



## O perfil das internações da unidade de terapia intensiva neonatal e pediátrica de um hospital no Maranhão

The profile of hospitalization in the neonatal and pediatric intensive care unit of a hospital in Maranhão

El perfil epidemiológico de la hospitalización en la unidad de terapia intensiva neonatal y pediátrica de un hospital macroregional de Maranhão

Abraão Lira Carvalho<sup>1</sup>, José Lopes Pereira Júnior<sup>2</sup>, Thalyson Pereira Santana<sup>1</sup>, Alinne Nascimento de Sousa<sup>1</sup>, Leísse Mendes da Silva<sup>1</sup>, Mara Julyete Arraes Jardim<sup>1</sup>, Ana Cláudia Mororó de Sousa<sup>3</sup>, Raquel de Araújo Fernandes<sup>1</sup>.

### RESUMO

**Objetivo:** Analisar o perfil epidemiológico com ênfase nos dados de entrada, morbimortalidade e sobrevida dos pacientes internados em uma Unidade de Terapia Intensiva Neonatal Pediátrica. **Métodos:** Pesquisa documental, retrospectiva de recorte transversal de caráter quantitativo; a população em estudo foi os pacientes pediátricos de 0 dias a 12 anos de nascimento; o instrumento de coleta foi um formulário de produção própria para transpor dados registrados nos prontuários e sistema de gestão clínica. **Resultados:** A mediana mensal é de 15,66 internações; 11,07 de altas, 3,16 de óbitos e 0,5 de transferências; 119 internações foram do sexo masculino (63%), e 69 pacientes do sexo feminino (37%); os pacientes menores de um ano sobrepõe às outras idades, sendo 64% (120) das internações e pacientes em leitos pediátricos são 36%; os principais diagnósticos de entrada foram prematuridade com 38%, seguido de pneumonia, desconforto respiratório e sepses. **Conclusão:** A unidade apresenta um grau satisfatório de resolutividade, mas alguns indicadores negativos como: tempo de espera para regulação e transferência do paciente, burocratização do sistema de regulação de leitos e demora no traslado do paciente.

**Palavras-chave:** Unidades de Terapia Intensiva Neonatal, Unidades de Terapia Pediátrica, Perfil de saúde.

### ABSTRACT

**Objective:** To analyze the epidemiological profile with emphasis on input data, morbidity and mortality and survival of patients admitted to a Pediatric Neonatal Intensive Care Unit. **Methods:** Documentary research, retrospective cross-sectional quantitative study; the study population was pediatric patients from 0 days to 12 years of age; the collection instrument was a self-produced form to transpose data recorded in the medical

<sup>1</sup> Universidade Estadual do Maranhão (UEMA) Bacabal - MA.

<sup>2</sup> Faculdade Santo Agostinho, Teresina - PI.

<sup>3</sup> Faculdade de Educação de São Francisco (FAESF), Pedreiras - MA.

records and clinical management system. **Results:** The monthly median is 15.66 admissions; 11.07 of discharges, 3.16 of deaths and 0.5 of transfers; 119 admissions were male (63%) and 69 female patients (37%); patients younger than one-year overlap with other ages, accounting for 64% (120) of hospitalizations and patients in pediatric beds accounting for 36%; the main diagnoses at admission were prematurity with 38%, followed by pneumonia, respiratory distress and sepsis. **Conclusion:** The unit has a satisfactory degree of resolution, but some negative indicators such as: waiting time for patient adjustment and transfer, bureaucratization of the bed regulation system and delay in patient transfer.

**Keywords:** Neonatal Intensive Care Units, Pediatric Therapy Units, Health profile.

---

## RESUMEN

**Objetivo:** Analizar el perfil epidemiológico con énfasis en los datos de entrada, morbimortalidad y supervivencia de los pacientes ingresados en una Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales Pediátricos. **Métodos:** Investigación documental, estudio cuantitativo transversal retrospectivo; la población de estudio fueron pacientes pediátricos de 0 días a 12 años de edad; el instrumento de recolección fue un formulario de elaboración propia para transponer los datos registrados en el sistema de gestión de historias clínicas y clínicas. **Resultados:** La mediana mensual es de 15,66 admisiones; 11,07 de altas, 3,16 de defunciones y 0,5 de traslados; 119 admisiones fueron pacientes masculinos (63%) y 69 femeninos (37%); los pacientes menores de un año se superponen con otras edades, representando el 64% (120) de las hospitalizaciones y los pacientes en camas de pediatría el 36%; los principales diagnósticos al ingreso fueron prematuridad con un 38%, seguido de neumonía, dificultad respiratoria y sepsis. **Conclusión:** La unidad tiene un grado de resolución satisfactorio, pero algunos indicadores negativos como: tiempo de espera para ajuste y traslado de pacientes, burocratización del sistema de regulación de camas y retraso en el traslado de pacientes.

**Palabras clave:** Unidades de Cuidados Intensivos Neonatales, Unidades de Terapia Pediátrica, Perfil de salud.

---

## INTRODUÇÃO

Um dos principais objetivos no tratamento do paciente é assegurar que o mesmo tenha um atendimento de qualidade, prestando uma assistência voltada ao diagnóstico e à terapêutica; desta forma, houve uma mudança na organização da estruturação médico-hospitalar, tornando-as mais autossuficientes e especializadas conforme a sua complexidade e demanda, tornando os recursos a ela alocados bem mais aproveitados conforme a demanda dos pacientes (SLAVIERO RS e GRIEP R, 2015).

Por conseguinte, os primeiros dias de vida de um recém-nascido (RN) é o período mais propenso ao risco de morbimortalidade, devido à sua vulnerabilidade biológica. Diante disso, a Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica (UTIP) é o ambiente principal onde se concentra tecnologia de suporte à vida, prontas para ofertar os cuidados necessários nos diversos graus de complexidade, garantindo o melhor manejo clínico dos RN's (SANTIAGO AD, et al., 2017).

