



**UNIVERSIDADE ESTADUAL DO PIAUÍ- UESPI
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
CURSO DE BACHARELADO EM ENFERMAGEM**



MARIANNA SOARES CARDOSO

**CARACTERIZAÇÃO CLÍNICO-EPIDEMIOLÓGICA DAS ADMISSÕES NA
UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA NEONATAL DE UMA MATERNIDADE
PÚBLICA**

TERESINA

2022

MARIANNA SOARES CARDOSO

**CARACTERIZAÇÃO CLÍNICO-EPIDEMIOLÓGICA DAS ADMISSÕES NA
UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA NEONATAL DE UMA MATERNIDADE
PÚBLICA**

Trabalho de Conclusão de Curso
apresentado à Coordenação de
Enfermagem como parte dos requisitos
necessários à obtenção do Grau de
Bacharel em Enfermagem.

Orientador: Prof. Ms José Francisco
Ribeiro

**TERESINA
2022**

C268c Cardoso, Marianna Soares.

Caracterização clínico-epidemiológica das admissões na
unidade de terapia intensiva neonatal de uma maternidade
pública. / Marianna Soares Cardoso. - 2022.

47f.

Monografia (graduação) –CCS, Facime, Universidade Estadual
do Piauí-UESPI, Campus Torquato Neto, Curso de Bacharelado
em Enfermagem, Teresina-PI, 2022.

“Orientador: Prof. MSc. José Francisco Ribeiro.”

- 1. Gestantes. 2. Puérperas. 3. Neonatos. 3. Crianças.
- 4. Enfermagem neonatal. I. Título.

CDD: 610.73

MARIANNA SOARES CARDOSO

**CARACTERIZAÇÃO CLÍNICO-EPIDEMIOLÓGICA DAS ADMISSÕES NA
UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA NEONATAL DE UMA MATERNIDADE
PÚBLICA**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à Coordenação de Enfermagem como parte dos requisitos necessários à obtenção do Grau de Bacharel em Enfermagem.

Aprovado em 03 / 10 / 2022

BANCA EXAMINADORA

José Francisco Ribeiro

Prof. Ms: José Francisco Ribeiro

Universidade Estadual do Piauí – UESPI

Presidente

Mauro Roberto Biá da Silva

Prof. Dr. Mauro Roberto Biá da Silva

Universidade Estadual do Piauí – UESPI

1º Examinador

Sandra Marina

Prof. Sandra Marina Gonçalves Bezerra

Universidade Estadual do Piauí – UESPI

2º Examinador

A Deus, pelo sustento e capacitação e aos meus irmãos, pais e amigos pelo apoio e torcida.

AGRADECIMENTO

À Deus pela minha vida, e por me ajudar a ultrapassar todos os obstáculos encontrados ao longo dessa caminhada e me permitir chegar até aqui.

Aos meus pais Maria José e Antônio Francisco, por cada oração realizada, por serem sempre meus maiores incentivadores, por tornarem essa caminhada mais leve e cheia de amor, carinho, paciência, sem vocês eu não teria conseguido.

Aos meus irmãos Maria Luísa, Anna Letícia e Marcos Antônio por toda oração, paciência, carinho, amor e apoio durante esses 5 anos de curso. Vocês são a minha vida e eu me alegro e sou grata a Deus por ter a oportunidade de ter vocês nela. Eu sempre peço a Deus que vocês nunca deixem de me amar, por que meus amores, enquanto houver tempo e vida para amar vocês, eu garanto que da minha parte, amor não vai faltar.

A minha avó Luiza Cardozo por sempre acreditar em mim e me apoiar e encorajar nessa caminhada.

A Ludimila Vieira, Iara Maria, Sandy Soares, Yanneck Barbosa, em nome da minha família de amigos em Floriano, por serem sempre tão presentes e tornarem os momentos difíceis mais fáceis, por sempre me apoiarem e me incentivarem.

A minha prima Tatiane por ser meu exemplo de dedicação aos estudos e por ter me presenteado com meu afilhado, Pedro George, no meio dessa trajetória. Uma das minhas maiores alegrias.

A Érika Dias por ter sido o meu apoio emocional o tempo todo. Por sempre me incentivar a levantar a cabeça e seguir em frente. Por sempre me lembrar o quanto eu era capaz de passar por qualquer dificuldade. Por ter colocado o Davi Lucas em nossas vidas. O sentimento de alegria ao me envolver com as coisas dele, ocupou meu coração em vários momentos e impediu que o sentimento de medo e angústia encontrasse espaço.

As minhas amigas de turma Andreza, Eduarda, Maria Clara e Palloma por toda a história que compartilhamos ao longo dessa jornada, vocês tornaram a caminhada mais leve. E em especial a Lilian que foi uma companheira nos melhores e piores momentos, abraçando comigo cada oportunidade e não me deixando fraquejar.

Ao meu orientador, por toda paciência, dedicação e esforço para que os objetivos desse trabalho fossem alcançados. Aos professores do curso por todo conhecimento compartilhado de maneira tão excelente nesses anos de formação.

*Consagre ao Senhor tudo o que
você faz, e os seus planos serão bem
sucedidos.*

Provérbios 16:3 - Bíblia Sagrada

RESUMO

Introdução: As Unidades de Terapias Intensivas Neonatais (UTIN) foram desenvolvidas com a finalidade de proporcionar cuidados ao neonato de nascimento precoce, com a renovação dos tempos, essas unidades foram evoluindo em termos de assistência e passaram a também acomodar recém-nascidos(RN's) com outras necessidades de cuidados, contudo, a evolução tecnológica e científica tem sido essencial para o acréscimo das cotas de sobrevida dessa população, com o surgimento de equipamentos modernos, como incubadoras, sensores para frequências cardíacas e respiratórias, monitores da saturação de oxigênio e outros aparelhos de última geração.

Objetivos: Analisar o perfil clínico epidemiológico dos neonatos admitidos em uma UTIN de alto risco de uma maternidade pública.

Métodos: Trata-se de um estudo quantitativo retrospectivo descritivo, constituído de uma amostra de 200 portuários de neonatos admitidos em uma UTIN de alto risco, institucionalizado em uma maternidade pública de referência. Investigou-se prontuários no mês de junho no ano de 2022 por meio de formulário estruturado contendo as variáveis do estudo referente ao período de dezembro de 2020 a dezembro de 2021. Foram posteriormente digitados em planilha Excel e exportados para programa de análise estatística. **Resultados:** A amostra constituiu-se de neonatos femininos (50,5%), prematuros (36,0%) e de baixo peso ao nascimento (64,5%), medindo entre 39 e 45 cm de comprimento (32,0%), entre 28 e 36 cm (45%) e 22 e 29 cm (37,0%) de perímetro cefálico e torácico respectivamente, com Apgar adequados no 1º e 5º (39,5% e 85,0% respectivamente). Suas genitoras constituíram-se de adultas jovens com idades entre 24 e 29 anos (24,0), com gestações únicas (81,0%) partos cesarianos (72,0%), realizados com idades gestacional entre 32 e 36 semanas (36%) e provenientes dos municípios do estado (56,0%). Prematuridade foi a principal causa de admissão na Unidade (35,2%) seguida de desconforto respiratório (23,0%). **Conclusão:** Os resultados do presente estudo contribuíram para caracterizar a amostra de recém-nascidos admitida em um serviço de saúde de UTI Neonatal de uma maternidade de referência do Piauí, que tem uma demanda muito alta, uma vez que ela recebe pacientes tanto da capital quanto de municípios do estado e até mesmo de outros, como o Maranhão, de acordo com os resultados. Dessa forma, contribuiu-se para que exista mais dados em relação a esse tema no Piauí e conclui-se que novos estudos com amostras significativas em outras regiões do Brasil são necessários para ampliar a discussão e trazer novos esclarecimentos sobre este tema no País.

Descritores: Gestantes, Puérperas, Neonatos, Crianças, Enfermagem neonatal.

ABSTRACT

Introduction: Neonatal Intensive Care Units (NICU) were developed with the purpose of providing care to early birth newborns, and over time, these units were evolving in terms of care and began to also accommodate newborns (NB's) with other care needs, however, technological and scientific evolution has been essential for the increase of survival quotas of this population, with the emergence of modern equipment such as incubators, sensors for heart and respiratory frequencies, oxygen saturation monitors, and other state-of-the-art devices. **Objectives:** To analyze the epidemiological clinical profile of newborns admitted to a high-risk NICU of a public maternity hospital.

Methods: This is a descriptive retrospective quantitative study, consisting of a sample of 200 medical records of newborns admitted to a high-risk NICU, institutionalized in a reference public maternity hospital. Medical records were investigated in June 2022 through a structured form containing the study variables for the period from December 2020 to December 2021. They were later typed into excel spreadsheet and exported to a statistical analysis program. **Results:** The sample consisted of female newborns (50.5%), premature (36.0%) and low birth weight (64.5%), measuring between 39 and 45 centimeters in length (32.0%), between 28 and 36 centimeters (45%) and 22 and 29 centimeters (37.0%) of head and chest perimeter, respectively, suitable Apgar in the 1st and 5th (39.5% and 85.0%, respectively). Their parents consisted of young adults aged between 24 and 29 years old (24.0), with single pregnancies (81.0%) cesarean section (72.0%), performed with gestational ages between 32 and 36 weeks (36%) and coming from the municipalities of the state (56.0%). Prematurity was the main cause of admission to the Unit (35.2%), followed by respiratory distress (23.0%).

Conclusion: The results of the present study contributed to characterize the sample of newborns admitted to a neonatal ICU health service of a reference maternity hospital in Piauí, which has a very high demand, since it receives patients from both the state's municipalities and even others, such as Maranhão state, according to the results. Thus, it contributed to the existence of more data on this theme in Piauí and it is concluded that new studies with significant samples in other regions of Brazil are necessary to broaden the discussion and bring new clarifications on this topic in the country.

