberculose, broncopneumonia, sofrimento fetal agudo, hipertensão pulmonar persistente do recém-nascido, doença da membrana hialina e bradicardia. Para o grupo social: baixa social e exposição a substâncias psicoativas e químicas. No grupo neurológico: asfixia, convulsão, hidrocefalia, anencefalia, encefalocele, microcefalia, meningomielocle, tremores, investigação de fratura de crânio, ventriculomegalia, malformação cerebral, acrania e agenesia do corpo caloso. No grupo de doenças da mãe: exposição a herpes, sífilis, restrição de crescimento intrauterino, eclampsia, citomegalovírus congênita, oligodrâmnio, exposição ao vírus da imunodeficiência humana (HIV), isoimunização e placenta prévia. Para má formação: fístula, genitália ambígua, hiperplasia adrenal congênita, malformação, onfalite, hemangioma torácico, hemorragia gastrointestinal, hérnia diafragmática, lábio leporino, obstrução intestinal, onfalocele, osteogênese imperfeita, ureterocle, micrognatia e gastrosquise. Entre outros fatores, destacam-se: síndromes genéticas, baixo peso, hipoglicemia, hipotireoidismo, icterícia, sepse, tocotraumatismo, pequeno para idade gestacional, infecção urinária, anemia fetal e hipertermia.

Na comparação de medianas, os testes de Mann-Whitney e Kruskal-Wallis em conjunto com Dunn foram aplicados. O nível de significância adotado foi de 5% ($p < 0,05$).

RESULTADOS

Foram analisados 262 bebês a termo provenientes da UTIN. Na descrição das características dos bebês nascidos a termo que permaneceram na UTIN predominou o sexo masculino, com 52%; média e desvio-padrão (média±DP) da IG em semanas de 39,1±1,3; peso ao nascer de 3.191±539 em gramas; parto vaginal, com 55,3%; raça/cor do RN branca, com 61,1%; mediana (P25-P75) de Apgar no 5º minuto de 9 (8-9); média±DP da idade materna em anos de 30,1±12,8; raça/cor da mãe branca, com 48,9%; e mediana do número de consultas (P25-P75) de 7 (4-11).

A Tabela 1 mostra os motivos pelos quais os bebês a termo foram internados na UTIN, predominando a disfunção respiratória como principal diagnóstico, seguidos pela icterícia e exposição a substância psicoativa/exposição a substância química (ESP/ESQ) durante a gestação. Os seguintes diagnósticos não foram incluídos na tabela por terem sido encontrados em menor quantidade: baixo peso, convulsão e taquipneia (somando-se três bebês cada); aspiração de mecônio, exposição materna a herpes e sífilis (dois bebês cada); gemência, genitália ambígua, hiperplasia adrenal congênita, hipotireoidismo, onfalite, queda, tuberculose, tocotraumatismo, obstrução infantil, bradicardia, gastroquise, investigação de fratura de crânio e síndrome genética (um bebê cada). Normalmente, bebês de menor gravidade são internados em unidades intermediárias, mas todos esses se encontravam na UTIN.

A mediana do tempo de permanência dos RNs na UTIN foi de oito dias. A Figura 1 mostra o tempo de permanência conforme agrupamentos de diagnóstico principal. Houve diferença estatisticamente significativa entre os tempos de permanência para diferentes diagnósticos (p=0,013), sendo que os pacientes com doenças cardiopulmonares ou outras doenças apresentaram tempos significativamente menores do que aqueles com má formação ou que foram internados por problemas relacionados a doenças da mãe.

Chama a atenção o número de bebês de baixo nível socioeconômico, em que a família não consegue manter o bebê com saúde ou não tem condições de recebê-lo em casa após a alta⁹. Assim, o serviço social foi o núcleo mais utilizado (81,2%), enquanto a fisioterapia o menos (18%).

Houve associação estatisticamente significativa inversa, porém fraca (r=-0,136 e p=0,028), entre o peso ao nascer e o tempo de permanência hospitalar, sendo que bebês com maior peso ficaram menos tempo internados (Tabela 2).