Diante disso, o perfil epidemiológico de RN's internados em unidades intensivas é fundamental para detecção precoce, identificação e utilização do melhor método terapêutico na otimização do prognóstico do paciente. Além disso, a epidemiologia contribui de maneira eficaz na elaboração de medidas de prevenção e promoção da saúde.

De acordo com Souza AMG, et al. (2018), o perfil epidemiológico faz a análise dos indicadores de morbidade, mortalidade ou alta desta unidade, podendo identificar as falhas, e mostrar os fatores que levaram a internação desses pacientes, desta maneira, subsidiando um planejamento e correções necessárias para a oferta de melhorias no tratamento do cliente. Segundo Cardoso DJS e Schumacher B (2017), é relevante conhecer os padrões epidemiológicos locais e o perfil de sensibilidade de uma unidade, para que se tenha uma detecção precoce de agentes patológicos.

Desta forma, a análise do perfil epidemiológico de uma unidade de saúde, em específico nesta pesquisa que se trata de uma Unidade de Terapia Intensiva Neonatal Pediátrica (UTINP) é o meio para se encontrar indicadores de erros e também a oferta de mudanças para o melhoramento dos dados negativos. Contudo, esta pesquisa objetivou analisar o perfil epidemiológico dos pacientes internados em uma UTIP de um hospital macrorregional do estado do Maranhão e possivelmente ofertar propostas de melhorias através do planejamento e mudança no que se fizer necessário.

## MÉTODOS

Estudo exploratório documental, retrospectivo, de recorte transversal e de caráter quantitativo, ocorrido no período de abril a julho de 2019, sendo avaliado por pesquisadores capacitados na metodologia. Desta forma, o local de estudo foi a UTINP do Hospital.

Foram avaliados os prontuários dos pacientes que atenderam aos seguintes critérios de inclusão: prontuários de crianças com entrada na UTI Neonatal e Pediátrica com idade correspondente de 0 dias a 12 anos, com permanência mínima de 24 horas, pois é o prazo estabelecido pela unidade para acolhimento e estabilização determinante de internação. Contudo, não houve exclusões nesta pesquisa, por não haverem prontuários incompletos e tampouco pacientes sem estabilidade de sinais vitais para admissão na unidade.

Diante disso, a coleta de dados foi um formulário de produção própria, preenchido com a coleta de dados em documentos físicos, banco de dados do sistema, prontuários, mapa clínico da UTINP, planilha de dados da supervisão da unidade e no sistema de gerenciamento dos serviços da unidade, clínicos (prática à beira do leito) correspondente a 1 (um ano), de janeiro a dezembro do ano de 2018.

Após coletados os dados e transferidos para o instrumento de coleta, foram criadas as planilhas de dados no software Excel, do pacote office 2019 e posteriormente analisados, tabulados, processados e gerados os gráficos pelo software de análise estatística IBM SPSS Statistics 25.

O presente estudo obedece aos critérios éticos definidos pela Resolução nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde, a mesma não apresenta conflitos éticos, tendo sido aprovada pela Coordenação de Pesquisa da Secretaria de Estado da Saúde do Maranhão e pelo Comitê de Ética e pesquisa da Universidade Estadual do Maranhão, no dia 01 de abril de 2019, sob nº 3.235.482 e CAAE: 04371318.3.0000.5554.

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

Esta pesquisa foi realizada com a totalidade das internações do período de janeiro 8 a dezembro de 2018, os registros foram feitos nos documentos físicos, sendo eles: ficha de internação, ficha de admissão e mapa clínico; e também registrados no sistema na entrada do Hospital e posteriormente pela escriturária da UTINP. Após anotadas as informações no mapa clínico, a supervisão da unidade coleta os dados e transfere para uma planilha do software Excel do pacote Office da Microsoft.

Durante o período do ano de 2018, foram admitidos 188 pacientes o que representa 100% das internações nas unidades, tendo como procedências: cirúrgica, clínica pediátrica, outros hospitais ou emergência.

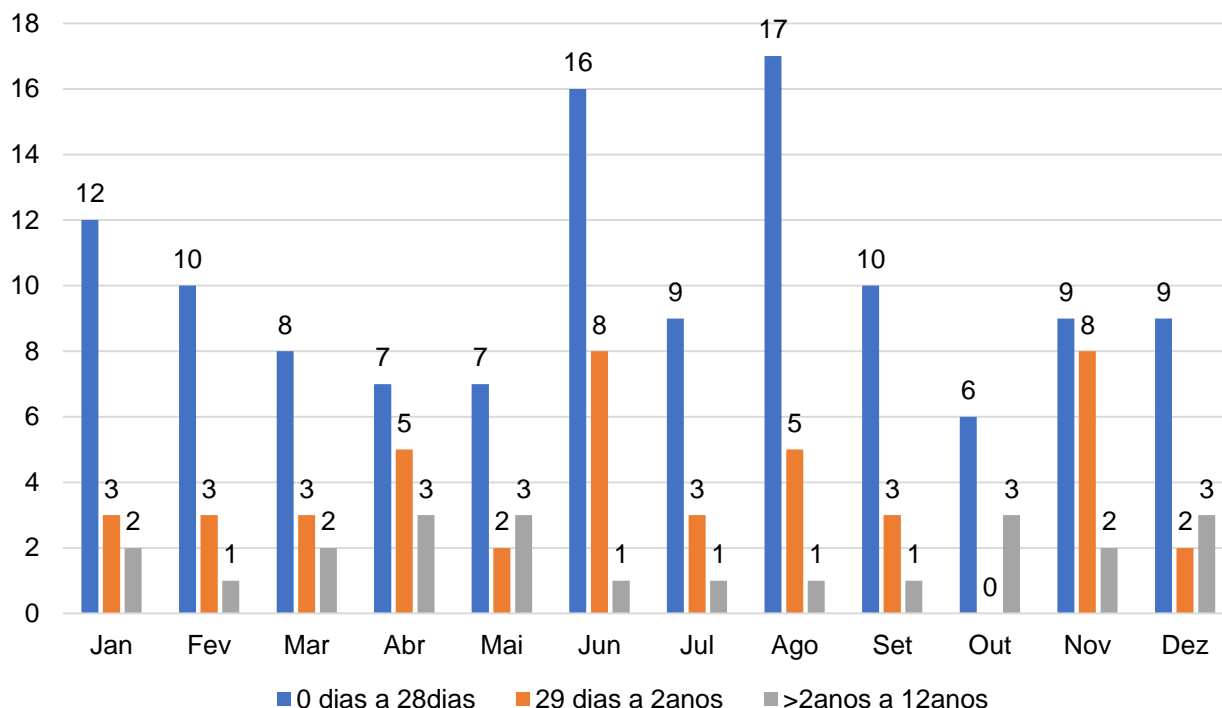
Diante disso, este estudo mostra que a unidade tem um nível de resolutividade alto, o que é notório, pelos dados calculados pelas medianas de internações, altas, transferências e óbitos. A mediana mensal de internações é de 15,66; enquanto as altas são 11,07; os óbitos 3,16 e as transferências 0,5.