Keywords: Pregnant Women; Puerperal Women; Newborns; Children; Neonatal Nursing.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Distribuição do perfil materno-infantil de recém-nascidos admitidos em UTIN de uma maternidade pública. Teresina – PI, 2022	22
Tabela 2 – Distribuição dos resultados antropométricos de recém-nascidos admitidos na UTIN de uma maternidade de referência. Teresina – PI, 2022	23
Tabela 3 – Distribuição dos escores de apgar de recém-nascidos admitidos em uma UTIN de uma maternidade pública. Teresina – PI, 2022	23
Tabela 4 - Distribuição de admissões de recém-nascidos na UTIN conforme diagnóstico, maternidade pública de referência. Teresina – PI, 2022	24

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	11
1.1 Objetivos do estudo	13
1.1.1 Objetivo geral	13
1.1.2 Objetivos específicos	13
1.2 Justificativa e Relevância	13
2 REFERENCIAL TEÓRICO	15
2.1 Unidade de Terapia Intensiva Neonatal- Histórico	15
2.2 Epidemiologia da mortalidade neonatal	16
3 MÉTODO	19
3.1 Tipo de Estudo	19
3.2 Local de estudo	19
3.3 População e amostra	19
3.4 Variáveis do estudo	20
3.5 Coleta de dados	20
3.6 Análise de dados	21
3.7 Aspectos Éticos e Legais	21
4 RESULTADOS	22
5 DISCUSSÃO	25
5.1 Caracterização materno-infantil de recém-nascidos admitidos em UTIN de uma maternidade pública	25
5.2 Perfil clínico dos neonatos admitidos em UTIN de alto risco de uma maternidade pública	28
5.3 Diagnósticos que deram origem as admissões na UTIN	28
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS	30
REFERÊNCIAS	32
APÊNDICE A	37
APÊNDICE B	39
APÊNDICE C	40
ANEXO A	41
ANEXO B	45
ANEXO C	46

1 INTRODUÇÃO

As Unidades de Terapias Intensivas Neonatais (UTIN) foram desenvolvidas com a finalidade de proporcionar cuidados ao neonato de nascimento precoce, com a renovação dos tempos, essas unidades foram evoluindo em termos de assistência e passaram a também acomodar Recém-nascidos(RN's) com outras necessidades de cuidados, contudo, a evolução tecnológica e científica tem sido essencial para o acréscimo das cotas de sobrevida dessa população, com o surgimento de equipamentos modernos, como incubadoras, sensores para frequências cardíacas e respiratórias, monitores da saturação de oxigênio e outros aparelhos de última geração (SOARES, 2018).

O período neonatal compreende os primeiros 28 dias de vida e é considerado como o mais vulnerável para a sobrevivência do RN. Quando em situação de risco de morte, a UTIN é o serviço de internação responsável pelo cuidado integral do recém-nascido, devendo possuir estrutura e condições técnicas adequadas à prestação de assistência especializada (NASCIMENTO, *et al.*, 2020).

O período neonatal compreende de zero a 28 dias de vida do RN e é observado como período de maior fragilidade, com ocorrência de várias adaptações anatômicas, fisiológicas e familiares. Contudo, quando um RN apresenta condições clínicas de risco à vida, tais como: prematuridade, malformações nos sistemas cardiovascular, gastrointestinal, neurológico e patologias respiratórias, entre outras, ele é submetido à internação em UTIN (LIMA, *et al.*, 2020).

Alguns fatores de risco podem estar relacionados com a internação neonatal: o peso, a prematuridade, o Apgar (1º, 5º e 10º minuto) e as condições socioeconômicas. As características maternas também influenciam diretamente na internação do RN na UTIN, tais como: raça, idade, gestação múltipla, intervalo interpartal, antecedentes de parto prematuro, de natimorto, de aborto, tipo de parto, além de morbidades como hipertensão, diabetes, infecção urinária, anemia, desnutrição, obesidade, consumo de drogas, bebidas alcoólicas e tabaco (NASCIMENTO, *et al.*, 2020).

Pesquisas sobre esta temática revelam índices alarmantes de óbitos nos primeiros 28 dias de vida, principalmente em países e regiões mais pobres (BRASIL, 2018). No Brasil, a mortalidade neonatal representa 70% dos óbitos no primeiro ano de vida. No ano de 2016, as complicações do nascimento prematuro e durante o

trabalho de parto foram indicadas como responsáveis por 30% dos óbitos neonatais, evitáveis em sua maioria. Isso impulsiona o cuidado de enfermagem como instrumento atenuante a este conteúdo (DE OLIVEIRA, *et al.*, 2020).

Além das causas neonatais para essas admissões e consequente óbitos existem também as causas perinatais que aparecem no período gestatório até o parto. As internações das gestantes por complicações obstétricas, pré-natal inadequado, sangramento vaginal e parto cesárea estão atrelados à mortalidade neonatal (PEREIRA *et al.*, 2020).

Países em desenvolvimento obtiveram recursos escassos para tratar de forma oportuna certas causas e complicações de admissões dos RNs na UTIN, portanto, investimentos em recursos humanos e físicos para unidades intensivas são importantes para a execução da assistência sistemática e eficiência do cuidado à saúde (SANTOS, *et al.*, 2016; SANTOS, *et al.*, 2019). Sobre os principais motivos de internação de neonatos em UTIN, dados internacionais evidenciam que a principal causa está associada ao nascimento antes de 37 semanas de gestação (28%), infecções (26%) e asfixia (23%). Nos Estados Unidos, as malformações congênitas são responsáveis por uma causa significativa de morbimortalidade neonatal (20%) (SIVASUBRAMANIAN, *et al.*, 2015).

Em estudos brasileiros, as causas apontadas de internação são variadas, dependendo do local do estudo, porém, as doenças respiratórias e a prematuridade são as que mais afetam os RN's, decorrentes da imaturidade do sistema respiratório e da grande vulnerabilidade à infecção (DIAS; *et al.*, 2019).

Na região Nordeste, as causas de internação na UTIN nos revelam que a prematuridade é responsável por 61 casos (55,5%), seguida de risco de infecção intraparto, com 46 casos (41,8%), e desconforto respiratório moderado, com 39 casos (35,5%). Acrescentam, ainda, que essas causas estão fortemente ligadas à desqualificação do atendimento durante o pré-natal e o parto (DE SOUZA, *et al.*, 2020).

Este contexto mostra a necessidade de buscar informações sobre a caracterização clínico-epidemiológicos, pois esses conhecimentos servirão de ferramentas para profissionais de saúde quanto ao planejamento de ações de saúde específicas e adequadas este público, assim desenvolvendo capacidades para minimizar os diversos fatores envolvidos no motivo das admissões neonatais, permitindo a tomada de decisões estratégicas visando o aperfeiçoamento da

qualidade de atenção à saúde.

1.1 Objetivos do estudo

1.1.1 Objetivo Geral

Analisar o perfil clínico-epidemiológico dos neonatos admitidos na UTIN em uma maternidade pública.

1.1.2 Objetivos Específicos

Traçar o perfil materno-infantil de recém-nascidos admitidos em UTIN de uma maternidade pública;

Caracterizar o perfil clínico dos neonatos admitidos em UTIN de uma maternidade pública;

Elencar as causas das admissões neonatais em UTIN de uma maternidade pública.

1.2 Justificativa e Relevância

Este contexto mostra a necessidade de buscar informações sobre a caracterização clínico-epidemiológica, pois esses conhecimentos servirão de ferramentas para profissionais de saúde quanto ao planejamento de ações de saúde específicas e adequadas este público, assim desenvolvendo capacidades para minimizar os diversos fatores envolvidos no motivo das admissões neonatais, permitindo a tomada de decisões estratégicas visando o aperfeiçoamento da qualidade de atenção à saúde.

Será de importante relevância estudar as admissões neonatais em UTIN's de uma maternidade referência para todo o estado do Piauí e estados vizinhos haja vista a essencialidade para a tomada de decisões dos gestores de saúde no tocante a demanda de internações desta população com suas específicas vulnerabilidades, a maternidade aqui citada atualmente conta com apenas uma UTIN de alto risco com capacidade para apenas 20 admissões, o que torna necessário o cuidado aprimorado da equipe neonatal em fazer o fluxo dos neonatos entre as UTIN's de risco

intermediário e baixo risco. Esta pesquisa por meios dos dados obtidos servirá de estímulo aos gestores de saúde do estado ao aprimoramento de suas UTIN's locais e orientações quanto à prevenção a essas admissões.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 Unidade de Terapia Intensiva Neonatal- Histórico

Pesquisas realizadas no Brasil relatam que no século XVI, os percentuais de mortalidade infantil e de prematuros apresentavam estatísticas numéricas bastante elevadas, todavia não haviam locais especificamente direcionados para o tratamento neonatal. A mudança da percepção de vida do ser criança foi marcado em meados do século XVII, passando a ter uma concepção mais expressiva no século XIX, com a revolução industrial. Nesse período as crianças passam a ser entendida como insubstituíveis às suas famílias devido a uma demanda de cuidados, e o engajamento das ciências para este público tornaram possível o surgimento da pediatria, uma especialidade médica voltada à criança (COSTA, et al., 2014).

Em relação ao nascimento, até o final do século XIX foi alcançado sucesso na recuperação de recém-nascidos prematuros por meio do uso de incubadoras para agasalho específicos para neonatos, quando o desenvolvimento da tecnologia e capacitações e aprimoramentos em saúde médico-hospitalar permitiram grandes ganhos na assistência neonatal no trabalho de parto, parto e pós-parto (NASCIMENTO CALLES, et al., 2017).

No período de 1960 houve notáveis avanços na neonatologia, surgimento das primeiras UTI neonatais, em que foram administradas novidades em tecnologias, técnicas, equipamentos que colaborou de maneira expressiva para o controle da mortalidade perinatal e neonatal, que consequentemente se fez necessário acréscimo numérico e qualitativo de equipes multiprofissionais atuantes nos ambientes de UTIN's (PEREIRA; PORTO, 2010).

No Brasil, o desenvolvimento da assistência neonatal se deu início no século XX, influenciado pelos países desenvolvidos que propiciaram a importação de incubadoras e métodos estrangeiros, que gradativamente possibilitaram a redução da morbimortalidade perinatal e neonatal, mostrando resultados significativos atualmente (LANSKY, et al., 2010).