O tempo de permanência não se associou significativamente ao tipo de parto (p=0,454). Os bebês acompanhados por

estimulação precoce e fisioterapia apresentaram tempo de permanência na UTIN significativamente mais elevados do que os demais acompanhamentos (p<0,001), conforme a Tabela 3. Não houve associação estatisticamente significativa entre a fisioterapia e os diagnósticos (p=0,788).

O principal desfecho resultante da internação foi a alta hospitalar, e o principal tipo de encaminhamento pós-alta hospitalar foi o não especializado para a Unidade Básica de Saúde (UBS) (Tabela 4).

Tabela 1. Diagnóstico principal, permanência dos bebês a termo e acompanhamento multiprofissional na unidade de terapia intensiva neonatal

| Variáveis | n=262 |
|---|------------|
| Diagnóstico principal - n (%) | |
| Disfunção respiratória | 76 (28,8) |
| Icterícia | 32 (12,1) |
| ESP/ESQ | 29 (11,0) |
| Sepse | 23 (8,7) |
| Baixa social | 22 (8,3) |
| Hipoglicemia | 10 (3,8) |
| Asfixia | 9 (3,4) |
| Malformação não cerebral | 9 (3,4) |
| Malformação cerebral | 8 (3,0) |
| Cianose | 7 (2,7) |
| Taquipneia | 5 (1,9) |
| Tempo de permanência na UTIN (dias) - mediana (P25-P75) | 8 (3-12) |
| Acompanhamento por EM ao longo da internação (n=250; 95,4%) - n (%) | |
| Serviço social | 203 (81,2) |
| Fonoaudiologia | 193 (77,2) |
| Psicologia | 188 (75,2) |
| Nutrição | 168 (67,2) |
| Estimulação precoce | 25 (10,0) |
| Fisioterapia | 18 (7,2) |

UTIN: unidade de terapia intensiva neonatal; ESP/ESQ: exposição a substância psicoativa/exposição a substância química; baixa social: baixo nível socioeconômico, em condições nas quais a família não consegue manter o bebê; EM: equipe multidisciplinar.

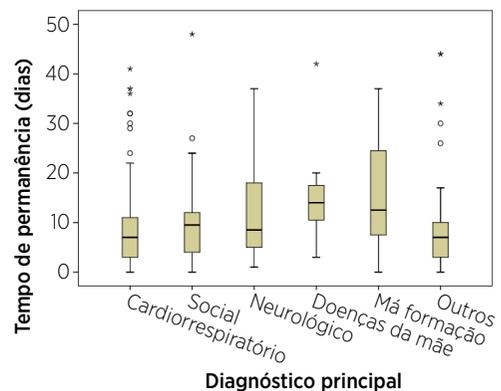


Figura 1. Tempo de permanência conforme agrupamentos de diagnóstico principal

A linha dentro da caixa representa a mediana, os limites inferior e superior da caixa representam os percentis 25 e 75, respectivamente. As barras de erro inferior e superior representam os valores mínimo e máximo esperados os círculos e asteriscos os valores extremos da amostra.

Tabela 2. Associação entre tempo de permanência, peso, idade gestacional e Apgar

| Variáveis | Tempo de permanência | |
|-----------|--|-------|
| | Coefficiente de correlação de Spearman | p |
| Peso | -0,136 | 0,028 |
| IG | -0,013 | 0,837 |
| Apgar | | |
| 1º minuto | -0,097 | 0,119 |
| 5º minuto | -0,026 | 0,674 |

IG: idade gestacional.