No estudo de Mendonça JG, et al. (2019) em cada 100 internações, 10,8 evoluíram para o óbito o que apresenta uma proporção de 89% de resolutividade nas Unidades de Terapia intensiva do estado de Pernambuco.

Por conseguinte, quanto à idade, foram admitidos 120 pacientes de 0 a 28 dias de vida, considerados pacientes neonatos, 45 pacientes de 29 dias a 2 anos de vida e 23 pacientes de 2 a 12 anos, perfazendo os

100% das internações deste período. O **gráfico 1** descreve o quantitativo conforme os meses do ano de 2018.

**Gráfico 1** - Internações por tempo de vida nos meses do ano.



**Fonte:** Carvalho AL, et al., 2023.

Em todos os meses do ano o número de neonatos se sobrepõe às outras idades atendidas pela Unidade, essa faixa etária representa uma totalidade de 64% (120) das internações enquanto os pacientes de leitos pediátricos compõem 36% das internações.

Esses dados mostram que o primeiro mês de vida é o período que apresenta maior vulnerabilidade, principalmente no que se refere a pacientes pré-termos, onde o sistema imunológico é fragilizado e órgãos vitais como os pulmões, coração e rins ainda não são totalmente autossuficientes para a vida extrauterina; embora se tenha essas causas naturais, outros fatores podem estar relacionados também ao perfil regional (DAMIAN A, et al., 2016).

Por conseguinte, a maioria das entradas na UTINP teve como procedência a referência hospitalar, o que significa que 72% (136) dos casos têm origem de um outro hospital municipal, sem que esse pudesse ofertar a assistência necessária ao tratamento do paciente, enquanto 11% (20) está relacionado a crianças que tiveram complicações e são oriundas da clínica pediátrica e 17% (32%) são crianças oriundas do serviço de emergência local.

As internações em sua maioria foram por motivo clínico, sendo que 91% (172), enquanto os outros 9% (16) tem por motivo cirúrgico.

Desta forma, a **Tabela 1** descreve o diagnóstico, o tipo, se agudo ou crônico e quantitativo de pacientes. O tipo de diagnóstico pode ser definido como agudo ou crônico. Agudo se refere ao diagnóstico definido apenas para aquele momento de internação do paciente, enquanto crônico se refere àqueles diagnósticos em que a patologia ou estado do cliente transcende o tempo de internação, que embora se tenha uma melhora clínica, esse diagnóstico pode se estender durante a vida do mesmo.

**Tabela 1** - Quantitativo de internações por diagnóstico agudo ou crônico na internação.

Principais diagnósticos	Tipo de diagnóstico na internação	Quantidade
Prematuridade	Agudo	63
Pneumonia	Agudo	16
Desconforto respiratório	Agudo	11
Asfixia neonatal	Agudo	10
Prematuridade extrema	Agudo	8
Sepse	Agudo	10
Convulsão neonatal	Agudo	7
Hidrocefalia	Crônico	7
Síndrome de aspiração meconial	Agudo	6
Asma	Agudo	5
Baixo peso	Agudo	5
Traumatismo crânio encefálico grave	Agudo	5
Pós-operatório imediato de implante de DVP	Crônico	3
Abdomem agudo	Agudo	2
Bronquiolite	Agudo	2
Anemia	Crônico	2
Leishmaniose visceral	Agudo	2
Encefalite viral	Agudo	2
Hiperglicemia A/E	Agudo	2
Intoxicação exógena	Agudo	2
Pós operatório apendicectomia supurada	Agudo	2
Pós operatório laparotomia	Agudo	2
Apendicite aguda	Agudo	1
Choque séptico	Agudo	1
Dermatite atópica	Agudo	1
Gastroenterocolite aguda	Agudo	1
Insuficiência respiratória	Agudo	1
Laringotraqueomalacia	Crônico	1
Membrana hialina	Agudo	1
Meningite viral	Agudo	1
Meningocele	Crônico	1
Plaquetopenia	Agudo	1
Politrauma T.C.E.	Agudo	1
Trauma	Agudo	2
Ventriculite	Agudo	1
<b>Total</b>		<b>188</b>