A internação em Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN) traz múltiplas implicações para os envolvidos no processo de admissão nessa unidade, ou seja, o recém-nascido, sua família e a equipe multiprofissional e interdisciplinar, cujo processo de trabalho deve comportar a efetivação da assistência com particularidades

indispensável a população neonatal (VIEIRA; MAFRA, 2016).

Os ganhos na qualidade da assistência e o crescente acesso às ações e serviços voltados à saúde materno infantil, adicionando as vantagens na conjuntura socioeconômica da população, têm colaborado para a pronunciada queda da mortalidade infantil mundialmente. Porém, um significativo percentual de mortes por causas evitáveis em menores de um ano, essencialmente no período neonatal (de 0 a 27 dias de vida), persiste em países e regiões com menor nível de desenvolvimento (LIMA, *et al.*, 2020).

2.2 Epidemiologia da mortalidade neonatal

A Organização Mundial de Saúde (OMS), na 10^a avaliação da Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde (CID-10), atualizou a definição de período perinatal com sendo aquele que se inicia na 22^a semana gestacional com aproximadamente 154 dias, finalizando no 7º dia após o parto, sendo de 0 a 6 dias de vida, período chamado de neonatal precoce (BRITO, 2018).

Estatisticamente o cálculo da mortalidade perinatal é obtido pelo número de óbitos totais ocorridos em determinado período, por mil nascidos vivos de uma população que mora em uma localidade, em um especificado ano. Os óbitos neonatais precoces são aqueles ocorridos de 0 a 6 dias de vida completos, por mil nascidos vivos, de uma população, que reside em uma localidade, de um dado ano.

Os óbitos neonatais tardios diferem do precoce, quanto ao período que ocorre, do 7º dia ao 27º dia de vida completo. E é considerada mortalidade pós-natal, óbitos observados do 28º dia ao 364º dia de vida completo (ISSAH, *et al.*, 2013). Estudiosos desta temática revelam que por ano ocorrem aproximadamente 7,6 milhões de mortes perinatais, desse montante 98% acontecem em países em desenvolvimento, Nestes cerca de 57% conferem óbitos fetais, cuja redução tem sido muito lenta.

Observa-se que quando se compara a mortalidade entre óbitos perinatais e neonatais precoce, os neonatos precoces tem apresentado significativa redução, embora tal redução não seja tão reduzida quando confrontada com países desenvolvidos, em que a mortalidade é decrescente em todas as idades conforme idade gestacional e peso ao nascer (PACHECO, 2010). No Brasil a taxa de mortalidade entre menores de cinco anos apontou diminuição de 46,6% na década de

1990 (53,7/1000 NV) a 2005 (28,7/1000 NV), colocando-se perto da mira instituída pela declaração do milênio. O Brasil como assinante desse documento tem a incumbência de diminuir os óbitos na infância em dois terços, entre 1990 a 2015, sendo aceito uma taxa de mortalidade de menores de cinco anos de 17,9/1000 nascido vivos no final do corrente ano (MURAKAMI; GUIMARÃES; SARINHO, 2011).

Nos últimos dez anos, observou-se que no Nordeste do Brasil houve diminuição importante na Taxa de Mortalidade Infantil (TMI) aproximadamente 5,5% entre 1990 a 2007. Embora a citada região e o norte deste país continuem com níveis elevados de óbitos entre menores de cinco anos em relação ao Brasil como um todo. Com TMI de 27,2/1000 e 2,1 vezes mais alta que na região Sul e 40% maior que a taxa nacional (SOARES, 2011).

Os fatores apontados como causa da mortalidade neonatal é o baixo peso ao nascer, que está relacionada ao Crescimento Intrauterino Restrito (CIUR). O baixo nível de escolaridade materno e seu estado nutricional antes da gravidez, seu ganho de peso insuficiente, infecções geniturinárias, hipertensão arterial, ser a primeira gravidez, pré-natal de má qualidade, seu estado civil, além de ter idade inferior a 20 anos ou superior a 35 anos, estão entre as diversas causas relacionadas à mortalidade (MUNIZ, et al., 2012).

De acordo com este contexto é percebido em alguns estudos realizados no Brasil com essa temática percebe-se claramente que o melhoramento na estrutura da assistência perinatal, um grande percentual de mortes nessa faixa etária poderia ser evitado. Ressaltando essas premissas, o Ministério da Saúde (MS) implementou uma política de saúde (rede cegonha) em 2011 com uma rede de atenção à saúde materno-infantil que legitima o acesso e resolutividade durante o pré-natal, pré-parto parto e puerpério. A rede cegonha de certa forma terá sucesso somente se apoiada em dados sociodemográficos atualizados sobre as principais causas de mortalidade perinatal de cada região (BITTENCOURT, et al., 2021).

Em Teresina, capital do Piauí em um estudo realizado com dados de julho a dezembro de 2007 foi observado que de um total de 231 nascimentos 72 foram a óbito no período neonatal, 58,7% do sexo masculino, 90,3% possuíam menos de 37 semanas de idade gestacional, e a média da idade gestacional foi de 31 semanas; tinham peso ao nascer em média de 1.391g, sendo menor que 2.500g em 90,5% dos casos; 64,1% dos recém-nascidos eram de muito baixo peso, ou seja, tinham menos que 1.500g; 62,2% nasceram de parto operatório. Elevado percentual dos recém

nascidos foram a óbito nos primeiros sete dias de vida (73,5%), tendo ocorrido o óbito nas primeiras 24 horas em 32% dos casos (BRITO, 2018).

Esse contexto revela que a extensão e desigualdade das mortes em crianças menores de cinco anos por causas evitáveis demandam ações direcionadas para a sua redução a partir do reconhecimento da atenção às condições socioeconômicas sobre a mortalidade infantil.

3 MÉTODO

3.1 Tipo de estudo

Trata-se de um estudo de natureza observacional, delineamento transversal e fundamentado na abordagem quantitativa, visto que tem como objetivo a descrição de características de determinada população ou fenômeno em paralelo ao estabelecimento de relações entre variáveis. A pesquisa descritiva interpela os seguintes aspectos: descrição, registro, análise e interpretação de fenômenos atuais, projetando sua execução no presente.

Enquanto que a pesquisa exploratória, é aquela que se qualifica pelo adiantamento e elucidação de ideias, com finalidade de facilitar uma visão panorâmica definida de sublinhado fenômeno (LAKATOS; MARCONI, 2011; RODRIGUES, et al., 2011). Quanto a abordagem quantitativa, dissimula-se pela ocupação de quantificação tanto nas peculiaridades de coleta de informações assim quanto ao tratamento delas se faz por meio de técnicas estatísticas, desde as mais simples como percentual aos mais complexas (LAKATOS; MARCONI, 2011).

3.2 Local do Estudo

O estudo foi desenvolvido em Teresina, capital do Estado do Piauí, que tem aproximadamente uma população de 822.33 habitantes, conforme dados obtidos do Instituto de Geografia e Estatística (IBGE, 2011). O local de estudo foi uma UTIN de uma maternidade pública do estado do Piauí, localizada na região sul da cidade de Teresina- PI. É uma instituição que oferece atendimento de baixa, média e alta complexidade, urgência e emergência, ambulatório, internações, diagnóstico e terapia, que conta com um quantitativo total de 248 leitos obstétricos, 167 leitos neonatais (20 leitos de UTIN) e uma unidade de terapia intensiva materna.

3.3 População e Amostra

Os participantes deste estudo foram prontuários de neonatos admitidos em uma UTIN de uma maternidade pública de referência para o estado do Piauí, constituída de uma população de 480 prontuários no período de 31 de dezembro de

2020 a 31 de dezembro de 2021, resultando uma amostra de 220 prontuários de neonatos, calculada com uma precisão de 5% e com um intervalo de confiança de 95%, conforme utilização da fórmula abaixo, a escolha deste período se justifica pela nova adequação dos prontuários dos RN's com a ficha incluído todos os dados inerentes a internação, entretanto, só foi possível analisar 200 prontuários após a aplicação dos critérios de exclusão dos mesmos.

Os critérios de inclusão foram prontuários de neonatos admitidos na UTIN. Os critérios de exclusão foram: prontuários de recém-nascidos fora do período de zero a 28 dias (período neonatal), prontuários que não continham as informações necessárias para responder ao formulário e prontuários rasurados.

Onde:

$$n_0 = \frac{1}{E_0^2}$$

n₀ é a 1^a aproximação do tamanho da amostra

E₀ é o erro amostral tolerável

N é o número de elementos da população

n é o tamanho da amostra

3.4 Variáveis do Estudo

O instrumento de coleta de dados foi composto por variáveis sociais (idade e local de moradia da mãe), relacionadas à gestação e parto (idade gestacional, tipo de gestação (única ou gemelar) e tipo de parto (normal ou cesáreo), relacionadas as características em geral do RN (sexo, peso, comprimento, PC, PT) e clínico (Apgar no 1º e 5º minuto e diagnóstico) e relacionados ao local de procedência e alta do RN.

3.5 Coleta de dados

A coleta foi realizada no mês de junho no ano de 2022 por um único pesquisador por meio de formulário estruturado (APÊNDICE C) contendo as variáveis do estudo referente ao período de dezembro de 2020 a dezembro de 2021. Os dados foram posteriormente digitados em planilha Excel e exportados para programa de análise estatística.

3.6 Análise de dados

Para análise dos dados foi utilizado o pacote estatístico SPSS 20.0. Os dados foram organizados em gráficos e tabelas. Os resultados foram confrontados com o referencial temático organizado conforme descriptores em ciências da saúde.

O Statistical Package for Social Science for Windows (SPSS) sistema de análises estatísticas e manuseio de dados, num ambiente gráfico, em que a utilização mais frequente, para a maioria das análises a efetuar, se resume à seleção das respectivas opções em menus e caixas de diálogo. Contudo, o sistema dispõe de um editor de comandos, a que o utilizador mais avançado poderá recorrer a fim de realizar determinado tipo de análises mais complexas e elaboradas (FERREIRA, 1999).