Tabela 3. Tempo de permanência conforme tipo de acompanhamento por equipe multidisciplinar ao longo da internação

| Acompanhamentos | Tempo de permanência mediana (P25-P75) |
|---------------------|--|
| Serviço social | 9 (5-12) |
| Fonoaudiologia | 9 (4-12) |
| Psicologia | 9 (5-12) |
| Nutrição | 9 (5-14) |
| Estimulação precoce | 15 (8-33) |
| Fisioterapia | 30 (20-39) |

Tabela 4. Desfechos e acompanhamentos pós-alta hospitalar

| Variáveis | n=262 |
|---|------------|
| Desfechos - n (%) | |
| Alta hospitalar | 180 (68,7) |
| Transf para outros hospitais | 26 (9,9) |
| Alojamento conjunto | 24 (9,2) |
| Óbito | 8 (3,1) |
| Acolhimento institucional | 6 (2,3) |
| Transf ped | 4 (1,5) |
| Transf UTI ped | 2 (0,8) |
| Não informado | 12 (4,6) |
| Encaminhamentos pós-alta (n=214; 81,7%) - n (%) | |
| Especializados - n (%) | |
| Amb egressos* | 30 (14,0) |
| Amb fonoaudiologia | 28 (13,1) |
| Ministério público | 22 (10,3) |
| Amb ped | 14 (6,5) |
| Amb cirurgia | 9 (4,2) |
| Conselho tutelar | 8 (3,7) |
| Amb fisioterapia | 6 (2,8) |
| Neurologista | 5 (2,3) |
| Cardiologista | 5 (2,3) |
| Estimulação precoce | 5 (2,3) |
| Não especializados - n (%) | |
| UBS | 122 (57,0) |
| Alojamento conjunto | 15 (7,0) |

Transf: transferência; UTI: unidade de terapia intensiva; ped: pediátrica; amb: ambulatório; UBS: Unidade Básica de Saúde; *serviço médico apenas.

DISCUSSÃO

Este estudo investigou a razão pela qual devemos nos preocupar com os bebês a termo internados em uma UTIN, já que, apesar de grande parte dos estudos focarem nos prematuros, a incidência de internação de RNs a termo é, muitas vezes, maior. Os achados desta pesquisa podem contribuir para tomadas de decisões futuras em diversos campos, como o da gestão hospitalar.

A amostra revelou a prevalência do sexo masculino, justificada pela maior probabilidade desses bebês terem uma maturação mais lenta durante o crescimento fetal em comparação ao sexo feminino¹⁰. Referente à declaração de raça/cor do bebê e da mãe, predominou a branca, característica da população do estado do Rio Grande do Sul, por ser uma região do país com história de colonização europeia¹¹. A nível nacional, São Paulo fica com 32% dos RNs internados de cor branca, Rio de Janeiro com 7,2%, Pernambuco com 2,7% e Bahia com 1,6%^{12,13}.

Os dados perinatais demonstraram que o parto vaginal foi o tipo predominante, embora a via cesariana tenha se mostrado bastante expressiva. A Organização Mundial da Saúde (OMS) recomenda que a cesariana seja praticada em apenas 15% dos nascimentos¹⁴. Assim, ações devem ser implementadas para estimular a prática mais frequente de partos espontâneo⁴. Chamou a atenção que a mediana de Apgar apresentou índices dentro da normalidade (7 a 10 pontos), o que aponta a presença de bebês menos graves, fora da categoria do alto risco, pois o índice de Apgar é um preditor do nível de assistência que será oferecido ao RN nos seus primeiros minutos de vida⁵.

A média de idade das mães foi de 26,4 (DP±7,1) anos. Esse dado corrobora a literatura, que indica que a maioria das mães de RNs prematuros ou a termo tem entre 20 e 35 anos⁵. Quanto ao pré-natal, que se configura como um importante componente da atenção à saúde das mulheres no período gravídico, os resultados apresentaram uma média de sete consultas, corroborando os achados de Santos et al.¹⁵, que obtiveram resultados similares. É recomendado pelo MS e pelo Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento (PHPN) a realização de, no mínimo, seis consultas de acompanhamento pré-natal, sendo preferencialmente uma no primeiro trimestre de gestação, duas no segundo e três no terceiro^{16,17}. Em consonância com o MS, neste estudo a maioria das puérperas iniciou o pré-natal no período adequado e realizou mais de sete consultas.