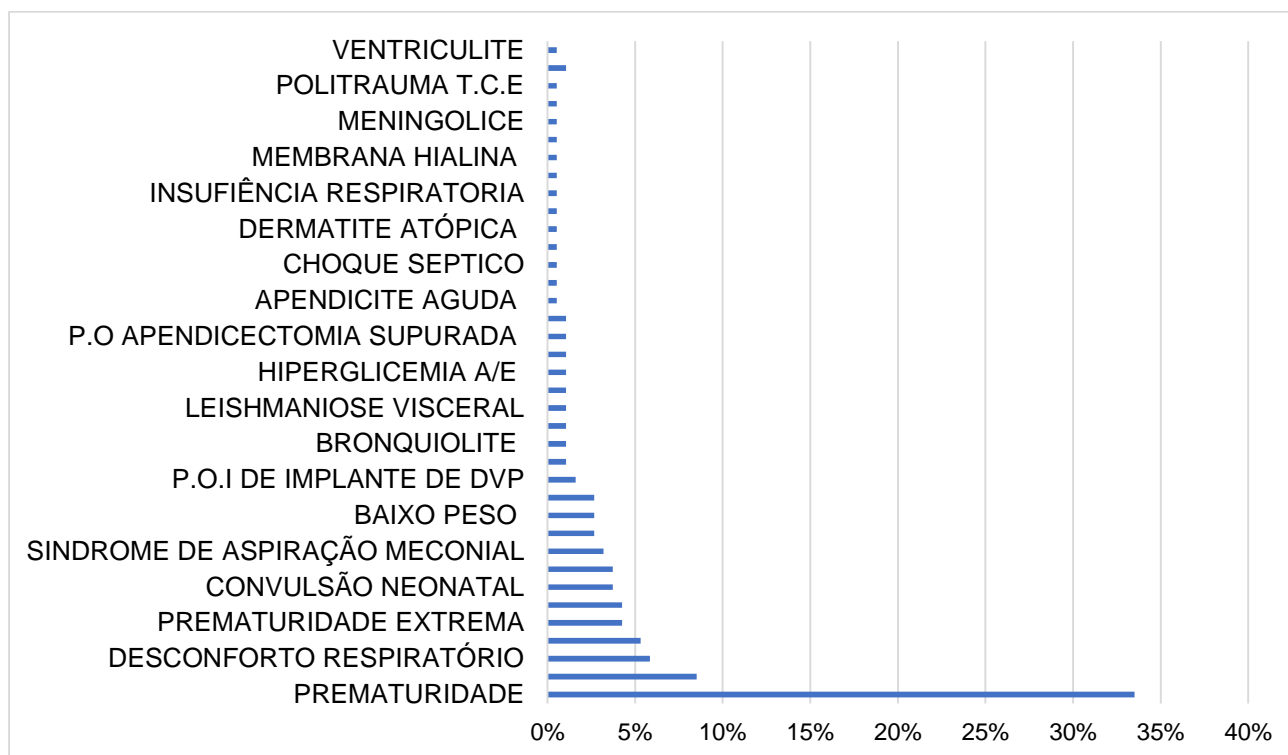
**Fonte:** Carvalho AL, et al., 2023.

São vários os critérios que apontam o RN como paciente crítico e, portanto com necessidade de admissão na UTIP, pode-se destacar: paciente com doença pulmonar; pacientes com doença cardiovascular; pacientes com doenças neurológicas, pacientes com doença oncológica; pacientes com doença hematológica; pacientes com doenças endócrinas, pacientes com doença gastrointestinal; paciente

em pós- operatório; pacientes com doença renal; pacientes com doenças em outros sistemas, ou acidentes como afogamento, queimaduras, intoxicação (ANVISA, 2017a). Os diagnósticos com maiores índices são: prematuridade, o que representa 38% (71) das internações, pneumonia que é responsável por 9% (16) das entradas na Unidade e desconforto respiratório com índice de 6% (11); ainda há outros diagnósticos, como asfixia neonatal com 5% (10), prematuridade extrema também com 4% (8) e outros, como pode-se ver no **gráfico 2**.

A prematuridade é o diagnóstico de 72% dos pacientes que são internados, porém mesmo com uma porcentagem alta de pacientes prematuros, o peso ao nascimento médio dos pacientes manteve-se acima de 2000g, com um valor de 2084g (RODRIGUES VBM e BELHAM A, 2017). Para o estudo de Mendonça JG, et al. (2019) o índice elevado de internações por patologias de caráter crônico nas UTIP de Pernambuco pode estar relacionado às características das próprias unidades, pela desigualdade de acesso geográfico; o que se difere deste estudo que mostra que a maioria são casos agudos durante a internação.

**Gráfico 2** - Porcentagem de internações por diagnóstico.



**Fonte:** Carvalho AL, et al., 2023.

O motivo de internação pode ser ainda classificado como apenas por causa sistêmica, cirúrgica, traumas ou intoxicação exógena. Nesse estudo, a maioria está classificada como motivo de entrada apenas por causa sistêmica com 88% (165), enquanto que os pacientes que deram entrada por motivo cirúrgico representam 8% (15) das internações, os outros casos estão relacionados a trauma, acidentes e intoxicação exógena.

Além disso, quanto ao sexo dos pacientes admitidos, 119 foram do sexo masculino o que representou 63% das internações, enquanto tiveram 69 pacientes do sexo feminino, representando 37% das internações. Esses números mostram que o sexo masculino é mais propenso a desenvolver patologias que levam à necessidade de tratamento intensivo. Apesar do índice de internação de meninos ser maior que o de meninas, o sexo feminino apresenta maior índice de mortalidade, o que significa 22% das internações de meninas, enquanto dos meninos internados apenas 19% morrem, ou seja, de 188 pacientes, 53% (15) óbitos foram de pacientes do sexo feminino, e 47% (23) óbitos de pacientes do sexo masculino.