3.7 Aspectos éticos e legais

Para realização da pesquisa foram considerados os aspectos éticos em conformidade com a resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde que dispõe sobre as normas regulamentadoras e diretrizes de pesquisas que envolvem seres humanos. Seguindo esta recomendação, o projeto foi submetido à apreciação do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Estadual do Piauí (UESPI) aprovado sob parecer de nº 5.287.472/ CAAE: 56096122.00000.5209 (ANEXO A) de acordo com a carta de anuência disponibilizada pela instituição onde foi realizada a pesquisa (ANEXO B). A coleta de dados só foi iniciada após aprovação do comitê.

Para assegurar os aspectos éticos da pesquisa, para acesso aos dados, foi apresentado o Termo de Compromisso de Uso dos Dados (TCUD) (APÊNDICE A) que foi assinado antes da coleta dos dados que foram obtidos por meio de leitura dos prontuários. Em virtude de tratar-se de estudo retrospectivo com previsão de avaliação de dados por período relativamente longo, donde se esperava um grande percentual de perda de seguimento e risco de não localização dos pacientes foi apresentado o Termo de Dispensa de Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE B).

4 RESULTADOS

Observa-se na Tabela 1 que as mães dos recém-nascidos, em sua maioria, tinham idades entre 19 e 24 anos e residem em municípios piauienses. Quanto ao perfil da gestação, verifica-se que a maioria foi do tipo única, se encerrou com partos cesarianos com idade gestacional entre 32 a 36 semanas e neonatos do sexo masculino.

Tabela 1 – Distribuição do perfil materno-infantil de recém-nascidos admitidos em UTIN de uma maternidade pública. Teresina – PI, 2022 (N=200).

Variáveis	N	%
Idades		
14 † 19	28	14,0
19 † 24	54	27,0
24 † 29	48	24,0
29 † 34	33	16,5
34 † 39	26	13,0
39 † 44	11	05,5
Idade Gestacional		
< 28 semanas	20	10,0
28 a 31 semanas	49	24,5
32 a 36 semanas	72	36,0
Igual a 37	13	06,0
38 a 41	47	23,5
Tipo de gestação		
Única	162	81,0
Gemelar	38	19,0
Tipo de parto		
Natural	56	28,0
Cesariana	144	72,0
Sexo do neonato		
Masculino	99	49,5
Feminino	101	50,5
Residência da mãe		
Piauí (capital)	65	32,5
Piauí (municípios)	112	56,0
Maranhão	23	11,5

Nota: Conforme a OMS: prematuros extremos (<28 semanas), muito prematuros (28-31 semanas), moderados (32-36 semanas de gestação) e 38 a 41 a termo.

Fonte: serviço de arquivo médico da maternidade.

Na Tabela 2 verifica-se que a maioria dos recém-nascidos admitidos na UTIN pesaram menos de 2500g, comprimento entre 33 e 39 cm, perímetro cefálico entre 28 e 36 cm e torácico entre 22 e 29 cm.

Tabela 2 – Distribuição dos resultados antropométricos de recém-nascidos admitidos na UTIN de uma maternidade de referência. Teresina – PI, 2022 (N=200).

Variáveis	N	%
Peso (em gramas)		
< 2500	129	64,5
2500 a 2999	26	13,0
3000 a 3999	29	14,5
≥ 4000	16	8,00
Comprimento (em centímetros)		
27 I 33	18	9,00
33 I 39	59	29,5
39 I 45	64	32,0
45 I 51	56	28,0
51 I 57	3	1,50
Perímetrocefálico		
20 I 28	69	34,5
28 I 36	90	45,0
36 I 44	36	18,0
44 I 52	5	2,50
Perímetro torácico		
15 I 22	45	22,5
22 I 29	74	37,0
29 I 36	64	32,0
36 I 43	17	8,50

Nota: Classificação de peso para a OMS: baixo peso (crianças com menos de 2500 g), peso insuficiente (2500 g a 2999 g), peso adequado (3000 g a 3999 g) e excesso de peso (4000g ou mais).

Fonte: serviço de arquivo médico da maternidade.

A tabela 3 traz dados importantes em relação ao teste realizado entre o 1º e o 5º minuto de vida do recém-nascido e que ajuda a avaliar sua vitalidade. Nele, a maioria dos bebês obtiveram boa pontuação e considerados sem asfixia (entre 8 e 10 pontos).

Tabela 3 – Distribuição dos escores de Apgar de recém-nascidos admitidos em uma UTIN de uma maternidade pública. Teresina – PI, 2022 (N=200).

Escores	Apgar 1º minuto		Apgar 5º minuto	
	N	%	N	%
0 a 2	16	8,00	0	00,0
3 a 4	39	19,5	3	1,50
5 a 7	66	33,0	27	13,5
8 a 10	79	39,5	170	85,0

Nota: Asfixia grave (0 a 2); asfixia moderada (3 a 4); asfixia leve (5 a 7) e sem asfixia (8 a 10)
Fonte: serviço de arquivo médico da maternidade.

A tabela 4 apresenta os diagnósticos que geraram as admissões na UTIN, o número de diagnóstico revelam que a maioria das internações estavam associadas a mais de um diagnóstico por RN admitidos. Nos resultados foi observado que a maioria das internações está relacionada aos diagnósticos de prematuridade (35,2%), seguidos por desconforto respiratório (23%) e risco de infecção (11%).

Tabela 4 – Distribuição de admissões de recém-nascidos na UTIN conforme diagnóstico, maternidade pública de referência. Teresina – PI, 2022. (N=394)

Diagnóstico	N	%
Prematuridade	139	35,2
Desconforto respiratório	91	23,0
Risco infeccioso	43	11,0
Mielomeningocele	12	3,0
Sepse	10	2,5
Hidrocefalia	8	2,0
Gastrosquise	6	1,5
Crescimento Intrauterino restrito	6	1,5
Anus imperfurado	5	1,2
Ventriculomegalia	5	1,2
Aspiração de meconíio	5	1,2
Malformações múltiplas	4	1,0
Sífilis	4	1,0
Malformação intestinal	4	1,0
Outros	32	14,7

Nota: os diagnósticos ≤ 3 foram representados como “outros”

Fonte: Maternidade Pública de referência

5 DISCUSSÃO

5.1 Caracterização materno-infantil de recém-nascidos admitidos em UTIN de uma maternidade pública.

As pesquisas relativas a esse tema têm revelado a existência de várias condições, comumente conhecidas, que podem estar associadas ao risco de adoecimento ou óbito no período neonatal, tais como: prematuridade, baixo peso ao nascer e a asfixia grave. Estes RN's carecem de uma assistência mais habilidosa e logram exibir maior probabilidade de admissão na UTIN. Alguns fatores pertinentes às genitoras aqui mencionadas também contribuem direta ou indiretamente para a internação, como, por exemplo, multiparidade, baixo nível de escolaridade materna, baixa renda familiar e a idade materna avançada (RIBEIRO, et al., 2011).

Corroborando com este estudo observou-se em uma pesquisa realizada no Hospital Regional do Sudoeste do Paraná, 31,1% das mães de neonatos admitidos em UTIN encontravam-se na faixa etária entre 20 a 25 anos, 28,6% tinham entre 41 e 45 anos. No que se refere à procedência, 26,9% residiam no município de origem da pesquisa, seguido por demais municípios da região (DALLA DALLA COSTA, et al., 2017).

Em estudo semelhante, realizado no estado do Piauí foi observado a relação existente entre variáveis do perfil sociodemográfico e às características maternas dos RNs admitidos na UTIN, em que foi registrado que 43,4% (n= 163) das mães estavam na faixa etária de 19 a 25 anos e que 20,2% (n=76) tinham entre 13 e 18 anos. Quanto à procedência, 83,5% (n=314) eram do Estado do Piauí e 16,2% (n=61) tinham origem do Estado do Maranhão, e que 60,4% (n=227) eram do interior e 39,6% (n=149) residiam na capital (LAGES, et al., 2014).

No estudo intitulado “Fatores determinantes para o nascimento de neonatos” também foram encontrados resultados semelhantes a esta pesquisa, percebeu-se que, em relação ao tipo de gestação, 88,2% (45) apresentou gestação única. Quanto o tipo de parto, 58,8% (30) foram cesarianas. Após leitura de prontuários constatou-se que, 70,6% são RN's do sexo masculino e que a idade gestacional predominante dos partos ocorreu entre 31 a 36 semanas de gestação, 58,8%. (DE SOUSA, et al., 2016).

E o porquê do aumento estatístico parto abdominal? Tal fato pode ser

esclarecido pela transformação no modelo de nascimentos no Brasil, em que as cesarianas se converteram a via de parto mais habitual, atingindo 85% dos partos realizados nos serviços privados de saúde. No sistema público de saúde a taxa é notavelmente inferior a 40%, mas, contudo, alta, se apreciada a advertência da Organização Mundial de Saúde de 15% (FERRARESI; ROCHA ARRAIS, 2016).

Deve-se evidenciar que, quando o parto abdominal é efetuado sob indicações médicas focadas em condições de saúde materna ou infantil o procedimento cirúrgico torna-se essencial para a saúde materna e conceito. Embora, exista a possibilidade de aumento do risco de complicações graves quando produzida sem justa indicação (FERRARESI; ROCHA ARRAIS, 2016).

No tocante a idade materna para melhores desfechos neonatais, do ponto de vista reprodutivo está incluída a faixa etária de 20 a 25 anos, denominada de adulto jovem, período julgado de menor risco perinatal (COSTA, et al., 2014). Todavia, os extremos de idade materna mostraram frequência relevante para a exigência de UTIN, compondo-se como mais eficientes fatores de risco gestacionais e piores circunstâncias perinatais, a exemplo do parto pré-termo, baixo peso ao nascer, e assim resultando de acentuada necessidade de admissões em UTIN (BRASIL, 2012).