Quanto aos motivos pelos quais os bebês a termo foram internados, os achados deste estudo apontam que

a disfunção respiratória é o mais prevalente, seguida por icterícia e internação por ESP/ESQ. A disfunção respiratória pode ser causada por diferentes patologias ou mesmo pela necessidade de adaptação rápida do RN ao ambiente extrauterino¹².

Corroborando os achados supracitados, alguns estudos^{7,18,19} relatam que metade da população de bebês internados na UTIN é de bebês a termo que necessitam de cuidados de ventilação mecânica (VM), cuja internação se deve a motivos respiratórios, que, porém, não é a população escolhida para a pesquisa¹⁹. Chowdhury; Greenough¹⁹ procuraram em seu estudo protocolos de desmame e VM para RNs a termo, no entanto, reforçaram que a maioria dos relatos são direcionadas à população de prematuros.

Embora sejam RNs a termo, o baixo peso da amostra associou-se com maior tempo de internação, sendo o ganho de peso um pré-requisito para a alta²⁰. Já Rohinath et al.²¹, em um estudo sobre admissões de bebês pesando mais de 2.500g na UTIN, verificaram que a porcentagem de bebês a termo foi de 54% de todas as admissões na UTIN e, desses, 12,8% não exigiam cuidados de alto nível, sendo consideradas internações potencialmente evitáveis.

Porém, ao associar o tempo de permanência dos bebês a termo às causas de internação, as respiratórias e outros diagnósticos são os que levam a um menor tempo de internação; já as doenças maternas e a má formação levam a um maior tempo de internação. A má formação requer procedimentos cirúrgicos de correção, demandando mais tempo. Isso nos faz questionar se RNs com problemas respiratórios são bebês que necessitam de UTIN, UTI intermediária ou semi-intensiva, indo ao encontro de Alkiaat et al.⁷, que fazem o mesmo questionamento.

Outros diagnósticos que remetem a cuidados não intensivos seriam: icterícia neonatal, ESP/ESQ, baixa social e hipoglicemia, que tiveram grande prevalência na nossa amostra, mas que poderiam ser assistidos em unidades intermediárias. Não se pode afirmar que esses RNs sejam de alto risco ou de risco intermediários, mas que necessitam de menos tecnologias e mais avaliações/observações do seu desenvolvimento a longo prazo. Essa unidade intermediária poderia gerar menos custo ao hospital⁷.

Por exemplo, bebês com diagnóstico de internação por ESP/ESQ ou que apresentem baixa social, isto é, que não vão embora com a mãe biológica, ratificam o grau de vulnerabilidade da população atendida, o que explica o porquê de o serviço social ser o que mais realizou acompanhamentos junto ao binômio mãe-bebê. Isso pode estar relacionado com a acolhida social e o rastreamento de demandas emergentes com todas as puérperas que têm bebês internados na UTIN,

não havendo necessidade de prescrição médica para a atuação dessa equipe. Além disso, o serviço social é responsável pela avaliação das realidades sociais apresentadas pelas famílias e/ou rede de apoio, como estabelece o Estatuto da Criança e Adolescente no art. 12²².

O estudo trouxe um dado alarmante: apenas 7% dos RNs a termo da UTIN foram assistidos pela equipe de fisioterapia, revelando a necessidade de uma triagem de todas as especialidades a fim de garantir um fluxo de assistência adequada a esses neonatos. Esse dado, entretanto, pode ser uma característica específica do hospital onde foi realizada a pesquisa. A inserção do fisioterapeuta na UTIN brasileira está embasada na legislação vigente²³ e um estudo mais detalhado deve ser realizado para verificar porque este profissional é pouco solicitado. Visto isto, verificou-se que os bebês que ficam internados por mais tempo são os que mais necessitam de fisioterapia. Como neste hospital a fisioterapia depende de prescrição médica e o tempo de permanência é curto, muito provavelmente isso influencia na pouca demanda por esse núcleo profissional.