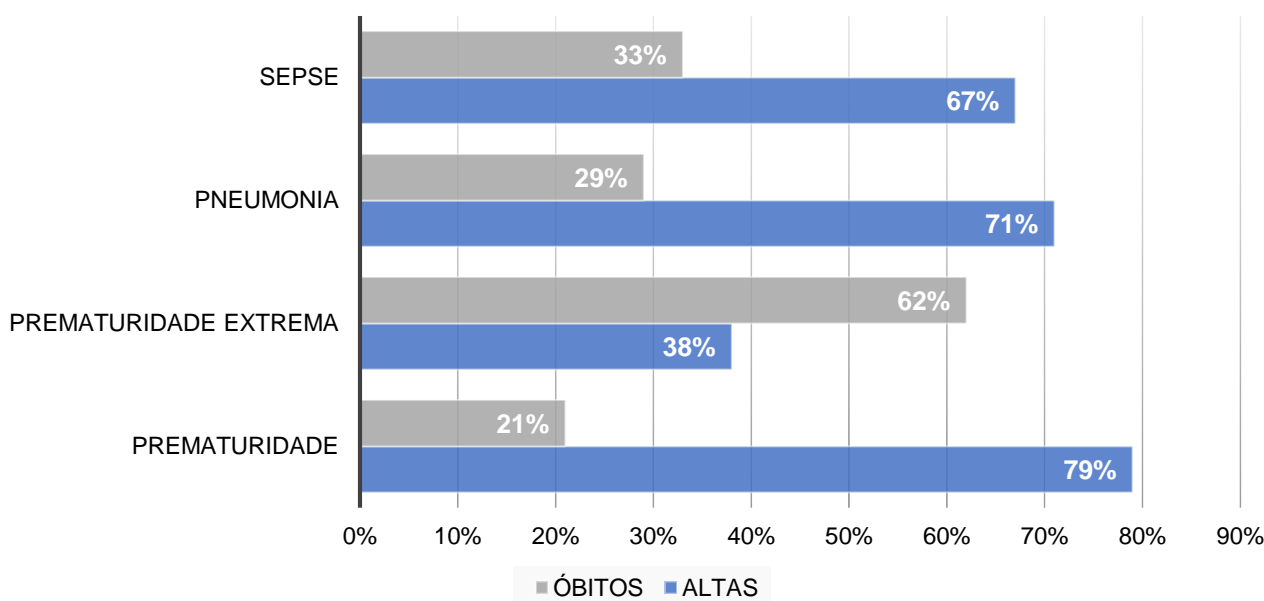


No estudo de Castro ECM, et al. (2016) realizado nos nove estados da região nordeste, o sexo masculino apresentou grande relação com óbitos, com risco três vezes a mais, comparado a pacientes do sexo feminino. Além disso, no diagnóstico de prematuridade, 63% dos pacientes foram do sexo masculino e 37% dos prematuros do sexo feminino, em números correspondem a 46 e 27 pacientes, respectivamente.

Neste estudo, vê-se que prematuridade lidera os maiores índices, inclusive de óbitos, ela é a causa de 21 óbitos; durante esse período existem fatores associados como o desconforto respiratório, baixo peso, o que traz fragilidade para essa categoria de pacientes (DAMIAN A, et al., 2016). Pode-se destacar ainda asfixia como causa de 5 óbitos, Pneumonia com 5 óbitos e Sepses também com 5 óbitos.

Desta forma, prematuridade é a causa maior de internação no estudo de Souza MN, et al. (2018), onde estão 27,62%, de maneira individual o desconforto respiratório ou taquipneia representa 14,89% das causas de internações. Esses números se dão ao fato de que os pulmões são um dos últimos órgãos a estar preparados para funcionamento do bebê no ambiente externo, desta forma, a prematuridade que é o maior índice de causa de internações em UTINP's é também um agravador para este problema. Por conseguinte, conforme **gráfico 3**, o percentual de altas em prematuridade é de 79% (48), já em prematuros extremos o número de óbitos se torna maior, com 62% (8).

**Gráfico 3** - Altas e óbitos nos principais diagnósticos.



**Fonte:** Carvalho AL, et al., 2023.

Entretanto, entre os pacientes com diagnóstico de sepse 67% fizeram tratamento e receberam alta enquanto 33% foram a óbito, enquanto pacientes com diagnóstico de pneumonia 71% obtiveram alta e 29% foram a óbito. Em números foram, 17 pacientes com pneumonia e 15 pacientes com sepse.