Quanto a idade gestacional foi verificada que em 2015, dos 40.306 partos ocorridos no Distrito Federal 3.796 foram realizados no Hospital Materno Infantil de Brasília. Destes nascimentos, 815 foram prematuros de 22 a 36 semanas e 6 dias de idade gestacional. Destes prematuros, 619 (75,9%) recém-nascidos vivos com IG entre 24 e 36 semanas e 6 dias foram incluídos no estudo; dentre os quais, 233 (37,6%) necessitaram de admissões em UTIN, com média de 8,98 dias de internação no setor. A mortalidade foi de 9,9% (61/619), sendo mais da metade dos óbitos ocorreram entre as idades gestacionais 24 semanas a 27 semanas e seis dias (DE QUEIROZ; GOMES, 2018).

O parto prematuro, estabelecido como o episódio do nascimento antes da 37^a semana completa da prenhez, expõe ocorrência alterável conforme particularidades populacionais. Na Europa, sua incidência varia de 6 a 10%. Nos Estados Unidos, tem sido contemplado aumento de sua frequência, visto que, em 2006, alcançou 12,8% dos nascidos vivos (HAMILTON; MARTIN; VENTURAS, 2007).

Outros países desenvolvidos, especificamente o Canadá, a Austrália e a Dinamarca, também têm notificado crescimento das taxas de prematuridade (LANGHOFF-ROOS, et al., 2006). As investigações divulgadas pelo Ministério da

Saúde apontam que os nascimentos prematuros na população brasileira têm se mantido contínuo nessa última década, com média de 6,6%, sendo mutáveis de Estado para Estado, sendo capaz de chegar valores de até 9% e com inclinação à ascendência em algumas metrópoles (BITTAR; ZUGAIB, 2009; ESPINDOLA; DA SILVA ANDRADE, 2018).

Sobreviver ao nascimento prematuro tem sido um desafio alcançado por recém-nascidos cada vez menores. RN's prematuros extremos têm alcançado sobrevida de até 80% devido à evolução na assistência pré-natal e melhorias tecnológicas nas UTINs. Fato não observado no nosso estudo, que evidenciou uma sobrevida inferior a 40% dos rins prematuros extremos (GRYSCHEK, et al., 2014). Realidade menos evidentes entre os prematuros moderados.

Em um estudo tipo caso-controle, realizado no Paraná, mostrou que os nascimentos de gestações múltiplas evidenciaram 25 vezes mais chance de nascimento prematuro (SILVA, et al., 2009). Um estudo multicêntrico brasileiro, com 20 maternidades de referência obstétrica, demonstrou que a gestação gemelar aumentava em 15 vezes a chance de nascimento prematuro (OLIVEIRA, et al., 2016).

Em uma pesquisa constituída de 208 prontuários do ano de 2017 em uma Maternidade de referência no estado de Alagoas, semelhante a este estudo em que os RN's foram estudados com bases no perfil de nascimento, obteve-se os seguintes achados: sexo masculino 55,30% (115), estando em maior prevalência comparada ao sexo feminino com valor 44,71 % (93), confirmado, assim, resultados encontrados na literatura.

Para o Ministério da Saúde (BRASIL, 2012), no Brasil nascem mais crianças do sexo masculino, cerca de 2,5% a mais que crianças do sexo feminino. Em 2010, dos 2.861.868 nascidos vivos, 51,3% foram do sexo masculino e 48,7% do sexo feminino. O sexo masculino possui uma maturidade pulmonar mais lenta no período de desenvolvimento fetal, sendo assim um fator que irá desencadear uma fragilidade pulmonar com maior frequência em relação ao sexo feminino, o amadurecimento pulmonar é mais rápido, proporcionando uma resistência respiratória mais eficaz (SOUZA; CAMPOS; SANTOS, 2013)

No que se refere à procedência, um número significativo 56,0% das mulheres não residiam no município de origem da pesquisa, fato que pode ser explicado pela localização da maternidade em estudo e pelo fato do estado do Piauí está composto de 224 municípios, incluindo o município onde está localizado a maternidade de

referência em estudo, sendo esta referência em gestação de alto risco e de risco intermediário para todo estado e vizinhos, estado do maranhão (IBGE, 2015).

5.2 Perfil clínico dos neonatos admitidos em UTIN de alto risco de uma maternidade pública.

O Ministério da Saúde conceitua RN de risco quando este exibe pelo menos um destes parâmetros: baixo peso ao nascer, menor de 18 anos, baixa escolaridade materna (< 8 anos de estudo), residência em área de risco; história de óbito infantil anterior de crianças < 5 anos na família, por razões evitáveis. Alguns desses achados corroboram com o perfil identificado neste estudo (FORMIGA; SILVA; LINHARES, 2018).

Ainda em relação ao perfil antropométrico de RN's pré-termos admitidos em uma UTIN de Campinas Grande no período de 2017, em que os autores analisaram o peso ao nascer e perímetrocefálico, estudo este conduzido por Demartini (2011) perceberam que existem vários fatores que resultam na prematuridade e influenciam no acompanhamento do perímetrocefálicos e peso ao nascer dos RN's pré-termos dentre elas: o potencial energético, RCIU, neonato PIG, displasia broncopulmonar, enterocolite necrosante grave e a hipertensão arterial materna.

Quanto a avaliação de Apgar foi observando em um estudo realizado em 2018 com uma população de 207 neonatos admitidos em uma UTIN, constatou-se que a maioria, ou seja, 45,4% (n=93) nasceu com peso e perímetrocefálico adequado para idade 64,7% (n=134). Para o índice de Apgar, a maioria expos escore maior que sete, tanto no 1º minuto 55,6% (n=109) quanto no 5º 84,2% (n=165); e apenas 30,7% (n=62) necessitaram de reanimação na sala de parto. Assim corroborando com este estudo (RODRIGUES; BELHAM, 2017).

5.3 Diagnósticos que deram origem as admissões na UTIN

Dentre os diagnósticos de internação dos RN na UTIN, destacaram-se a prematuridade com 35,2%, seguido de desconforto respiratório e risco infeccioso verificando-se a associação de mais de uma causa de internação entre os pacientes. Estudo similar desenvolvido no Sudoeste do Paraná no ano de 2017 mostrou uma taxa de 71,4% de internamento por prematuridade, 46,1% por afecções respiratórias,

seguidos da hipoglicemia (28,6%) e as malformações congênitas com 19,3%. No mesmo estudo, apresenta-se como resultado porcentagens mínimas, corroborando com esse estudo, para sepse precoce e tardia (6,7% e 5,0%), restrição de crescimento intrauterino (3,4%) e aspiração de meconio (1,7%) (DALLA DALLA COSTA, *et al* ., 2017).

Em acordo com os resultados desses estudos, outro realizado no norte do Brasil também teve como resultado a prematuridade como O principal motivo de admissão dos recém-nascidos nesse setor (77,04%), acompanhado das afecções respiratórias (74,84%) (LIMA, *et al.*, 2015)

Outro estudo, desenvolvido em Santa Catarina destacou também a prematuridade como maior causa de internação na UTIN com (72,5%), porém, diferente do que foi encontrado nesse estudo, nesse hospital em SC a segunda maior causa de internação são as mal formações (6,7%) seguido da síndrome de aspiração meconial (9,9%) (RODRIGUES; BELHAM, 2017).

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os resultados do presente estudo contribuíram para caracterizar a amostra de recém-nascidos admitida em um serviço de saúde de UTI Neonatal de uma maternidade de referência do Piauí, que tem uma demanda muito alta, uma vez que ela recebe pacientes tanto da capital quanto de municípios do estado e até mesmo de outros, como o Maranhão, de acordo com os resultados. Nele contesta-se que esses neonatos são em sua maioria de baixo peso e prematuros e clinicamente evoluem para sintomas de afecção respiratória o que pode estar associado a idade cada vez mais jovens das mães. Ressalta-se que essas características podem contribuir de certa forma para revelar possíveis falhas ou inadequações na prestação destes serviços de saúde uma vez que elas podiam ser evitadas ou tratadas precocemente com auxílio de adequadas intervenções pré-natais e perinatais de menor custo e complexidade.

Esta pesquisa foi importante para que os profissionais de saúde conheçam os motivos para que esses pacientes necessitem de cuidados intensivos de alta complexidade imediatamente ao nascer e o quão é importante a prevenção do nascimento prematuro dessas crianças e deve ser visto como prioridade no momento da assistência ao pré-natal, uma vez que a realização adequada desse serviço permite identificar previamente qualquer alteração no desenvolvimento da gestação e possíveis complicações.

Com base nisso, o serviço desses profissionais deve ser baseado no fortalecimento de ações assistenciais públicas de baixa e média complexidade já existentes, regionalmente, afim de promover a saúde materna e neonatal além da minimização desses agravos e consequentemente o melhor manejo e adoção de práticas assistências de alta complexidade pelos profissionais de saúde atuantes no sistema de saúde, em especial aqueles inseridos em UTI Neonatais.

Portanto, mesmo esse estudo tendo limitações como a falta de informações necessárias, tanto das mães com dos RN's nos prontuários dos mesmos, os objetivos propostos pela pesquisa foram alcançados, pois, através do estudo, pôde-se traçar o perfil materno infantil e caracterizar o perfil clínico dos neonatos admitidos na UTIN de alto risco de uma maternidade pública, além de elencar as principais causas de admissões na mesma.

Dessa forma, contribuiu-se para que exista mais dados em relação a esse tema

no Piauí e conclui-se que novos estudos com amostras significativas em outras regiões do Brasil são necessários para ampliar a discussão e trazer novos esclarecimentos sobre este tema no País.