Predominaram os encaminhamentos pós-alta para a UBS. Nessa modalidade de cuidado, torna-se importantíssima a presença do tripé equipe-família-comunidade em prol de um seguimento que envolva ações de prevenção, cura, reabilitação e promoção da saúde da criança na Atenção Primária à Saúde²⁴.

Os encaminhamentos para serviços especializados foram poucos e para especialidades distintas. Para os bebês que receberam atendimento na UTIN, sugere-se um serviço de *follow-up* de caráter multiprofissional, excelente ferramenta no acompanhamento e na avaliação do desenvolvimento dos RNs. O programa é um seguimento longitudinal sistematizado que deve ser formado por equipes multidisciplinares responsáveis por acompanhar o bebê de risco, auxiliando na identificação e prevenção de doenças⁴. Muitos desses *follow-up* se direcionam apenas para bebês prematuros.

Portanto, vamos na mesma direção de Alkiaat et al.⁷, que encontraram que 90% dos bebês internados na UTIN não necessitavam de tratamento intensivo. Eles sugerem que possíveis modificações nos protocolos e cuidados na internação podem resultar em uma diminuição nas taxas de admissão dos RNs a termo nas UTIN, como também na organização de um local semi-intensivo para que o bebê fique internado com sua mãe, diminuindo os gastos com um tratamento intensivo e fortalecendo o vínculo mãe-bebê. A internação do RN a termo na UTIN causa surpresa para toda a família, que não está preparada para

isso. Porém, como relatam Rohininath et al.²¹, a internação de bebês a termo pode ser evitada, principalmente em casos de doenças secundárias relacionadas às doenças maternas e a razões sociais.

Então por que devemos nos preocupar com os bebês a termo na UTIN? Baseados na literatura, pensamos em cinco respostas plausíveis a esta pergunta. (1) Porque é grande o número de bebês a termo internados na UTIN que poderiam ser direcionados a uma unidade intermediária, por exemplo aqueles com disfunção ventilatória sem uso de VM, com icterícia, expostos à substância psicoativa/química, internados por baixa social, com hipoglicemia, entre outros. (2) Mostrar para os gestores o que pode ser modificado, ou seja, quais os diagnósticos de internação que podem recolocar o bebê em cuidado semi-intensivo, como já sugerimos no item anterior. (3) Bebês não elegíveis para permanência na UTIN podem custar menos aos cofres públicos/privados, além de evitar que eles sejam retirados do lado da família. (4) Nos casos de bebês com baixa social, realizar projetos de acolhimentos dentro do hospital para o seu provável lar após a alta (família biológica, lar adotivo ou abrigos). (5) Aumentar o número de investigações relacionados aos bebês a termo, visto que ainda são poucas quando comparadas às relacionadas a população prematura, havendo quatro vezes mais pesquisas com a última.

Este estudo trouxe grandes questionamentos para futuras pesquisas, mas algumas limitações devem ser consideradas. A dificuldade de obter informações nos prontuários analisados, que não continham dados relevantes sobre as características sociodemográficas, sociais, maternas (principalmente as gestacionais, como internação prévia, principais complicações e infecções, que poderiam justificar os diagnósticos de internação dos bebês) e paternas. Além disso, materiais de anos anteriores não puderam ser analisados devido à recente informatização do sistema e à falta de pessoas específicas para a atualização dos cadastros a fim de facilitar o mapeamento mais fidedigno. Os dados aqui coletados são referentes ao HMIPV, tendo uma limitação de validade externa, mas representando uma importante contribuição para a melhora de serviços semelhantes.

