

SERVIÇO AEROMÉDICO NO OESTE DO PARANÁ: ATENDIMENTO NEONATAL

Vanessa COLDEBELLA¹; Liandra Kasparowiz GRANDO²; Franciele Foschiera CAMBOIN³

RESUMO

A maneira mais segura de transporte para um Recém Nascido (RN) de risco é o intrauterino quando isso não é possível pode ocorrer o nascimento em centros primários ou secundários, necessitando transferência para unidade especializada neonatal. Dentre os meios de transporte, se encontra o serviço aeromédico asas rotativas (helicóptero) que proporciona a remoção de pacientes graves de forma ágil e assistida. O objetivo deste estudo é caracterizar o transporte neonatal no Serviço Aeromédico base Cascavel/PR em cinco anos de operações. Trata-se de um estudo transversal de abordagem descritiva retrospectiva e a amostra a clientela neonatal composta de 279 indivíduos. A prematuridade foi responsável por 51,3% das transferências, seguidas pelas cardiopatias congênitas com 19,7%. Complicações respiratórias somaram 16,1% dos casos. As patologias cirúrgicas 6,8% dos transportes, os casos de sepse 4,3% e 05 RNs por hipoglicemia persistente. Quanto ao padrão respiratório, 13% foram removidos em ar ambiente, 87% precisou de algum suporte ventilatório (ventilação mecânica, CPAP, máscara ou campânula). Dos cardiopatas 90,9% fazia uso de drogas vasoativas e acesso central e dos intubados 95% com uso contínuo/bolus de sedação. As transferências tiveram como origem unidades primárias/secundárias com destino a unidades de referência em neonatologia e cardiopediatria. Evidenciou-se o alto índice de transportes aeromédicos da base Cascavel na área neonatal, totalizando 15,2% de todos os atendimentos realizados em 5 anos de operação. Sabe-se que novas tecnologias associadas ao avanço da medicina aumentaram a perspectiva de vida do RN o que tem aumentado a demanda por serviços cada vez mais especializados.

PALAVRAS-CHAVE: resgate aéreo, neonatologia, emergências.

INTRODUÇÃO

A mortalidade neonatal é mais baixa quando o nascimento de um recém-nascido de alto-risco ocorre em centros terciários bem equipados em termos de recursos materiais e humanos, quando isso não ocorre tais pacientes devem ser transferidos para uma unidade mais especializada, respeitando-se a lógica dos sistemas regionalizados e hierarquizados de atendimento neonatal (BRASIL, 2010).

Neste contexto, inserem-se os meios pelos quais esses RN podem ser transportados, e como uma alternativa rápida e especializada se encontra o serviço

1Enfermeira especialista em Medicina Aeroespacial e Transporte Aeromédico /Enfermeira assistencial do serviço aeromédico base Cascavel/PR. vanessacolde@gmail.com

2Enfermeira especialista em Medicina Aeroespacial e Transporte Aeromédico /Enfermeira assistencial do serviço aeromédico base Cascavel/PR. liandrakg@gmail.com

3 Doutora em Saúde Pública pela Universidade de São Paulo. Enfermeira, docente o curso de enfermagem da Universidade Estadual do Oeste do Paraná.smfran@hotmail.com.br

aeromédico asas rotativas que proporciona a transferência de pacientes graves com indicação de suporte avançado num raio de 160 a 240 km. Em 2011, o Ministério da Saúde com a Sociedade Brasileira de Pediatria (SBP), elaborou um manual sobre o transporte neonatal, com orientações de como deve ser organizado esse serviço e as principais indicações de transferência desses RNs (MARBA et al, 2011).

O Serviço Aeromédico no Oeste do Paraná base Cascavel foi implantado em 21/01/2014 em uma parceria do Governo Estadual Rede Paraná Urgência e o Consórcio Intermunicipal de Saúde do Oeste do Paraná (CONSAMU) e conta com uma aeronave do tipo asas rotativas (helicóptero). Em cinco anos de operações realizou 1837 missões entre transferências inter hospitalares e resgates em rodovias, entre esses atendimentos 15,2% foram destinados aos neonatos, ocupando a terceira posição entre as modalidades aerorremovidas no serviço, sendo o objetivo desse estudo caracterizar essa modalidade.