REFERÊNCIAS

- BITTAR, Roberto Eduardo; ZUGAIB, Marcelo. Indicadores de risco para o parto prematuro. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, v. 31, p. 203-209, 2009.
- BITTENCOURT, Sonia Duarte de Azevedo et al. Atenção ao parto e nascimento em Maternidades da Rede Cegonha/Brasil: avaliação do grau de implantação das ações. **Ciência& Saúde Coletiva**, v. 26, p. 801-821, 2021
- BRASIL, Thays Bezerra et al. Fatores associados à mortalidade neonatal com ênfase no componente da atenção hospitalar ao recém-nascido. **Arquivos Catarinenses de Medicina**, v. 47, n. 2, p. 70-86, 2018.
- BRASIL. Gestação de alto risco: manual técnico. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Ministério da Saúde, 5a ed. Brasília; 2012.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Atenção a saúde do recém-nascido: guia para os profissionais de saúde. Brasília-DF, 2. ed., 2012. p. 26. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/atencao_saude_recem_nascido_profissionais_v3.pdf. Acesso em: 20 nov. 2018.
- BRITO, Maria Alice de Moraes Machado et al. Obstetric profile of perinatal deaths on a capital of the Northeast of Brazil. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, [S.L.], v. 19, n. 1, p. 249-257, mar. 2019.
- COSTA, Ana Lucia do Rego Rodrigues et al. Fatores de risco materno associados à necessidade de unidade de terapia intensiva neonatal. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, v. 36, n. 1, p. 29-34, 2014.
- DALLA DALLA COSTA, Lediana et al. Fatores preditores para a admissão do recém-nascido na unidade de terapia intensiva neonatal. **Revista Baiana de Enfermagem**, v. 31, n. 4, 2017.
- DE LIMA, Samyra Said et al. Aspectos clínicos de recém-nascidos admitidos em Unidade de Terapia Intensiva de hospital de referência da Região Norte do Brasil. **ABCs Health Sciences**, v. 40, n. 2, 2015.
- DE OLIVEIRA, Ana Lívia Castelo Branco et al. Características maternas e dos recém-nascidos admitidos em uma unidade de terapia intensiva. **Revista Enfermagem Atual InDerme**, v. 93, n. 31, 2020.
- DE QUEIROZ, Murilo Neves; GOMES, Tabatha Gonçalves Andrade Castelo Branco; MOREIRA, Alessandra de Cássia Gonçalves. Idade gestacional, índice de Apgar e peso ao nascer no desfecho de recém-nascidos prematuros. **Comunicação em Ciências da Saúde**, v. 29, n. 04, 2018.

DE SOUSA, Armano Lennon Gomes et al. Fatores determinantes para o nascimento de neonatos de baixo peso internados pelo método canguru. **Revista Interdisciplinar**, v. 9, n. 1, p. 24-33, 2016.

DE SOUZA, Luana Lima et al. Caracterização clínico-epidemiológica dos recém-nascidos em cuidados intensivos. **Research, Society and Development**, v. 9, n. 8, p. e731986198- e731986198, 2020.

Demartini, A. D. A.C., Bagatin, A. C., Silva, R. P. G. V. C., Boguszewski, M. C. D. S. (2011) - Crescimento de crianças nascidas prematuras. Arq. Bras. Endocrinologia e Metabologia, 55 (8), 534-40.

DIAS, João Pedro V. et al. Perfil clínico de neonatos internados em uma Unidade de Tratamento Intensivo Neonatal. **Brazilian Journal of Development**, v. 5, n. 10, p. 22296-22309, 2019.

DO NASCIMENTO CALLES, Ana Carolina et al. HUMANIZAÇÃO NA UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA NEONATAL: REVISÃO DE LITERATURA. **Caderno de Graduação-Ciências Biológicas e da Saúde-UNIT-ALAGOAS**, v. 4, n. 1, p. 23-23, 2017.

ESPÍNDOLA, Juliana Ferreira; DA SILVA ANDRADE, Erci Gaspar. Indicadores de risco para o parto prematuro. **Revista de Iniciação Científica e Extensão**, v. 1, n. 2, p. 67-72, 2018.

FERRARESI, Mariana Fanstone; DA ROCHA ARRAIS, Alessandra. Perfil epidemiológico de mães de recém-nascidos admitidos em uma unidade neonatal pública. **Rev Rene**, v. 17, n. 6, p. 733-740, 2016.

FORMIGA, Cibelle Kayenne Martins Roberto; SILVA, Laryssa Pereira da; LINHARES, Maria Beatriz Martins. Identificação de fatores de risco em bebês participantes de um programa de Follow-up. **Revista CEFAC**, v. 20, n. 3, p. 333-341, 2018.

GIL, Antônio Carlos. Metodologia Pesquisa social. **Editora USP**, 2012.

GRYSCHEK, Anna Luiza de Fátima Pinho Lins et al. Tecendo a rede de atenção à saúde da mulher em direção à construção da linha de cuidado da gestante e puérpera, no Colegiado de Gestão Regional do Alto Capivari? São Paulo. **Saúde e Sociedade**, v. 23, p. 689-700, 2014.

HAMILTON, E. et al. Births: Preliminary Data for 2005. **National Vital Statistics Reports**, v. 55, n. 11, p. 1-19, dez. 2006.

ISSAH, Kofi et al. Hospital work shifts and days of occurrence of maternal deaths in 6 hospitals in the Upper West Region of Ghana. **International Journal of Gynecology & Obstetrics**, v. 120, n. 1, p. 89-91, 2013.

LAGES, Carla Danielle Ribeiro; SOUSA, Joseane Cléia Oliveira de; CUNHA, Karla Joelma Bezerra; SILVA, Nayra da Costa e; SANTOS, Tatiana Maria Melo Guimarães

dos. Predictive factors for the admission of a newborn in an intensive care unit. **Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste**, Teresina, v. 15, n. 1, p. 3-11, 16 fev. 2014.

LANGHOFF-ROOS, Jens et al. Spontaneous preterm delivery in primiparous women at low risk in Denmark: population based study. **Bmj**, v. 332, n. 7547, p. 937-939, 2006.

LANSKY, Sônia et al. Pesquisa Nascer no Brasil: perfil da mortalidade neonatal e avaliação da assistência à gestante e ao recém-nascido. **Cadernos de saúde pública**, v. 30, p. S192- S207, 2014.

LIMA, Renato Oliveira de. **Análise do impacto do Programa de Reanimação Neonatal da Sociedade Brasileira de Pediatria nos resultados neonatais da mesorregião sudoeste piauiense**. 2022. 126 f. Tese (Doutorado) - Curso de Ciências da Saúde, Universidade Estadual de Campinas, Faculdade de Ciências Médicas, Campinas, 2022.

LIMA, Suzanne Santos de et al. Avaliação do impacto de programas de assistência pré-natal, parto e ao recém-nascido nas mortes neonatais evitáveis em Pernambuco, Brasil: estudo de adequação. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 36, 2020.

LOZADA, Gisele; NUNES, Karina da Silva. **Metodologia científica**. Porto Alegre, 2018.

MARCONI, Marina de Andrade; LAKATOS, Eva Maria. Técnicas de pesquisa: planejamento e execução de pesquisas, amostragens e técnicas de pesquisa, elaboração, análise e interpretação de dados. In: **Técnicas de pesquisa: planejamento e execução de pesquisas, amostragens e técnicas de pesquisa, elaboração, análise e interpretação de dados**. 2011. p. xiii, 277-xiii, 277.

MUNIZ, David Wesley Ribeiro et al. O Perfil Epidemiológico de Mortalidade Neonatal no Ambiente Hospitalar/The Epidemiological Profile of Neonatal Mortality in the Hospital Environment. **Saúde em Foco**, p. 118-128, 2018.

MURAKAMI, Gabriela Ferraz; GUIMARÃES, Maria José Bezerra; SARINHO, Sílvia Wanick. Sociodemographic inequalities and cause of death among children aged under five years in the Brazilian State of Pernambuco. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, v. 11, p. 139-152, 2011.

NASCIMENTO, Thayná Marcele Marques et al. Caracterização das causas de internações de recém-nascidos em uma unidade de terapia intensiva neonatal. **Caderno de Graduação-Ciências Biológicas e da Saúde-UNIT-ALAGOAS**, v. 6, n. 1, p. 63, 2020.

OLIVEIRA, Laura Leismann de et al. Fatores maternos e neonatais relacionados à prematuridade. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 50, p. 382-389, 2016.

PACHECO, Clarice Pires. **PACHECO, Clarice Pires. Evolução da mortalidade infantil, segundo óbitos evitáveis: macrorregiões de saúde do Estado de Santa Catarina, 1997-2008.** 2010. 123 f. Dissertação (Mestrado) - Epidemiologia, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2010.

PEREIRA, Camilla Monteiro; PORTO, Fernando. Quality indicators in neonatal intensivecare: contributions in the management. **Revista de Pesquisa Cuidado é Fundamental Online**, v. 2, n. 2, 2010.

PEREIRA, Theonas Gomes et al. Fatores associados ao near miss neonatal no Brasil. **Revista de Saúde Pública**, v. 54, 2020.

RIBEIRO, Carla Danielle Silva et al. Caracterização sóciodemográfica das mães dos recém-nascidos admitidos na UTI de uma maternidade pública de Teresina-PI. **Rev Interd NOVAFAPI**, v. 4, n. 2, p. 46-50, 2011.

RODRIGUES, Auro de Jesus et al. Metodologia Científica. rev., ampl. **Aracaju: Unit**, p. 77-87, 2011.

RODRIGUES, Victor Bruno M.; BELHAM, Adriana. Perfil dos recém-nascidos admitidos na UTI neonatal do hospital Santo Antônio, Blumenau/SC, entre 2014-2016. **Arquivos Catarinenses de Medicina**, v. 46, n. 4, p. 43-49, 2017.

ROTHMAN, Kenneth; GREENLAND, Sander; LASH, Timothy. Epidemiologia Moderna-3^a Edição. **Artmed Editora, 2016**.

SILVA, Ana Maria Rigo et al. Fatores de risco para nascimentos pré-termo em Londrina, Paraná, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 25, p. 2125-2138, 2009.

SIVASUBRAMANIAM, Vinothan et al. Trends in hospital admissions and surgical procedures for degenerative lumbar spine disease in England: a 15-year time-series study. **BMJ open**, v. 5, n. 12, p. e009011, 2015.

SOARES, Flávia Maria de Paula. Interferências traumáticas da internação na UTI neonatal na capacidade de maternagem: contribuições winnicttianas a partir do conceito de Preocupação Materna Primária. **Natureza humana**, v. 20, n. 2, p. 71-79, 2018.