CONCLUSÃO

Os achados deste estudo propõem investigar mais a população de bebês a termo internados na

UTIN. Os resultados indicam que eles precisam menos dessa unidade do que realmente acontece. As características que mais chamaram a atenção é que a amostra apresenta um bom Apgar no 5º minuto, o que prediz um nível inicial menor de assistência. As mães estão conseguindo realizar os pré-natais conforme recomenda o MS. Também se observou uma população vulnerável, sendo o serviço social o núcleo que mais os acompanha. A disfunção ventilatória foi o diagnóstico mais encontrado no bebê a termo e o tempo de permanência na UTIN foi curto. Sugere-se adotar uma melhor avaliação para vários diagnósticos principais, que poderiam levar à internação em uma UTI intermediária, por exemplo, para casos de icterícia e baixa social. O fisioterapeuta é o profissional menos chamado para acompanhar os RNs a termo na UTIN e, em contrapartida, é o que permanece por mais tempo com aqueles RNs que ficam por um período mais longo. O encaminhamento para serviço não especializado, especificamente a UBS, foi a mais significativa. Novas pesquisas com essa população são necessárias, considerando essas internações potencialmente evitáveis e buscando enxergar essa internação sob um novo prisma, priorizando o convívio maior do bebê com sua família em cuidados semi-intensivos.

REFERÊNCIAS

1. Naidon AM, Neves ET, Silveira A, Ribeiro CF. Gestacion, delivery, birth and hospitalization of newborns in neonatal intensive therapy: mother's report. *Texto Contexto Enferm.* 2018;27(2):e5750016. doi: 10.1590/0104-070720180005750016.
2. Molini-Avejonas DR, Rondon-Melo S, Batista ER, Souza AC, Dias DC, Samelli AG. Primary Health Care as a guide for assistance to infants at risk of neurodevelopmental disorders. *CoDAS.* 2018;30(3):e20170064. doi: 10.1590/2317-1782/20182017064.
3. Devincenzi UM, Schraiber LB. Óbitos neonatais em região de alta vulnerabilidade do Município de Santos, São Paulo, Brasil: examinando questões assistenciais na perspectiva das mulheres. *Cad Saude Publica.* 2019;35(9):e00081718. doi: 10.1590/0102-311x00081718.
4. Formiga CKMR, Silva LP, Linhares MBM. Identification of risk factors in infants participating in a Follow-up program. *Rev CEFAC.* 2018;20(3):333-41. doi: 10.1590/1982-021620182038817.
5. Freitas PF, Araújo RR. Prematuridade e fatores associados em Santa Catarina, Brasil: análise após alteração do campo idade gestacional na Declaração de Nascidos Vivos. *Rev Bras Saude Mater Infant.* 2015;15(3):309-16. doi: 10.1590/S1519-38292015000300006.
6. Tacchino C, Impagliazzo M, Maggi E, Bertamino M, Bianchi I, Campone F, et al. Spontaneous movements in the newborns: a tool of quantitative video analysis of preterm babies. *Comput*