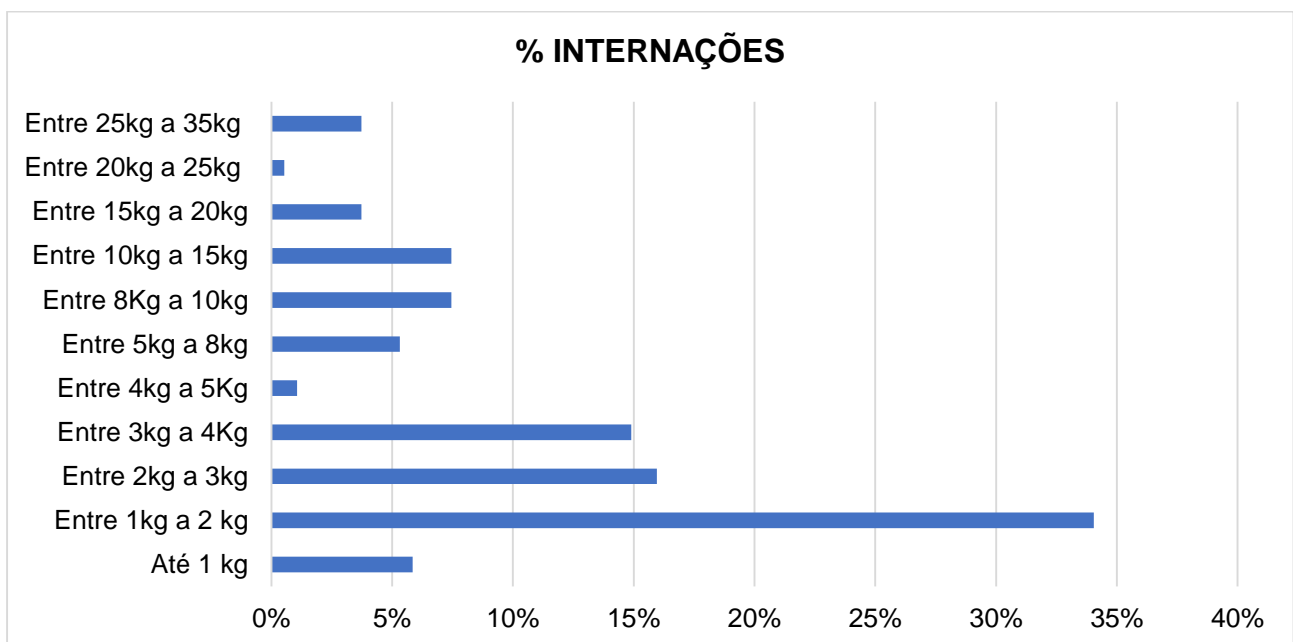
Segundo Brasil (2017), conforme os dados disponibilizados pelo Sistema de Informação de Mortalidade (SIM), 60% da mortalidade em pacientes pediátricos ocorre no período neonatal, sendo que a sepse neonatal o maior causador de óbitos nessa faixa etária. Esses dados concordam com os dados encontrados nessa pesquisa.

No estudo de Portillo ILH, et al. (2017), um estudo internacional, realizado em Honduras, mostra também que em 55% dos casos de sepse, foram detectados nível de mecônio, significativo para desencadeamento da sepse.

Nos casos de pneumonia são mais evidentes em pacientes com menos de 1 ano de idade onde constatou-se 59% dos casos de internações por essa patologia nessa faixa etária e os outros 41% foram em pacientes acima de 1 ano, vale ressaltar que os casos acima de um ano estão bem distribuídos até os 5 primeiros anos de idade, enquanto há um caso isolado de pneumonia em um paciente com 11 anos. Isso remete a entender que a vulnerabilidade para esta patologia é mais presente nos primeiros anos de vida desse perfil de pacientes da pesquisa.

De acordo com Camargos PAM, et al. (2018), nos países em desenvolvimento, a principal causa de mortalidade em menores de cinco de idade é a pneumonia. Por conseguinte, neste estudo, 6% (11) das internações são de pacientes abaixo de 1000g e com 0% de alta; enquanto crianças maiores de >1000g a 2000g representam 34% (64) das internações e 89% (57) de alta. É a relação apresentada no **gráfico 4**, com a porcentagem de pacientes por faixa de peso.

**Gráfico 4** - Porcentagem de pacientes por faixa de peso.



**Fonte:** Carvalho AL, et al., 2023.

Contudo, o índice de óbitos com maiores proporções é dos pacientes com peso inferior a 1000g que apresenta 100% (11) de óbito e pacientes com peso entre 2kg a 3kg que teve registro de apenas 10% (3) de óbitos. A relação que se pode fazer entre peso e mortalidade é que neonatos abaixo de 1kg possuem uma chance de sobrevivência nula, nesta unidade.

Segundo Brasil (2021), é de acordo com cálculo da taxa de mortalidade infantil que se avalia o risco de um nascido vivo morrer antes de chegar a um ano de vida, sendo este, um importante indicador de saúde e condições de vida de uma população.

Não foi possível encontrar estudos que apresentem de maneira específica o índice de alta e óbitos de pacientes abaixo de 1000g de peso, porém vê-se no estudo de Borges FRS, et al. (2016) que a causa de óbitos em pacientes por peso foi: baixo peso (1500-2499g) 32,05%, muito baixo peso (1000-1499g) 8,28% e extremo baixo peso (<1000g) 4,72%.

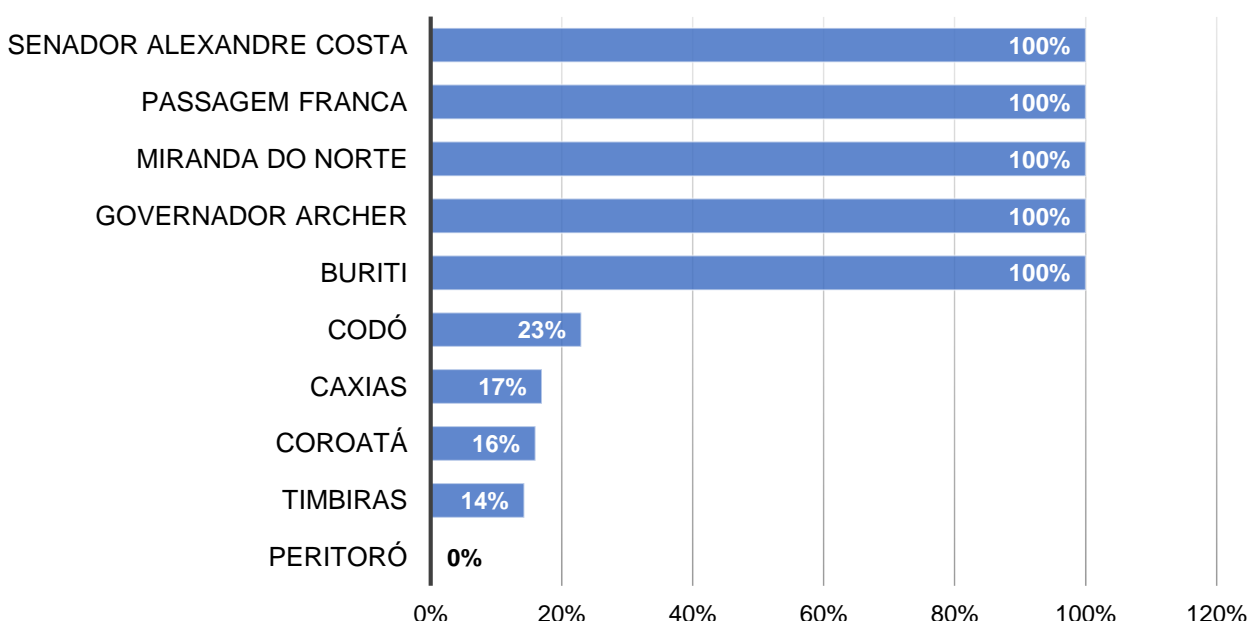
Por conseguinte, pacientes com origem de cidades com mais de 70km de distância estão mais propensos a óbitos, é o que se vê nesse estudo, as cidades mais distantes que referenciaram pacientes para UTINP em Coroatá, foram as que tiveram maior índice de óbito.