SOARES, Marcela Quaresma. **Mortalidade infantil: análise dos casos ocorridos e investigados no município de Viçosa, MG, 2008 a 2011. 2011.** 2011. 30 f. TCC (Graduação) - Curso de Atenção Básica, Ufmg, Conselheiro Lafaiete, 2011.

SOUZA, K. C. L.; CAMPOS, N.G.; SANTOS, F.F.J. Perfil dos recém-nascidos submetidos à estimulação precoce em uma unidade de terapia intensiva neonatal. **Rev Bras Promoc Saúde**, Fortaleza, v. 26, n. 4, p. 523-529, out.-dez. 2013.
Disponível: <http://periodicos.unifor.br/RBPS/article/vieWile/3117/pdf>. Acesso em: 24 ago. 2018.

VIEIRA, Lívia Ribeiro; MAFRA, L. A. S. M. Humanização hospitalar e violência simbólica:a percepção das mães em UTIs Neonatais. **Tempus, Actas Saúde Colet,** v. 10, n. 3, p. 99- 114, 2016.

APÊNDICE A - Termo de Compromisso de Uso dos Dados (TCUD)



UNIVERSIDADE ESTADUAL DO PIAUÍ - UESPI
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
CURSO DE BACHARELADO EM ENFERMAGEM



Termo de Compromisso de Utilização de Dados (TCUD)

Nós, pesquisadores abaixo relacionados envolvidos no projeto de pesquisa **"Perfil das admissões na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal de alto risco de uma maternidade pública"** assinaremos esse TCUD para a salvaguarda dos direitos dos participantes (Prontuários) de pesquisa devido à impossibilidade de obtenção do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido de todos os participantes do estudo.

As informações necessárias ao estudo estão contidas em 220 prontuários de neonatos que foram admitidos na UTIN de alto risco no período de 31 de dezembro de 2020 a 31 de dezembro de 2021 para tratamento clínico, nos arquivos da Maternidade Dona Evangelina Rosa, e se referem a coleta de dados maternos neonatais que será realizada após aprovação pelo comitê de ética em pesquisa ao receber para avaliação.

Nos comprometemos em manter a confidencialidade sobre os dados coletados, como estabelecido na Resolução CNS 466/2012 e suas complementares, e ao publicar os resultados da pesquisa, manteremos o anonimato das pessoas cujos dados foram pesquisados.

Nos comprometemos a codificar os dados de identificação do participante ao coletar os dados para nosso instrumento de coleta de dados, para aumentar a confidencialidade e assegurar o anonimato do participante.

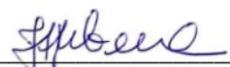
Declaramos, ainda, estar cientes de que é nossa responsabilidade a integridade das informações e a privacidade dos participantes da pesquisa. Também nos comprometemos que os dados coletados não serão repassados a pessoas não envolvidas na equipe da pesquisa abaixo relacionada.

Estamos cientes do direito do participante da pesquisa a solicitar indenização por dano causado pela pesquisa (por exemplo a perda do anonimato) nos termos da Resolução CNS nº. 466, de 2012, itens IV.3 e V.7; e Código Civil, Lei 10.406, de

2002, artigos 927 a 954, Capítulos I, "Da Obrigaçāo de Indenizar", e II, "Da Indenizaçāo", Título IX, "Da Responsabilidade Civil").

Nos comprometemos, ainda, com a guarda, cuidado e utilizāo das informações apenas para cumprimento dos objetivos previstos na pesquisa citada acima aqui, e que somente serāo coletados aps a sua aprovação do protocolo de pesquisa no Sistema CEP/CONEP.

Teresina, 12/02/2022



Prof. Me: José Francisco Ribeiro

CPF: 201.073.743-15



Marianna Soares Cardoso

CPF: 069.775.093-09

APÊNDICE B - Termo de Dispensa de Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)



UNIVERSIDADE ESTADUAL DO PIAUÍ- UESPI
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
CURSO DE BACHARELADO EM ENFERMAGEM



DISPENSA DO TCLE

Ilmo. Sra. Prof^a Dr^a Luciana Saraiva e Silva
 Coordenadora do Comitê de Ética e Pesquisa-CEP/UESPI

Solicito a dispensa da aplicação do Termo de consentimento livre e esclarecido do projeto de pesquisa intitulado, **“Perfil das admissões na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal de alto risco de uma maternidade pública”** com a seguinte justificativa:

1. Trata-se de pesquisa retrospectiva com uso de informações por meio prontuários sobre **“Perfil das admissões na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal de alto risco de uma maternidade pública”**
2. As informações serão utilizadas do arquivo geral da maternidade Dona Evangelina Rosa
3. Difícil localização de familiares, pois as informações contidas em prontuários nem todas apresentam endereço fidedigno.
4. Os participantes existentes em prontuários no período de 2020 a 2021, portanto sem nenhuma forma de localização.

Atenciosamente

Teresina, 12/02/2022

Prof. Me: José Francisco Ribeiro

CPF: 201.073.743-15

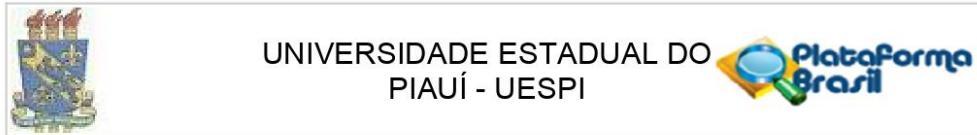
Marianna Soares Cardoso

CPF: 069.775.093-09

APÊNDICE C – Formulário de pesquisa

I. DADOS DA MÃE		
<p>1. IDADE:</p> <p>2. MORA EM:</p> <p style="margin-left: 20px;">2.1 (<input type="checkbox"/>) TERESINA (CAPITAL) 2.2 (<input type="checkbox"/>) TERESINA (INTERIOR) 2.3 (<input type="checkbox"/>) OUTRO ESTADO _____</p> <p>3. DIAGNÓSTICO:</p>		
II. DADOS DA GESTAÇÃO/ PARTO		
<p>1. TIPO:</p> <p style="margin-left: 20px;">1.1 (<input type="checkbox"/>) ÚNICA 1.2 (<input type="checkbox"/>) GEMELAR</p> <p>2. IDADE GESTACIONAL: _____</p> <p style="margin-left: 20px;">2.1 (<input type="checkbox"/>) PRÉ TERMO 2.2 (<input type="checkbox"/>) A TERMO 2.3 (<input type="checkbox"/>) PÓS TERMO</p> <p>3. DE PARTO:</p> <p style="margin-left: 20px;">3.1 (<input type="checkbox"/>) NORMAL 3.2 (<input type="checkbox"/>) CESÁREO</p>		
III. ORIGEM DO RN		
<p style="margin-left: 20px;">1. (<input type="checkbox"/>) EXTERNO 2. (<input type="checkbox"/>) UCINCO 3. (<input type="checkbox"/>) UCINCA</p> <p style="margin-left: 20px;">4. (<input type="checkbox"/>) ENFERMARIA 5. (<input type="checkbox"/>) CENTRO CIRÚRGICO</p>		
IV. DADOS DO RN		
<p>1. SEXO:</p> <p style="margin-left: 20px;">1.1 (<input type="checkbox"/>) M 1.2 (<input type="checkbox"/>) F</p> <p>2. PESO: _____</p> <p style="margin-left: 20px;">2.1 (<input type="checkbox"/>) AIG 2.2 (<input type="checkbox"/>) PIG 2.3 (<input type="checkbox"/>) GIG</p> <p>3. COMPRIMENTO: _____</p> <p>4. PC: _____</p> <p>5. PT: _____</p> <p>6. APGAR: 1º _____ 5º _____</p> <p>7. DIAGNÓSTICO:</p>		
V. ALTA		
<p>1. DESTINO:</p> <p style="margin-left: 20px;">1.1 (<input type="checkbox"/>) UNCICO 1.2 (<input type="checkbox"/>) UNcinca 1.3 (<input type="checkbox"/>) ENFERMARIA 1.4 (<input type="checkbox"/>) TRANSFERÊNCIA 1.5 (<input type="checkbox"/>) ÓBITO</p> <p>OUTROS:</p>		<p>2. PESO: _____</p>
<p>DATA DA ADMISSÃO: _____</p>		<p>DATA DA ALTA: _____</p>
		<p>3. D.I.H: _____</p>

ANEXO A – Parecer substanciado do CEP



PARECER CONSUSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: CARACTERIZAÇÃO CLINICO-EPDEMIOLÓGICO DAS ADMISSÕES NEONATAIS EM UMA UTIN DE ALTO RISCO DE UMA MATERNIDADE PUBLICA.

Pesquisador: José Francisco Ribeiro

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 56096122.0.0000.5209

Instituição Proponente: Universidade Estadual do Piauí - UESPI

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 5.287.472

Apresentação do Projeto:

Este estudo será de natureza observacional, delineamento transversal e fundamentado na abordagem quantitativa. Os participantes deste estudo serão prontuários de neonatos admitidos em uma UTIN de alto risco de uma maternidade pública de referência para o estado do Piauí, no período de 31 de dezembro de 2020 a 31 de dezembro de 2021, resultando uma amostra de 220 prontuários de neonatos, calculada com uma precisão de 5% e com um intervalo de confiança de 95%. A coleta de dados ocorrerá entre 30 março a 30 de julho de 2022. O instrumento de pesquisa será um formulário com informações clínico-epidemiológica dos participantes.

Objetivo da Pesquisa:

Analizar o perfil clínico-epidemiológico dos neonatos admitidos na UTIN de alto risco em uma maternidade pública.

Objetivo Secundário:

- Caracterizar o perfil clínico dos neonatos admitidos em uma UTIN de alto risco de uma maternidade pública;
- Elencar as causas dos neonatos admitidos em uma UTIN de alto risco de uma maternidade pública.