METODOLOGIA

Constitui-se um estudo transversal de abordagem descritiva retrospectiva, os dados foram obtidos por meio das fichas de atendimento registradas pelo Serviço de transporte aeromédico base de Cascavel/PR. Fizeram parte da população de estudo os atendimentos realizados entre janeiro de 2014 a janeiro de 2019 cujas fichas totalizaram 1837 missões. A amostra do estudo foi a clientela neonatal que foi composta por 279 indivíduos com idade entre 0 a 28 dias.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Nos transportes neonatais realizados, observou-se que a prevalência é do gênero masculino 59,5% e idade gestacional pré termo (> que 37 semanas gestacionais) 51,3%. De acordo com Souza, Campos e Junior (2013), a população masculina é mais fragilizada, pois apresenta uma maturidade pulmonar mais lenta durante o período fetal, por influência do cromossomo Y, exigindo um olhar diferenciado devido à fragilidade adquirida na concepção, o que corroborou com o levantamento em questão. Sobre a prematuridade, estudos nacionais mostram que, os RNs mais acometidos pela morbimortalidade no período neonatal são os pré-terms (<37 semanas), por isso a assistência a eles deve ser criteriosa e

direcionada para atender prontamente o neonato exposto a riscos garantindo a estabilidade do seu quadro (ROCHA; FERREIRA, 2013).

A distribuição dos RN em relação a indicação da transferência, teve a prematuridade responsável por 143 (51,3%) das solicitações, seguidas pelas cardiopatias congênitas que representaram 55 (19,7%) atendimentos. As complicações respiratórias neonatais (síndrome do desconforto respiratório, broncoaspiração de mecônio, hipertensão pulmonar) somaram 45 (16,1%) dos casos. As patologias que necessitavam de remoção para intervenções cirúrgicas diversas (atresia de esôfago, enterocolite, onfalocele, ânus impérvio, mielomeningocele, etc) totalizaram 19 (6,8%) dos transportes. O quadro de sepse foi a indicação de 12 (4,3%) remoções; e 5 (1,8%) recém-nascidos foram transportados por hipoglicemia persistente. Em relação aos principais motivos de transferência inter-hospitalar, os resultados foram semelhantes aos citados na literatura internacional: pré-termo com necessidade de cuidados diferenciados, cardiopatias, síndromes de dificuldade respiratória, sepse e casos cirúrgicos para unidades secundárias e terciárias (SNEDEC et al, 2013).

Quanto ao padrão respiratório dos RN transportados, 36 (13%) foram removidos em ar ambiente, 243 (87%) precisou de algum suporte ventilatório, desses 121 (49,8%) estavam em ventilação mecânica, e 122 (50,2%) necessitou de oxigênio por CPAP, máscara ou campânula. O oxigênio inalatório é indicado para pacientes com respiração espontânea e regular podendo ser ministrado por nebulização em incubadora, em halo/capacete ou cateter nasal. O CPAP (Pressão Positiva Contínua em Vias Aéreas) está indicado nos casos de desconforto respiratório leve ou moderada com respiração espontânea regular e frequência cardíaca acima de 100bpm (MARBA et al., 2011). Já a ventilação mecânica aplicada por equipamento habilitado neonatal é implantada nos desconfortos respiratórios graves com utilização de musculatura acessória (NEUMANN; STERNBERG, 2014)

Todos os RN foram transportados com acesso venoso periférico pérvio com infusão de soroterapia de manutenção e os cardiopatas e alguns prematuros possuíam acesso central, sendo ele o cateter umbilical ou Cateter Central de Inserção Periférica (PICC). Em relação a medicação a grande maioria dos que possuíam cardiopatias congênitas 50 (90,9%) fazia uso contínuo durante o transporte de drogas vasoativas (Prostaglandina, Dobutamina, Dopamina), e dos que estavam intubados 121 (95%) faziam uso contínuo ou em bolus de sedação