- Methods Programs Biomed. 2021;199:105838. doi: 10.1016/j.cmpb.2020.105838.
7. Alkiaat A, Hutchinson M, Jacques A, Sharp MJ, Dickinson JE. Evaluation of the frequency and obstetric risk factors associated with term neonatal admissions to special care units. *Aust N Z J Obstet Gynaecol.* 2013;53(3):277-82. doi: 10.1111/ajo.12070.
 8. Almeida MFB, Kawakami MD, Moreira LMO, Santos RMV, Anchieta LM, Guinsburg R. Early neonatal deaths associated with perinatal asphyxia in infants • 2500 g in Brazil. *J Pediatr (Rio J).* 2017;93(6):576-84. doi: 10.1016/j.jped.2016.11.008.
 9. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Linha de cuidado para a atenção integral à saúde de crianças, adolescentes e suas famílias em situação de violências: orientação para gestores e profissionais de saúde [Internet]. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2014 [cited 2021 Nov 16]. Available from: <http://biblioteca.cofen.gov.br/wp-content/uploads/2016/02/Linha-de-cuidado-para-a-atencao-integral-a-saude-de-criancas-adolescentes-e-suas-familias-em-situacao-de-violencias.pdf>
 10. Leite YSCO, Giuliano ECN, Dias SA Jr, Silva MS, Terra FS, Ribeiro PM. Conhecimento de discentes do curso de graduação em medicina sobre vias de parto. *Rev Bras Educ Med.* 2020;44(4):e167. doi: 10.1590/1981-5271v44.4-20200223.
 11. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Censo demográfico: tabela 3175 – população residente, por cor ou raça, segundo a situação do domicílio, o sexo e a idade [Internet]. Rio de Janeiro: IBGE; [cited 2021 Nov 20]. Available from: <https://sidra.ibge.gov.br/Tabela/3175#resultado>
 12. Pacheco VC, Silva JC, Mariussi AP, Lima MR, Silva TR. The influences of race/color on unfavorable obstetric and neonatal outcomes. *Saude Debate.* 2018;42(116):125-37. doi: 10.1590/0103-1104201811610.
 13. Brasil. Ministério da Saúde. DATASUS. Nascidos vivos – Brasil [Internet]. Brasília, DF: Ministério da Saúde; [cited 2021 Nov 16]. Available from: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sinasc/cnv/nvuf.def>
 14. Organização Mundial da Saúde. Declaração da OMS sobre taxas de cesárea [Internet]. Genebra: OMS; 2015 [cited 2021 Nov 3]. Available from: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/161442/WHO_RHR_15.02_por.pdf?sequence=3
 15. Santos LAV, Lara MO, Lima RCR, Rocha AF, Rocha EM, Glória JCR, et al. História gestacional e características da assistência pré-natal de puérperas adolescentes e adultas em uma maternidade do interior de Minas Gerais, Brasil. *Cien Saude Colet.* 2018;23(2):617-25. doi: 10.1590/1413-81232018232.10962016.
 16. 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 [Internet]. 2011 [cited 2021 Nov 16];1:109. Available from: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1459_24_06_2011.html
 17. Brasil. Ministério da Saúde. Humanização do parto: programa de humanização no pré-natal e nascimento [Internet]. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2002 [cited 2021 Nov 16]. Available from: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/parto.pdf>
 18. Solberg MT, Solevåg AL, Clarke S. Optimal conventional mechanical ventilation in full-term newborns: a systematic review. *Adv Neonatal Care.* 2018;18(6):451-61. doi: 10.1097/ANC.0000000000000525.
 19. Chowdhury O, Greenough A. Neonatal ventilatory techniques – which are best for infants born at term. *Arch Med Sci.* 2011;7(3):381-7. doi: 10.5114/aoms.2011.23400.
 20. Silva RMM, Zilly A, Ferreira H, Pancieri L, Pina JC, Mello DF. Factors related to duration of hospitalization and death in premature newborns. *Rev Esc Enferm USP.* 2021;55:e03704. doi: 10.1590/S1980-220X2019034103704.
 21. Rohininath T, O'Connell LA, Sheehan K, Corcoran D, Matthews TG, Clarke TA. Workload and short-term outcome of babies weighing 2,500 grams or more at birth admitted to the paediatric unit of the Rotunda Hospital. *J Matern Fetal Neonatal Med.* 2005;17(2):139-43. doi: 10.1080/1476705040002964018.
 22. Brasil. Estatuto da Criança e do Adolescente: Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990 [Internet]. Brasília, DF: Ministério da Mulher, da Família e dos Direitos Humanos; 2019 [cited 2021 Nov 21]. Available from: <https://www.gov.br/mdh/pt-br/centrais-de-conteudo/crianca-e-adolescente/estatuto-da-crianca-e-do-adolescente-versao-2019.pdf>
 23. Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional (BR). Acórdão nº 472, de 20 de maio de 2016: dispõe sobre o trabalho do Fisioterapeuta no período de 24 horas em CTIs [Internet]. Brasília, DF: COFFITO; 2016 [cited 2021 Nov 11]. Available from: <https://www.coffito.gov.br/nsite/?p=5069>
 24. Santos NCCB, Toso BRGO, Collet N, Reichert APS. Family-centeredness and community orientation according to three child health care models. *Acta Paul Enferm.* 2016;29(6):610-7. doi: 10.1590/1982-0194201600086.