Endereço:	Rua Olavo Bilac, 2335	CEP:	64.001-280
Bairro:	Centro/Sul	Município:	TERESINA
UF:	PI	Fax:	(86)3221-4749
Telefone:	(86)3221-6658	E-mail:	comitedeeticauesp@uespi.br



Continuação do Parecer: 5.287.472

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

Considerando as características da pesquisa, asseguramos que os riscos são mínimos. Embora exista a possibilidade de danos à dimensão física, psíquica, moral, intelectual, social, cultural ou espiritual, dos responsáveis pelas informações, trata-se apenas de dados contidos em prontuários. Ressalta – se que os pesquisadores terão o cuidado de realizar a coleta de dados em momentos que oportunize maior confidencialidade e sigilo. Quanto ao risco biológico relacionado à infecção pelo novo coronavírus, será realizado todas as medidas de prevenção no contexto da pandemia por este vírus, sendo cumprido todas as normas da Comissão de Controle de Infecção Hospitalar – CCIH da Maternidade Dona Evangelina Rosa e em conformidade com a Agência Nacional de Vigilância Sanitária – Anvisa. Sendo garantido o uso de máscara cirúrgica e higiene adequada das mãos aos envolvidos na pesquisa e o distanciamento social de dois metros como forma complementar de prevenção e contágio do vírus.

Benefícios:

Os benefícios da pesquisa serão o conhecimento das características das admissões neonatais, desfechos da população estudada, favorecendo a equipe de saúde neonatal o desenvolvimento de novas técnicas de acolhimento dos neonatos e seus responsáveis, de acordo com as causas de cada caso das admissões o fornecimento de orientações fundamentadas em evidências científicas, assim tornando a comunicação científica um veículo de profilaxia a admissões futuras.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Propõe dispensa do TCLE?

Sim.

Justificativa:

Solicito a dispensa da aplicação do Termo de consentimento livre e esclarecido do projeto de pesquisa intitulado, "Caracterização clínico epidemiológico das admissões neonatais em uma UTIN de alto risco de uma maternidade pública" com as seguintes justificativas:

1. Trata-se de pesquisa retrospectiva com uso de informações por meio prontuários sobre "Caracterização clínico-epidemiológico das admissões neonatais em uma UTIN de alto risco de uma maternidade pública".
2. As informações serão utilizadas do arquivo geral da maternidade Dona Evangelina Rosa.
3. Difícil localização de familiares, pois as informações contidas em prontuários nem todas

Endereço: Rua Olavo Bilac, 2335

Bairro: Centro/Sul

CEP: 64.001-280

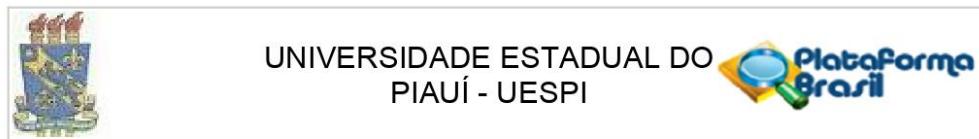
UF: PI

Município: TERESINA

Telefone: (86)3221-6658

Fax: (86)3221-4749

E-mail: comitedeeticauespi@uespi.br



Continuação do Parecer: 5.287.472

apresentam endereço fidedigno.

4. Os participantes existentes em prontuários no período de 2020 a 2021, portanto sem nenhuma forma de localização.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Foram apresentados:

- Folha de Rosto preenchida, assinada, carimbada e datada.
- Solicitação de dispensa do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE);
- Declaração da Instituição e Infra-estrutura em papel timbrado da instituição, carimbada, datada e assinada;
- Projeto de pesquisa na íntegra (word/pdf);
- Instrumento de coleta de dados EM ARQUIVO SEPARADO sem identificação do participante (questionário/entrevista/formulário/roteiro);
- Termo de Consentimento da Utilização de Dados (TCUD).
- Declaração dos pesquisadores.

Recomendações:

APROPRIAR-SE da Resolução CNS/MS 466/12 (que revogou a Res. 196/96), e seus complementares que regulamenta as Diretrizes Éticas para Pesquisas que Envolvam Seres Humanos.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

De acordo com a análise, conforme a Resolução CNS/MS N°466/12 e seus complementares, o presente projeto de pesquisa apresenta o parecer APROVADO por se apresentar dentro das normas de eticidade vigentes.

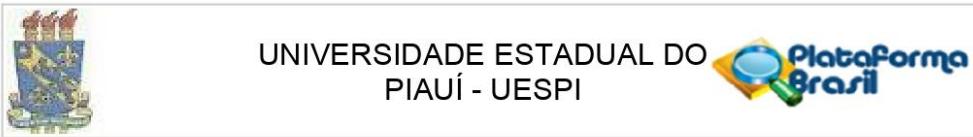
Apresentar/Enviar o RELATÓRIO FINAL no prazo de até 30 dias após o encerramento do cronograma previsto para a execução do projeto de pesquisa.

Considerações Finais a critério do CEP:

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJECTO_1894333.pdf	21/02/2022 12:18:25		Aceito
Folha de Rosto	flh.pdf	21/02/2022	José Francisco	Aceito

Endereço: Rua Olavo Bilac, 2335	CEP: 64.001-280
Bairro: Centro/Sul	
UF: PI	Município: TERESINA
Telefone: (86)3221-6658	Fax: (86)3221-4749
	E-mail: comitedeeticauespi@uespi.br



Continuação do Parecer: 5.287.472

Folha de Rosto	flh.pdf	12:18:01	Ribeiro	Aceito
Outros	FOR.pdf	20/02/2022 13:53:44	José Francisco Ribeiro	Aceito
Outros	TCUD.pdf	20/02/2022 13:50:32	José Francisco Ribeiro	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	DIS.pdf	20/02/2022 13:48:39	José Francisco Ribeiro	Aceito
Orçamento	ORM.pdf	20/02/2022 13:41:48	José Francisco Ribeiro	Aceito
Cronograma	CRO.pdf	20/02/2022 13:40:04	José Francisco Ribeiro	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	CAN.pdf	12/02/2022 23:14:22	José Francisco Ribeiro	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	DCI.pdf	12/02/2022 22:57:28	José Francisco Ribeiro	Aceito
Outros	CAR.pdf	09/02/2022 23:07:07	José Francisco Ribeiro	Aceito
Declaração de Pesquisadores	DEP.pdf	09/02/2022 23:04:55	José Francisco Ribeiro	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PPB.pdf	09/02/2022 23:03:27	José Francisco Ribeiro	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

TERESINA, 11 de Março de 2022

Assinado por:
LUCIANA SARAIVA E SILVA
(Coordenador(a))

Endereço: Rua Olavo Bilac, 2335	CEP: 64.001-280
Bairro: Centro/Sul	
UF: PI	Município: TERESINA
Telefone: (86)3221-6658	Fax: (86)3221-4749
	E-mail: comitedeeticauespi@uespi.br

ANEXO B - Carta de anuênciа



CARTA DE ANUÊNCIA

Eu, Joaquim Vaz Parente, Diretor de Ensino e Pesquisa da Maternidade Dona Evangelina Rosa sitiada em Teresina/ PI, declaro que a orientanda: Marianna Soares Cardoso, , pretende realizar nesta instituição o projeto de pesquisa: **“Caracterização clínico-epidemiológico das admissões neonatais em uma UTIN de alto risco de uma maternidade pública”** Orientador: Profº Me. José Francisco Ribeiro, objetivo geral: analisar o perfil clinic-epidemiológico das admissões neonatais em uma UTIN de alto risco de uma maternidade pública.

Ressalto que estou ciente de que serão garantidos os direitos, dentre outros assegurados pela Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde. Garantia da confidencialidade, no anonimato e da não utilização das informações em prejuízo dos outros, de forma que os prontuários serão liberados sem a identificação do paciente, o SAME disponibilizará de um funcionário durante o período, a fim de garantir o sigilo dos prontuários frente aos pesquisadores.

- 1) Que haverá riscos mínimos para o participante da pesquisa;
- 2) Emprego dos dados somente para fins previstos nesta pesquisa;
- 3) Retorno dos benefícios obtidos através deste estudo para as pessoas e para comunidade onde o mesmo foi realizado.
- 4) Garantia da confidencialidade, no anonimato e da não utilização das informações em prejuízo dos outros, de forma que os prontuários serão liberados sem a identificação do paciente, o SAME disponibilizará de um funcionário durante o período, a fim de garantir o sigilo dos prontuários frente aos pesquisadores.
- 5) Que haverá riscos mínimos para o participante da pesquisa;
- 6) Emprego dos dados somente para fins previstos nesta pesquisa;
- 7) Retorno dos benefícios obtidos através deste estudo para as pessoas e para comunidade onde o mesmo foi realizado.

Acrescento o necessário compromisso de entrega de exemplar destinado a MDER após conclusão de pesquisa. Informo-lhe ainda, que a pesquisa somente será iniciada após a aprovação do Comitê de Ética em pesquisa da Universidade Estadual do Piauí- UESPI, garantir a todos os envolvidos os referenciais básicos da bioética, isto é, autonomia, não maleficência, benevolência e justiça.

Teresina, 16 de fevereiro de 2022

Joaquim Vaz Parente
Diretor de Ensino e
Pesquisa/MDER

Maternidade Dona Evangelina Rosa / MDER
Av. Ingá Cunha, 1652 - Ilhotas
CEP 64014-220 - Teresina - Piauí, Brasil
Fone: 062.333.500/0101-05
www.pi.gov.br

ANEXO C – Declaração de tradução**Declaração de Tradução**

Eu, Igor Cunha Rocha, professor de Língua Inglesa e Mestrando em Linguística na Universidade Federal do Piauí, sob o CPF 055.117.143-05, portador do documento de identidade nº 3361824, DECLARO que realizei a tradução integral da língua Portuguesa para a língua Inglesa do resumo da monografia **“Caracterização Clínico-Epidemiológica Das Admissões Neonatais Em Uma UTIN De Alto Risco De Uma Maternidade Pública”**

Por ser verdade, firmo a presente.

Teresina, 16 de setembro de 2022.


Igor Cunha Rocha

Signed with Smallpdf