(Midazolan e/ou Fentanil). Em relação aos medicamentos, as doses e diluições para o transporte precisam ser semelhantes aos da terapia intensiva neonatal, e para os RNs hipotensos é necessário o uso de drogas vasoativas para assegurar o suporte circulatório, principalmente quando há persistência do canal arterial, choque séptico e insuficiência cardíaca (HERNANDO et al, 2013).

Pela gravidade, os transportes ocorreram tendo origem unidades primárias e secundárias destinados a unidades de referência nos atendimentos especializados, de acordo com a necessidade do indivíduo. As missões tiveram principalmente como destino os seguintes municípios: Cascavel, União da Vitória, Ivaiporã, Toledo, Francisco Beltrão, Campo Largo, Campo Mourão, Umuarama, Guarapuava, Irati e Paranaíba. Os RN cardiopatas congênitos com indicação cirúrgica foram encaminhados a centros especializados em cardiopediatria onde se destaca por número de encaminhamentos as cidades de Londrina, Pato Branco e a capital Curitiba.

O transporte neonatal deve seguir recomendações específicas para um cuidado integral, antes, durante e após a realização do transporte para que se assegure uma assistência de qualidade, garantindo a segurança e estabilidade do RN da origem ao destino, de tal maneira que os benefícios superem os riscos inerentes à transferência.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Com o presente estudo evidenciou-se o alto índice de transportes aeromédicos da base Cascavel na área neonatal, totalizando 15,2% de todos os atendimentos realizados em cinco anos de serviço representando a terceira modalidade mais atendida no serviço.

Sabe-se que novas tecnologias associadas ao avanço da medicina aumentaram a perspectiva de vida do RN o que tem aumentado a demanda por serviços cada vez mais especializados. Acredita-se que o êxito para esses atendimentos de alta complexidade exige a atualização contínua da equipe de bordo, cuidados sistematizados e infraestrutura adaptada e, possibilitar o acesso a um transporte e atendimento adequado, oportuno e seguro é fundamental para a sobrevivência do recém-nascido de risco.

REFERÊNCIAS

1. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. Manual de orientações sobre o transporte neonatal. Brasília: Editora Ministério da Saúde, 2010.
2. HERNANDO, Moreno J. et al. Recomendaciones sobre transporte neonatal. Anales de Pediatría. Aug; v.79, n.2, p.117 e1- e7, 2013.
3. MARBA, Sergio Tadeu et al. Transporte de recém-nascido de alto risco: Diretrizes da Sociedade Brasileira de Pediatria. 1. ed. São Paulo: Sociedade Brasileira de Pediatria, 2011.
4. NEUMANN, Roland P.; STERNBERG, Britta S. Von Ungern. The neonatal lung-physiology and ventilation. Pediatric Anesthesia. v.24, n.1, p.10-21, 2014.
5. ROCHA, Daniele Karina Lopes da; FERREIRA, Helen Campos. Estado da arte sobre o cuidar em neonatologia: compromisso da Enfermagem com a humanização na unidade de terapia intensiva neonatal. Enfermagem em Foco. v.4, n.1, p. 24-28, 2013.
6. SNEDEC, N et al. Heart rate variability of transported critically ill neonates. European journal of pediatrics. Heidelberg. v.172, n.12, p.1565–71, 2013.
7. SOUZA, Karla Camila Lima de; CAMPOS, Nataly Gurgel; JÚNIOR, Francisco Fleury Uchoa Santos. Perfil dos recém nascidos submetidos a estimulação precoce em uma unidade de terapia intensiva neonatal. Rev Bras Promoção Saúde. Out/Dez, v.26, n.4, p. 523-529, 2013.