O **gráfico 5** mostra que Passagem Franca que fica a 354km de distância de Coroatá, teve 100% (1) de óbito dos seus pacientes referenciados; Buriti a 320km de distância da unidade, também teve registro de 100% (1) de óbitos de pacientes; enquanto Timbiras que está apenas a 35km de distância da cidade a taxa de mortalidade cai para 14% (1). Vale ressaltar que algumas dessas cidades com óbitos de 100% também tiveram poucos pacientes referenciados, o que destaca a variável em porcentagens altas.

Por esses dados pode-se inferir que apesar de que todo paciente crítico deve ser transportado em Unidade de Suporte Avançado, segundo CFM (2003) e a mesma possui requisitos para o transporte desse paciente; as viagens para transporte do paciente, submetem o mesmo a instabilidades durante o transporte, pela movimentação e impactos que cooperam para maior agravamento do paciente ocasionando danos que mesmo o paciente chegando em vida, podem se tornar irreparáveis.

**Gráfico 5** - Óbitos por cidade de origem.



**Fonte:** Carvalho AL, et al., 2023.

Para Slaviero RS e Griep R (2015), a sobrevivência de um paciente crítico está diretamente relacionada à rapidez com que esse paciente é direcionado ao tratamento definitivo adequado. Se um paciente em situação grave for atendido rapidamente ou no menor tempo possível, as chances de sobrevivência são bem maiores. Entretanto, neste estudo, a maioria das mães dos pacientes neonatos, tiveram seus partos com idade gestacional (IG) entre 27 e 31 semanas, equivalendo a 40% (48), enquanto o segundo maior quantitativo está entre mães que tiveram parto com IG de 32 a 36 semanas, correspondendo a 31% (37).

Correlacionando com este estudo, temos o estudo de Krey FC, et al. (2016), vê-se que 64,8% dos recém-nascidos pré-termos nasceram com IG de 30 a 34 semanas; com média gestacional de 33,25. Enquanto nesse estudo realizado no sul do país, a maioria dos pacientes nasceu com IG de 30-34 semanas, nessa pesquisa realizada em uma cidade do nordeste, destacam-se nascimentos em uma IG menor (27-31), referindo a 40% dos partos; mostrando que neste o índice de prematuridade é ainda maior.

Por conseguinte, muitos são os fatores associados à mortalidade neonatal, mas para facilitar o entendimento pode-se dividi-los em dois grupos: fatores associados à mãe e fatores associados ao recém-nascido. Quanto ao recém-nascido: peso ao nascimento, escore de Apgar, crescimento intrauterino, sexo, uso de surfactante pulmonar, uso de ventilador mecânico e uso de nutrição parenteral (MUNIZ DWR, et al., 2017).

Contudo, o papel da equipe de enfermagem é importante em diferentes contextos nos serviços de saúde, vale ressaltar que é relevante nas Unidades de Terapia Intensiva (UTI), um ambiente de alta complexidade, que requer conhecimentos específicos para assegurar um tratamento de qualidade e segurança, com elevados padrões de cuidado. Evidentemente, esse tipo de assistência deve estar presente no atendimento em qualquer âmbito e a qualquer tipo de paciente, porém, são especialmente diferenciadores na assistência aos pacientes críticos e nos resultados obtidos (MARTINS FR, et al., 2017).

Por interagir diretamente com o paciente, o enfermeiro é capaz de identificar expressões verbais e não verbais, além da observação e diálogo que são fundamentais para a identificação de problemas, proporcionando ainda uma relação de afeto e comunicação efetiva (LOIOLA NETO IR, et al., 2017). É importante ressaltar que, à medida que se utiliza uma linguagem acessível ao grau de instrução da comunidade, geram-se resultados ainda melhores, ou seja, uma melhor orientação e conseqüentemente, uma assistência mais eficaz para a população (PENA JCP, et al., 2017).

## CONCLUSÃO

Conforme os dados apurados, o principal diagnóstico de entrada na unidade foi a prematuridade. Por sua vez, o sexo masculino representou a maioria das internações, mas, o sexo feminino liderou em relação aos óbitos. Quanto ao peso, observou-se que neonatos abaixo de 1000g não tem viabilidade à vida nessa unidade. Além disso, a pesquisa mostra que quanto mais distante a cidade de origem, maior a relação com óbitos. Por conseguinte, observou-se a fragilidade que há quanto à falta de informatização geral, isso faz com que a existência de burocracia, tome grande parte do tempo que poderia ser utilizado na assistência e tratamento. Para tanto, faz-se necessário trabalhar na gestão, a informatização de modo geral, que atenda em um sistema único, todas as unidades do estado.

## REFERENCIAS

1. ANVISA. Critérios Diagnósticos de Infecção Associada à Assistência à Saúde Neonatologia. 2ed. Brasília, 2017a. Disponível em: <https://www.gov.br/anvisa/ptbr/centraisdeconteudo/publicacoes/servicosdesaude/publicacoes/caderno-3-criterios-diagnosticos-de-infeccao-associada-a-assistencia-a-saude-neonatologia.pdf/view>. Acessado em: 1 de junho de 2019.
2. BORGES FR, et al. Perfil epidemiológico de uma Unidade de Terapia Intensiva neonatal em Goiás, Brasil entre 2009 e 2013. RESU – Revista Educação em Saúde, 2016; 4(1): 67-78.
3. BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 895, de 31 de março de 2017. Institui o cuidado progressivo ao paciente crítico ou grave com os critérios de elegibilidade para admissão e alta, de classificação e de habilitação de leitos de Terapia Intensiva. Brasília. 2017. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt0895\\_26\\_04\\_2017.html](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt0895_26_04_2017.html). Acessado em: 10 de junho de 2019.
4. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de vigilância em saúde. Boletim Epidemiológico 37, Mortalidade Infantil no Brasil, Volume 52, Coordenação-Geral de Informações e Análise Epidemiológica do Departamento de Análise em Saúde e Vigilância das Doenças Não Transmissíveis da Secretaria de Vigilância em Saúde (CGIAE/DASNT/SVS). Brasil, 20 de outubro de 2021. Disponível em: [https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/boletins/epidemiologicos/edicoes/2021/boletim\\_epidemiologico\\_svs\\_37\\_v2.pdf](https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/boletins/epidemiologicos/edicoes/2021/boletim_epidemiologico_svs_37_v2.pdf). Acessado em: 15 de abril de 2023.
5. CAMARGOS PAM, et al. Pneumonia adquirida na Comunidade na Infância. Documento científico. Departamento científico de Pneumologia. Sociedade Brasileira de pediatria, 2018(3): 1-8.
6. CARDOSO DJS e SCHUMACHER B. Características epidemiológicas das internações neonatais em uma maternidade pública. Revista de enfermagem da UFPI, 2017; 6(4): 28-32.

7. CASTRO ECM, et al. Mortalidade com 24 horas de vida de recém-nascidos pré-termo de muito baixo peso da Região Nordeste do Brasil. *Revista Paulista de Pediatria*; 2016; 34(1): 106-113.
8. CFM. Conselho Federal de Medicina. Resolução nº 1.661/03 de 9 de julho de 2003. Dispõe sobre o transporte inter-hospitalar de pacientes. Brasília. Disponível em: [http://www.portalmedico.org.br/resolucoes/CFM/2003/1672\\_2003.htm](http://www.portalmedico.org.br/resolucoes/CFM/2003/1672_2003.htm). Acessado em: 5 de junho de 2019.
9. DAMIAN A, et al. Perfil de neonatos internados em unidade de tratamento intensivo neonatal: estudo transversal. *Arquivos de Ciências da Saúde*, 2016; 23(2): 100-105.
10. KREY FC, et al. Alterações respiratórias relacionadas à prematuridade em terapia intensiva neonatal. *Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste*, 2016; 17(6): 766-773.
11. LOIOLA NETO IR, et al. O papel do enfermeiro de uma Unidade de Terapia Intensiva na hemodiálise. *Revista Uningá Review*, 2017; 31(1): 40-44.
12. MARTINS FR, et al. Qualificação para o trabalho em terapia intensiva: análise das necessidades de enfermagem da uti pediátrica hu-ufgd/ebserh. *Eventos da Enfermagem UEMS*, 2017; 1(1): 18-22.
13. MENDONÇA JG, et al. Perfil das internações em Unidades de Terapia Intensiva Pediátrica do Sistema Único de Saúde no estado de Pernambuco, Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, 2019; 24: 907-916.
14. MUNIZ DWR, et al. O Perfil Epidemiológico de Mortalidade Neonatal no Ambiente Hospitalar. *Revista Saúde em Foco*, 2017; 4(2): 118-128.
15. PENA JCP, et al. Uso do álcool e tabaco na gestação: influência no peso do recém-nascido. *Revista Saúde*, 2017; 11(1-2): 74-82.
16. PORTILLO ILH, et al. Factores asociados a sepsis neonatal temprana en recién nacidos del Hospital San Marcos, Ocotepeque. *Revista Científica de la Escuela Universitaria de las Ciencias de la Salud*, 2017; 4(2): 37-43.
17. RODRIGUES VBM e BELHAM A. Perfil dos recém-nascidos admitidos na UTI neonatal do hospital Santo Antônio, Blumenau/SC, entre 2014-2016. *Arquivos Catarinenses de Medicina*, 2017; 46(4): 43-49.
18. SANTIAGO AD, et al. Morbimortalidade Neonatal em Unidade de Terapia Intensiva. *Tempus Actas de Saúde Coletiva*, 2017; 11(1): 141-151.
19. SLAVIERO RS e GRIEP R. Perfil epidemiológico dos pacientes atendidos no ano de 2014 pelo serviço de transporte aeromédico inter-hospitalar vinculado ao consórcio intermunicipal SAMU oeste, como parte integrante da rede Paraná urgência. *Revista Thêma et Scientia*, 2015; 5(2): 53-62.
20. SOUZA AMG, et al. Perfil epidemiológico da mortalidade neonatal no Rio Grande do Norte-Brasil: um estudo de base secundária. *Revista Ciência Plural*, 2018; 4(2): 115-127.
21. SOUZA MN, et al. Epidemiological profile of patients hospitalized in a neonatal intensive care unit. *Revista Científica da Faculdade de Medicina de Campos*, 2018; 13(1): 15-23.